



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Isabel Maria Soares Moreira

Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

Viseu, agosto de 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Relatório Final em contexto de Urgência e em Cuidados Intensivos

Isabel Maria Soares Moreira

Trabalho efetuado sob orientação do Professor Doutor
Olivério Ribeiro

Viseu, agosto de 2023

A espiritualidade é um fator que não deve ser desprezado na prática de enfermagem, juntamente com as dimensões corporais, psíquicas e sociais da pessoa cuidada.

(Organização Mundial de Saúde, cit. in Sousa, 2019, p. 47).

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido viável sem a coadjuvação e apoio de algumas pessoas a quem quero apresentar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, que aceitou orientar este trabalho e com quem tive o privilégio de aprender. Marcou decisivamente o meu percurso de formação, apoiando-me nesta caminhada.

Em segundo lugar, aos meus familiares, em especial ao meu marido José e aos meus filhos Hugo, Ana, Pedro e Maria, que me transmitiram a força e a vivacidade para vencer, mesmos nos momentos em que eles próprios também necessitavam de ajuda. Ao meu pai Joaquim, que motivou a escolha do tema do estudo e estará sempre presente na minha memória e no meu coração. À minha mãe Adélia e à minha Irmã Cátia que me apoiaram e acreditaram.

A todos agradeço a motivação e afeto que tornaram possível a concretização deste nosso projeto.

A todos vocês, um profundo e sincero agradecimento.

Resumo

Introdução: O caminho percorrido na procura de mais conhecimentos e aquisição de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica está espelhado no presente relatório, o qual teve como temática de investigação os cuidados espirituais de enfermagem, que são cuidados holísticos e devem fundamentar-se no respeito do enfermeiro pela dignidade da pessoa cuidada, na demonstração de aceitação e afeto incondicionais, na relação honesta com o utente e a promoção da esperança.

Objetivos: Descrever o percurso formativo em ensino clínico, refletir acerca das atividades concretizadas para desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica; verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem na perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica.

Métodos: Descritiva, crítico-reflexiva, contendo um estudo quantitativo, transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos numa amostra de 98 enfermeiros a exercer funções numa Unidade Local de Saúde e num Centro Hospitalar, ambos da região centro de Portugal, maioritariamente do género feminino (62,2%) e com uma média de idade de $41,65 \pm 10,32$ anos. O instrumento de recolha de dados possui um questionário sociodemográfico e profissional elaborado *ad hoc* e a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) de Wilfred McSherry (1997), traduzida, adaptada e validada para português por Martins et al. (2015). Estudo aprovado pelas Comissões de Ética.

Resultados: Valores médios mais elevados em relação ao fator “Cuidado espiritual” ($M=21,29 \pm 2,80$) e fator “Espiritualidade” ($M=20,44 \pm 2,97$). No global, os enfermeiros apresentam uma pontuação elevada em relação à “Espiritualidade e Cuidado total”, com uma média de $70,21 \pm 8,15$. Os enfermeiros do mais velhos (>55 anos), do sexo feminino, os solteiros e com outro vínculo contratual pontuaram mais em quase todos os fatores, com relevância estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para estas variáveis.

Conclusões: Os resultados evidenciam que na prática profissional, os enfermeiros, para além das competências técnicas, necessitam também de competências humanizadoras, para que possam olhar para a pessoa em situação crítica como um todo biopsicossocial e espiritual, prestando-lhes cuidados holísticos, no respeito pela pessoa humana.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidado espiritual; Pessoa em situação crítica; Enfermeiros.

Abstract

Introduction: The path taken in the search for more knowledge and acquisition of skills in Medical-Surgical Nursing is reflected in this report, which had as its research theme spiritual nursing care, which is holistic care and should be based on the nurse's respect for the dignity of the person cared for, the demonstration of unconditional acceptance and affection, the honest relationship with the user and the promotion of hope.

Objectives: To describe the training path in clinical teaching, to reflect on the activities carried out to develop common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Chirurgical Nursing; to evaluate the nurses' perception of spirituality and spiritual care in the person in critical situation; to verify which sociodemographic and professional variables interfere with the nurses' perception of spirituality and spiritual care in the person in critical situation.

Methods: Descriptive, critical-reflective, quantitative, cross-sectional, descriptive analytical-correlational study. Data were collected from a sample of 98 nurses working in a Local Health Unit and a Hospital Center, both in the central region of Portugal, mostly female (62.2%) and with a mean age of 41.65 ± 10.32 years. The data collection instrument includes a sociodemographic and professional questionnaire prepared ad hoc and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) by Wilfred McSherry (1997), translated, adapted and validated into Portuguese by Martins et al. (2015). Study approved by the Ethics Committees.

Results: Higher mean values in relation to the "Spiritual care" factor ($M=21.29 \pm 2.80$) and "Spirituality" factor ($M=20.44 \pm 2.97$). Overall, nurses score high in relation to "Spirituality and total care", with a mean of 70.21 ± 8.15 . Older nurses (>55 years), females, singles and those with other contractual ties scored higher in almost all factors, with statistically significant relevance ($p < 0.05$) for these variables.

Conclusions: The results show that in professional practice, nurses, in addition to technical skills, also need humanizing skills, so that they can look at the person in critical condition as a biopsychosocial and spiritual whole, providing them with holistic care, respecting the human person.

Keywords: Spirituality; Spiritual care; Critically ill person; Nurses.

Sumário

Introdução.....	16
Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos	20
1. Estágio em contexto de urgência e cuidados intensivos	22
Parte II – Investigação: Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica	46
Introdução.....	52
1. Métodos.....	56
1.1 Amostra.....	56
1.2. Instrumento de recolha de dados e procedimentos	56
2. Resultados.....	58
3. Discussão	62
Conclusão.....	66
Apêndices	
Apêndice I – Estudo de caso	
Apêndice II – Via Verde Trauma	
Anexos	
Anexo I – Via Verde Trauma	
Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento	
Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial	
Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento	
Anexo V – Poster da Via Verde Trauma no Adulto	
Anexo VI – Apresentação da ação de formação	
Anexo VII – Poster de Incompatibilidades de administração de medicação em Y e Diluições	
Anexo VIII – Instrumento de recolha de dados e declaração de consentimento informado	
Anexo IX - Parecer favorável da Comissão de Ética da USL	
Anexo X - Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar	
Anexo XI - Autorização dos autores da Escala	

Lista de tabelas

Tabela 1. Estatísticas relativas às dimensões da percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica 60

Tabela 2. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica 61

Tabela 3. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica 62

Lista de siglas e acrónimos

ABCDE - A- *Airway*; B-*Breathing*; C- *Circulation*; D-*Disability* e E-*Exposure*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bispectral

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa Emergência Intra-hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

JCI - *Joint Commission International*

NAS - Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCIRA - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

PEE - Plano de Emergência Externo

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

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

TAC – Tomografia Axial Computorizada

ULS – Unidade Local de Saúde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVT – Via Verde Trauma

Introdução

O desenvolvimento profissional é uma parte essencial da Enfermagem e que não deve ser negligenciada. Quer seja completamente novo na área ou tenha anos de experiência, o envolvimento na aprendizagem contínua ajuda o enfermeiro a apoiar o seu crescimento e a proporcionar-lhe oportunidades inestimáveis de uma prática mais robusta e baseada em evidências. Pode abrir portas para um maior crescimento profissional, melhores capacidades de resolução de problemas, tomada de decisão e uma carreira de Enfermagem globalmente mais satisfatória. É importante salientar que o processo formativo encetado na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, proporcionou uma “janela de oportunidade” para a aquisição de competências especializadas através dos múltiplos momentos de aprendizagem ao longo dos ensinamentos clínicos em contexto de serviço de urgência e de cuidados intensivos e no contacto com outras realidades e com enfermeiros num patamar de peritos, dando lugar a um caminho que não foi feito sozinho, mas num ambiente de partilha de saberes e de experiências.

Nesta trajetória de atribuição do título de Enfermeiro Especialista, o enfermeiro tem de partilhar competências comuns, sobrepunheis “a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde...” (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2019, artigo 9.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744), sendo estas: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Tendo em conta a área de especialização seguida, a foi condição *sine qua non* a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como disposto no Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, no seu artigo 3.º, ad OE (2018, p. 19359), ou seja, o enfermeiro deve “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e “maximizar 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”. Estas competências são descritas no presente relatório, tendo em conta os objetivos que foram delineados para cada ensino clínico e as atividades suas concretizadoras.

O desenvolvimento profissional não é apenas mais uma “lista de verificação” na qual se assinala a longa lista de tarefas de um enfermeiro. Trata-se de um investimento crucial na sua carreira, que se traduz em melhores cuidados aos utentes/família/cuidador principal, progressão na carreira e realização pessoal. A formação contínua dota os enfermeiros de

novas aptidões, conhecimentos e competências que lhes permitem acompanhar os últimos avanços nos cuidados de saúde e proporcionar melhores resultados a quem cuida. Além disso, oferece oportunidades para trabalhar em rede, colaborar e estabelecer contactos com outros profissionais da área, alargando, assim, os seus horizontes e alimentando a sua paixão por ter um impacto positivo na vida dos utentes/família/cuidador principal. Num panorama de cuidados de saúde em rápida evolução, o desenvolvimento profissional não é apenas essencial; é um aspeto não negociável do trabalho de um enfermeiro. Assim, enveredei num caminho que me leva à certificação especializada, a partir da qual tirei partido das experiências vividas e dos conhecimentos desenvolvidos para atualizar as minhas competências e manter-me a par dos mais recentes desenvolvimentos na área da saúde, particularmente no que se refere aos cuidados à pessoa em situação crítica e família/cuidador principal. De igual modo, potenciou-me uma maior capacidade crítico-reflexiva da minha prática profissional, da minha vida havida e, assim, poder perspetivar uma vida a haver. Com este sentido reflexivo, dei-me conta que, muitas vezes, não atribuímos a devida importância à espiritualidade da pessoa que cuidamos, que abre caminho a uma relação verdadeiramente empática, traduzindo-se em satisfação quer para nós, enfermeiros, quer para a pessoa cuidada.

O significado da espiritualidade e dos cuidados espirituais entre os enfermeiros é culturalmente constituído e influenciado por muitos fatores, como a origem étnica, a religião que professa, o nível de formação e a experiência clínica do enfermeiro. Além disso, diferentes especialistas de enfermagem têm perceções diferentes da espiritualidade e dos cuidados espirituais (Melhem et al., 2016). Estudos anteriores têm defendido que os enfermeiros de cuidados paliativos e de cuidados intensivos têm uma melhor perceção da espiritualidade e dos cuidados espirituais e são mais competentes na prestação de cuidados espirituais do que outros enfermeiros. Além disso, os enfermeiros que trabalhavam nos departamentos de obstetrícia, pediatria ou psiquiatria demonstraram uma maior perceção da espiritualidade e dos cuidados espirituais do que outros enfermeiros (Ozbasaran et al., 2011; McSherry & Jamieson, 2011). Atualmente, os cuidados espirituais são considerados uma parte essencial dos cuidados globais prestados para melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação crítica e das suas famílias (Gao et al., 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) sublinhou a importância do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual dos doentes, em vez de se concentrar apenas na doença. Tendo por base estes pressupostos e por sentir que era uma necessidade pessoal e profissional, optei por realizar um estudo para avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa em situação crítica.

Estruturalmente, o presente relatório, na primeira parte, contém a descrição das atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos, tendo como guia as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, recorrendo a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, baseando-me, sempre que necessário, em evidências científicas. Na segunda parte, é apresentado o estudo de investigação, em formato de artigo para publicação na *Revista Millennium*, subordinado ao tema “Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica”.

Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

1. Estágio em contexto de urgência e cuidados intensivos

A primeira parte deste Estágio com Relatório Final decorreu no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha, e Tutoria dos Enfermeiros Especialistas Carolina Costa e João Consciência, entre os dias 28 de novembro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023, com uma duração de 180 horas, e a segunda parte decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, a decorrer entre 20 de fevereiro a 28 de abril de 2023, com a duração de 180 horas de contacto, sob a orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro e Tutoria das Enfermeiras Especialistas Mónica Veiga e Carina Caldeira.

O delineamento de objetivos específicos para este estágio, além de incidir no Guia Orientador de Estágios da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi também baseado no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para cada uma delas foram planeadas atividades de modo que fosse possível a sua realização.

Considerando o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista deve apresentar competências em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento 140/2019).

Tendo em mente que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, são:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica; (Portugal, Regulamento 429/2018).

As várias atividades efetuadas ao longo do estágio contribuíram de uma forma muito positiva para o meu enriquecimento pessoal e profissional. Todas foram acompanhadas de reflexão aprofundada e sistematizada, de acordo com a situação, contribuindo para a aquisição das competências pretendidas. No entanto, durante o decorrer do estágio houve áreas das competências o enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em médico-cirúrgica que se destacaram e foram abordadas de forma mais profunda, através da elaboração de trabalhos escritos, nomeadamente:

Na competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal agindo de acordo com as normas legais,

os princípios éticos e a deontologia profissional (Portugal, Regulamento 140/2019), atendendo aos conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Portugal, Regulamento 429/2018), através da elaboração de um estudo-caso, tendo como base o caso de um utente em morte cerebral e potencial dador de órgãos, numa visão abrangente e holística, recorrendo à perspetiva da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, durante o estágio no SMI da ULS da Guarda (Apêndice I).

O domínio da gestão dos cuidados emergiu como importante sendo também uma competência fundamental do enfermeiro especialista em que este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento 140/2019 p. 4745). Neste contexto, durante o estágio no SUP no CHTV foi elaborado em conjunto com as colegas o projeto para a implementação da Via Verde Trauma (VVT), tendo sido criado um *poster*, fluxograma, tendo por base a recomendação da Direção Geral da Saúde (DGS) através da Circular Normativa nº 012/2022. E procedemos à sua apresentação na equipa através de ação de formação em serviço, os documentos mencionados encontram-se em anexo.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento 140/2019), para tal, por sugestão das orientadoras do SMI da ULS Guarda, efetuei um levantamento da medicação existente no meu serviço e realizei uma tabela farmacológica de compatibilidades de administração de medicação em Y baseado em literatura científica proposto pelas orientadoras, assim como uma tabela ordenada por ordem alfabética de diluição/administração de medicação parentérica.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Tal como se encontra definido na Constituição da República Portuguesa, no artigo nº 64, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, e segundo a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90, de 24 de agosto, Base II alínea a). Devendo o enfermeiro atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem. Durante o estágio prestei cuidados à pessoa em situação crítica/família/cuidador principal, de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) atendendo às suas necessidades e respeitando a sua individualidade.

Os enfermeiros são diariamente confrontados com problemas ético-legais, o que pode ser gerador de sentimentos de frustração, angústia e impotência. A constante necessidade de

estabelecer prioridades e tomar decisões em situações graves, faz com que este profissional de saúde cada vez mais, reflita sobre as suas responsabilidades, dilemas éticos e relacionais. Em termos do Código Deontológico de Enfermagem, definem-se os princípios gerais que regem a enfermagem bem como um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro intrínsecos à sua prática profissional. Importa referir que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa incluem valores universais, nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, visando sempre o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Como tal, esta competência comum do enfermeiro especialista reflete a sua prática, principalmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, indo ao encontro do preconizado pela OE (2022, Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022), no seu Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia, onde é referido que “o enfermeiro, no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico -científica da profissão”.

Assim, durante o estágio, quer no SUP do CHTV, quer no SMI da ULS Guarda, procurei sempre pautar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos, mantive sempre presente o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência e justiça, direitos e deveres dos doentes, bem como pelas normas deontológicas que regem a profissão, mantendo sempre o foco principal, na pessoa em situação crítica/família/cuidador principal, em especial no Serviço de Medicina Intensiva, pois é neste serviço que estes se encontram em estado de maior vulnerabilidade e cabe ao enfermeiro promover os direitos dos doentes. No serviço de urgência, onde o espaço nos parece sempre pequeno para tanta gente, é muito difícil manter a privacidade das pessoas. Na medida em que todo o comportamento humano tem o valor de uma mensagem, considerei ser essencial promover a privacidade de todos os doentes e estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia. Por vezes, tomava a decisão de deslocar a maca do doente para um local mais privado, de forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança, privacidade e dignidade deste. Respeitei sempre a segurança na informação transmitida e assumi sempre uma postura de competência, onde a responsabilidade, assiduidade e pontualidade estiveram presentes. A minha postura não poderia deixar de ser diferente da que tenho na minha prática profissional.

Outro momento em que é importante manter a privacidade/confidencialidade é durante a passagem de turno, sendo que esta é um momento crucial para a continuidade dos cuidados, (Kim et al. 2017) referem que a passagem de turno no serviço de urgência deve ser realizada junto à cabeceira do doente, de forma estruturada e contendo elementos-chave.

No decorrer de todo o meu percurso, analisei e refleti criticamente sobre a minha prática e acerca do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com

a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação existente. Assim, posso dizer que tive sempre a preocupação de informar a pessoa em situação crítica/família/cuidador principal de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, na medida em que o consentimento informado não deve ser uma imposição, nem o resultado de uma decisão precipitada.

Em suma, com o aprofundamento dos conhecimentos, neste domínio, desenvolvi a competência de tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, demonstrando uma prática que respeitasse os direitos humanos, levando-me a analisar e a interpretar cada situação específica, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes.

Domínio da Gestão da Qualidade

O Hospital onde decorreu o estágio em contexto de Urgência é acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), existindo uma comissão da qualidade e segurança do doente que tem como objetivo a promoção efetiva da qualidade dos serviços, através da implementação de normas e procedimentos e baseia a sua atividade nas orientações para melhoria da qualidade e segurança do doente, são cumpridas integralmente por todos os serviços integrados. É com o mesmo propósito, primar pela segurança e qualidade dos cuidados de saúde, que o Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2021-2026 define objetivos estratégicos na melhoria da prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, num processo de melhoria contínua (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021), tornando vinculativo o cumprimento destas em todas as instituições de saúde nacionais e não apenas as acreditadas pela JCI ou outras entidades. Das metas internacionais e nacionais propostas para a segurança do doente e que mais impacto tiveram no Serviço de Urgência são a correta identificação do doente, melhoria da comunicação efetiva, segurança dos medicamentos e a redução do risco de lesões no doente, decorrentes de quedas, no entanto, outras são preocupação do serviço.

A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções de trabalho e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, demonstram as boas práticas. Neste sentido, o enfermeiro, na sua prática, deverá continuamente prestar melhores cuidados e mostrar disponibilidade contínua para a mudança e adesão às novas aprendizagens. A existência de normas, procedimentos, instruções de trabalho e protocolos são instrumentos fundamentais na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a prestação de cuidados com qualidade, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva.

O ambiente da prestação de cuidados pela sua particularidade, dada a grande rotatividade de utentes e o número elevado de utentes por área constituem situações que poderão contribuir para a ocorrência do erro. Desta forma, são adotadas estratégias na tentativa de as reduzir: estratégias individuais de concentração na tarefa, dupla confirmação do nome completo e data de nascimento do utente na triagem e/ou sempre, antes da prestação de qualquer cuidado, o registo informatizado, a não existência de prescrição oral, sem validação da mesma e a identificação numérica das macas, que serve apenas para apoiar na identificação da localização do doente, mas não substitui a utilização da dupla identificação do doente como uma barreira à ocorrência de erros.

O conceito de qualidade na saúde está em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se apoiam na: satisfação da pessoa em situação crítica/família/cuidador, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e segurança nos cuidados especializados (OE, 2017). A gestão da segurança dos doentes tem sido considerada um fator importante para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo. Muitos países têm promovido segurança dos doentes através da implementação de sistemas de acreditação das instituições de saúde (Brás et al., 2020).

Falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados. Cargas de trabalho elevadas conduzem à insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. Deste modo, em defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que necessitam de cuidados de saúde e do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido. Assim, atuei sempre atendendo aos princípios de controlo da infeção e segurança do doente.

A OE (2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro) preconiza que “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 prestados”. Por tal, e ainda em como plasmado pela mesma entidade, “o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente ou por dia, ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos” (OE, 2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro). Está internacionalmente ratificado

que “a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro).

No serviço de urgência, à data de realização do estágio, existiam 98 enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Chefe, na prestação direta de cuidados, que se encontravam divididos em seis equipas de trabalho. A norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem salienta que para os serviços de urgência utiliza-se os postos de trabalho como base de cálculo, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência (Regulamento nº 743/2019, de 25 de Setembro). A norma em questão faz a salvaguarda de que se deve adaptar este cálculo ao conhecimento casuístico do fluxo de atendimentos, já que o mesmo não transparece a quantidade de trabalho.

Em relação ao SMI da ULS Guarda existe um enfermeiro coordenador e que o mesmo é preferencialmente Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica (EEMC), tal como defende o parecer Nº 15/2018 da OE (2018). Neste serviço a equipa é maioritariamente formada por EEMC, bem como de outras especialidades como Enfermagem de reabilitação, estes possuem uma enorme experiência, são respeitados pela sua capacidade de julgamento e pelas suas competências dentro da equipa.

No que respeita ao enfermeiro coordenador, enquanto responsável de turno, deve ser um “líder no conhecimento, nas capacidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras” (OE, 2017). No SMI da ULS Guarda ao coordenador compete realizar a distribuição dos enfermeiros afetos à prestação direta de cuidados para o turno seguinte e a distribuição dos assistentes operacionais para o próprio turno, bem como proceder a ajustes das mesmas caso se justifique. Para a realização da distribuição dos enfermeiros, o mesmo deve considerar aspetos como a continuidade de cuidados, as competências dos elementos escalados e a equidade relativamente à carga de trabalho, com o auxílio da Nursing Activities Score (NAS).

Com o objetivo de mensurar a carga de trabalho de enfermagem das últimas 24 horas, o NAS, permite auxiliar também os gestores/responsáveis ao planeamento das necessidades de recursos humanos para turnos subsequentes, facilitando também, a distribuição de doentes pelos profissionais que irão iniciar o seu turno de prática clínica, reduzindo a sua discrepância e aumentando a qualidade dos cuidados prestados (Macedo & Dias, 2016)

Ao longo deste estágio, nos turnos em que acompanhei o enfermeiro na função de coordenação, tive a oportunidade de constatar que todos estes aspetos foram tidos em

consideração para a realização da distribuição dos enfermeiros, sendo a mesma efetuada por posto de trabalho. Para além de considerar o número, deve considerar também o nível de qualificação e a competência dos mesmos. Compreendi os critérios de distribuição de doentes na unidade, bem como observei e colaborarei no preenchimento da NAS.

Ao enfermeiro coordenador competem, ainda, a participação proativa na visita médica; a verificação dos carros de emergência e da funcionalidade dos desfibriladores; a gestão de estupefacientes e restante terapêutica, de materiais de consumo clínico e hoteleiro, realizando, quando necessário, pedidos de reposição de *stock*; efetuar pedidos de esterilização e de assistência técnica para material inoperacional.

No serviço de urgência, o processo clínico do doente encontra-se informatizado e toda a informação pode ser consultada. Segundo Queiroz et al. (2017), a informática na enfermagem oferece melhoria na qualidade da assistência prestada, resultando no desenvolvimento da produtividade, na redução de custos e na diminuição da carga burocrática do enfermeiro. No meu ponto de vista, as mudanças tecnológicas são imprescindíveis para a monitorização da qualidade dos cuidados prestados. Estas permitem gerar indicadores de qualidade e quantidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que será cada vez mais essencial para o sucesso, credibilização e valorização da nossa profissão.

Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento da competência do domínio da gestão dos cuidados, tendo em conta a dimensão dos Serviços de Urgência e de Medicina Intensiva ser de elevada a complexidade da gestão de recursos na perspetiva de enfermagem, durante o estágio colaborei na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, através da reposição de stocks, verificação de check-list e verificação de datas de validade.

Sempre procurei desenvolver, a nível individual, estratégias e competências que permitissem uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Assim, tive a necessidade de aprimorar competências no que concerne à gestão dos cuidados, quer no tempo, materiais ou prioridades. Já possuía algumas competências neste nível, mas aprimorei e desenvolvi competências para um campo mais direcionado ao serviço em apreço, da sua equipa, otimizando competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

No SUP do CHTV, através da ativação e aplicação da Via Verde AVC (VVAVC) e Via Verde Coronária (VVC), que é ativada no Protocolo de Triagem de Manchester na admissão do doente, à exceção, doentes já referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), tendo em conta que:

O Sistema de Triagem de Manchester tem valor intrínseco ao identificar a prioridade relativa dos doentes e, pelo facto de mandar a existência de circuito de encaminhamento pós-triagem, valor e impacto para além da triagem, com benefício para a reestruturação e crescente organização do Serviço de Urgência (Grupo Português de Triagem, 2011)

As Vias Verdes são circuitos de direcionamento, com elementos extra e intra-hospitalares, que autenticam a sistematização dos passos, dos procedimentos e responsabilidades ao longo dos cuidados de saúde nas situações que, pela sua essência, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce. Consequentemente, as Vias Verdes estão em harmonia com a da Triagem de Manchester, ao identificar o risco e ao preconizar a subsequente sistematização do circuito do doente (Idem).

O acidente vascular cerebral (AVC) e a doença cardíaca isquémica nas duas últimas décadas, constituíram as duas principais causas de morte em Portugal em 2018 (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico 2021).

As doenças cerebrovasculares são um problema de saúde pública que afeta os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento económico. Dos óbitos que ocorrem cerca de um terço são causados por doenças vasculares cardíacas ou cerebrais. Os dados atuais indicam as doenças vasculares continuam entre as primeiras causas de morte e incapacidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 015/2017)

No seguimento da norma VVAVC instituída no CHTV: na presença da instalação dos seguintes sinais deve suspeitar-se de AVC: Dificuldade em falar: Boca ao lado e Falta de força num membro (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B) e com tempo de instalação

inferior ou igual a 4,5 horas, é encaminhado para a sala de emergência e posto em marcha todo o protocolo da VVAVC.

Com vista à redução da mortalidade associada ao enfarte agudo do miocárdio (EAM), foi implementada a Via Verde Coronária. Na redução do intervalo de tempo entre o início de sintomas e a realização de angioplastia, diminui a taxa de mortalidade e possibilita uma rápida resposta entre o ambiente pré-hospitalar e o hospital com capacidade para realização de angioplastia primária ou encaminhamento adequado rápido inter-hospitalar (Marques et al., 2012).

De igual forma, na Sala de Emergência tive oportunidade iniciar os protocolos das duas Vias Verdes já instituídas, assim como dar continuidade às já iniciadas. Nomeadamente, tive o privilégio de assistir a uma angioplastia efetuada a um doente com EAM, na sala de hemodinâmica. Assim como, acompanhar diversas vezes, doentes à TAC e posteriormente iniciar a fibrinólise, se adequado e mediante a prescrição efetuada em função do peso do doente.

Neste seguimento, atendendo que o trauma constitui um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico (Portugal, Despacho n.º 2534/2021). Importa referir que desenvolvi um projeto de intervenção na prática no âmbito da urgência e emergência e que, através de pesquisas em bases dados científicos e na mais recente recomendação da Direção Geral da Saúde (DGS) através da Circular Normativa nº 012/2022, foi elaborado em conjunto com as colegas que efetuaram o estágio no serviço no mesmo período, o projeto para a implementação da Via Verde Trauma (VVT), tendo criado o fluxograma e um poster. Procedemos à sua apresentação na equipa através de ação de formação em serviço, os documentos mencionados encontram-se em anexo.

Pois, mostra-se necessária uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde (Portugal, Despacho n.º 2534/2021).

Esperamos com este projeto deixar o alicerce para a implementação da VVT, tendo em consideração que no de 2021, em Portugal, ocorreram 29217 acidentes de viação do qual resultaram 390 mortos e 36323 feridos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022). Considerando também, que o trauma é visto como uma série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual (Emergency Nurses Association, 2019).

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Como refere a OE (Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho de 2022), “os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina”. Como “disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo”, o que contribui igualmente para que “a prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde”, possuam um “maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”. Como tal, é indispensável que o enfermeiro especialista desenvolva aprendizagens profissionais, o que foi potenciado com este estágio.

A reflexão da prática de cuidados com os enfermeiros tutores para promover o crescimento pessoal e profissional foi uma das formas para desenvolver esta competência. A permanência nestes serviços foi, numa fase inicial, geradora de ansiedade pelo desconhecimento das equipas e das dinâmicas das mesmas, no entanto, esse sentimento motivou o reconhecimento de limitações de uma forma natural e construtiva, tornando-se a pesquisa bibliográfica constante, a partilha de experiências e reflexões críticas foram fundamentais no desenvolvimento de aprendizagens. A permanente procura de situações de aprendizagem, através da investigação, fundamentando-as numa pesquisa científica contínua e pertinente, prevaleceu ao longo do estágio.

Destaco ainda a elaboração de registos de enfermagem usando os sistemas de informação em enfermagem no ALERT® que possibilitaram a integração de conhecimentos. Destacou-se a valorização dada à linguagem CIPE® como forma de identificação dos focos de intervenção, assim como a universalidade da linguagem usada. Tratava-se de um programa prático e intuitivo que constituiu uma ferramenta de registo crucial para os cuidados de enfermagem prestados. Perante os diversos desafios, surgidos ao longo do estágio, procurei fundamentar e ampliar o meu conhecimento no âmbito da atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, através de pesquisa bibliográfica.

No SUP de CHTV, procurei fazer sempre uma boa gestão de emoções e desenvolver capacidades como: a atuação sob pressão; a gestão de emoções apostando na superação dos meus limites pessoais e profissionais, identificando estratégias para ultrapassar estas dificuldades. Em situações de urgência/emergência, a capacidade de raciocinar e tomar

decisões é fundamental, pelo que é importante o treino da inteligência emocional no seio da equipa (Sutriningsih et al., 2020).

No Serviço de Medicina Intensiva da ULS Guarda, observei e participei na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), o que requereu a consulta de protocolos e suportar a minha prática em evidências científicas de elevada qualidade, para que pudesse adequar as minhas intervenções às necessidades sentidas por cada PSC, pois cada uma tem as suas singularidades, bem como apliquei e geri a farmacologia específica do serviço. Assim, por sugestão das tutoras, realizei um levantamento do perfil de medicação do meu serviço e realizei uma tabela farmacológica de compatibilidades de administração de medicação em Y baseado em literatura científica proposto pelas orientadoras, assim como uma tabela ordenada por ordem alfabética de diluição/administração de medicação parentérica – Anexo VII.

Durante o estágio tive a oportunidade de refletir sobre várias situações e colocar-me em papéis que nunca tinha vivenciado. O autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observadora. Adotei uma postura de iniciativa na procura de situações de aprendizagem, procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente.

2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico Cirúrgica

O Regulamento nº 429/2018 diz que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o intuito de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Tendo por base o exposto, apresento uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio para o alcance dos objetivos e a consolidação da aquisição das respetivas competências.

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

Durante o estágio, tive a oportunidade de cuidar e vivenciar experiências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos problemas. Foi proporcionado experienciar turnos em várias áreas dos referidos serviços, o que se constitui como um desafio constante, implicando que o enfermeiro antecipe a instabilidade e o risco de falência, esta rapidez de raciocínio advém da experiência e do domínio do conhecimento adquirido.

Assim, tive a oportunidade de monitorizar a pessoa em situação crítica, recorri sempre à abordagem *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE)*, por se demonstrar uma abordagem estruturada e sistematizada, essencial para priorizar a ação e detetar precocemente sinais de instabilidade. Relativamente a esta abordagem, considero que o seu domínio apenas no plano teórico é muito limitado, sendo de extrema importância o treino do enfermeiro neste sistema de observação em contexto de unidade de cuidados intermédios.

Ao longo deste estágio procurei no SMI, ainda, consolidar conhecimentos relativos às curvas de monitorização contínua da pressão arterial e pressão venosa central, podendo constatar e perceber o enfermeiro como elemento-chave na vigilância, antecipação dos focos de instabilidade, atuação perante esses mesmos focos e na articulação com a equipa médica.

A monitorização hemodinâmica com recurso à linha arterial e as intervenções que a ela estão associadas inserem-se na área da segurança e qualidade dos cuidados, o que se assume de extrema importância, tendo, assim, realizado adequadamente a identificação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções à PSC com dispositivos invasivos de monitorização. A monitorização hemodinâmica determina a maioria dos cuidados

à PSC. A avaliação da pressão arterial é uma das principais monitorizações a ter em consideração na manutenção de um equilíbrio hemodinâmico. Neste sentido e como preconiza a OE (Regulamento n.º 429/2018, 2018), os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica são “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 da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Apesar de o cateterismo arterial consistir num procedimento de responsabilidade médica, o seu sucesso está intimamente dependente da colaboração de toda a equipa multidisciplinar, pois o papel de todos é significativo de forma a evitar-se complicações e infeções associadas. Porém, saliento o papel do enfermeiro, pois o mesmo vai muito para além do momento do cateterismo isolado. Os enfermeiros são os profissionais de saúde responsáveis pela preparação da PSC, do ambiente e de todo o material para a realização do procedimento, bem como pela vigilância dos parâmetros hemodinâmicos, colheitas laboratoriais e manutenção da permeabilidade do cateter (Kornusky & Caple, 2017). A enfermagem especializada assume, assim, particular relevo, uma vez que entre as suas competências gerais e específicas se configuram: “D2 – Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos” bem como, “1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, Regulamento n.º 429/2018).

Reforcei os conhecimentos através das orientações práticas, consultando estudos e normas. Adquiri maior confiança, destreza e autonomia na execução das técnicas, prestação de cuidados de enfermagem ao doente agudo. Antecipei o material necessário para os procedimentos, assim como aproveitei para a realização de procedimentos à pessoa em situação crítica, nomeadamente em situações que nunca tinha experienciado.

Realizei Suporte Básico de Vida, antes de se poder iniciar o Suporte Avançado de Vida (SAV). Realizei Suporte Avançado de Vida no contexto de Sala de Emergência. No domínio desta competência específica, para além de se observar e colaborar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, refiro que esta experiência envolveu uma pesquisa bibliográfica dedicada sobre liderança em sala de emergência, SAV e sobre papel do enfermeiro em contexto de Suporte Avançado de Vida e na sala de emergência, de forma a melhorar a conduta suportada por evidência científica, o que me permitiu sublinhar e solidificar a importância destes temas na sobrevida, morbidade e mortalidade da pessoa em situação crítica.

Tive a oportunidade de identificar corretamente ritmos de peri-paragem, nomeadamente fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, taquicardia supraventricular, bradicardia, bloqueios aurículo ventriculares de primeiro grau, segundo e

terceiros graus, fibrilhações ventriculares, sendo estas as que mais se apresentaram na sala de emergência. Colaborei, várias vezes, na colocação da via área avançada e garantir uma via aérea segura. Assim, ao longo do estágio tive a oportunidade de executar vários cuidados, procedimentos e intervenções, o que requereu a mobilização de conhecimentos e de habilidades, para poder cuidar a pessoa em situação crítica de forma holística, detetando sinais de instabilidade, agir em conformidade e prevenir complicações.

No sentido de garantir a administração de processos terapêuticos complexos no SMI, tive a oportunidade de implementar e gerir protocolos relacionados com a administração de terapêutica vasoativa em perfusão contínua, de acordo com os valores de pressão arterial; relacionados com a administração de terapêutica antiarrítmica em perfusão contínua, considerando os valores de frequência cardíaca; relacionados com a administração de insulina em perfusão contínua, de acordo com as avaliações de glicémia capilar; e relacionados com a administração de nutrição entérica e parentérica, e da tolerância da PSC perante a mesma. Também implementei e colaborei na implementação de protocolos de noradrenalina, de insulino terapia, de reposição de potássio, de reposição de cálcio e outros eletrólitos, de nutrição entérica, de nutrição parentérica. Pude verificar que a monitorização de tensão arterial é realizada de 15/15 minutos; monitorização eletrocardiográfica contínua; monitorização de SpO₂ contínua; vigiar a ação do doente; monitorizar o estado de consciência, tendo o carro de emergência disponível.

Ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência, decidi dar especial atenção à nutrição da PSC e em particular à nutrição parentérica, em contexto de pós-operatório. Esta decisão é fundamentada pelo amplo reconhecimento atribuído à nutrição, em geral, para uma célere e segura recuperação pós-operatório, mas também pelo facto de a nutrição parentérica ser a tipologia de nutrição com a qual me encontrava menos familiarizada, tendo sentido necessidade de investir nesta área. Neste sentido, “a nutrição parentérica pode ser definida como a perfusão intravenosa dos nutrientes necessários à manutenção ou restauração do equilíbrio metabólico e nutricional do individuo” (Matos, 2004). Sendo o recurso à mesma, considerado pelo mesmo autor, como indispensável em situações de aporte insuficiente de nutrientes, em quantidade ou em qualidade, face às necessidades metabólicas da pessoa, quando existe comprometimento parcial ou total do tubo digestivo, como é exemplo o pós-operatório de cirurgia *major* abdominal.

Importa referir que a sua prescrição é da responsabilidade médica e que ao enfermeiro competem a sua criteriosa preparação, monitorização e administração. Contudo, antes de proceder à preparação da bolsa deve-se garantir que a bolsa corresponde à prescrição efetuada, que a mesma se encontra íntegra e que o seu conteúdo se encontra homogéneo e sem corpos estranhos (Matos, 2004). Segundo o mesmo autor, na sua preparação deve ser

utilizada técnica asséptica, com recurso a luvas, bata, máscara e touca, permitindo adicionar de forma segura, por esta ordem específica, iões, oligoelementos e vitaminas, evitando a precipitação da solução.

No que diz respeito à administração da nutrição parentérica, Osland et al. (2016) defendem que a bolsa deve ser protegida da luz, por forma a evitar a degradação e consequente perda significativa de vitaminas disponíveis na bolsa. A via preferencial de administração de nutrição parentérica deve ser central e sempre que possível de uso exclusivo (Matos, 2004). Contudo, McClave et al. (2016) defende que, embora não recomendada, é possível administrar a nutrição parentérica em acesso periférico, quando o acesso central não é possível, desde que a solução da bolsa apresente uma osmolaridade inferior a 850 miliosmol por litro. Relativamente ao ritmo de perfusão, tanto Matos (2004) como McClave et al. (2016), recomendam um início progressivo e com aumentos graduais da velocidade de perfusão até se atingir o valor pretendido.

Em suma, pude atender ao surgimento de complicações, monitorizando-as e implementando medidas de correção e prevenção das mesmas, através da monitorização e avaliação a adequação das respostas aos problemas identificados, com implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações

Demonstrei uma atitude proactiva e interessada, perguntando e tirando sempre dúvidas quando as havia e aproveitei sempre as oportunidades. Assim, considero que este estágio me possibilitou a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos, que contribuíram para a compreensão da importância de uma correta avaliação, priorização de cuidados, reconhecimento de necessidades sentidas pelos doentes e seus familiares, o que implicou um redobrar de atenção, envolvimento e estar-se atento às manifestações, como forma de identificação o mais precocemente das complicações que pudessem despontar e objetivando a promoção da sua total recuperação. Foi muito importante desenvolver competências comunicacionais, ao longo do estágio, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com a pessoa em situação crítica e família/cuidador, bem como os membros das equipas que integrei. Por vezes, percebi que a comunicação não-verbal assume um papel de extrema relevância, não devendo ser descurado na abordagem à pessoa em situação crítica. Desde um simples sorriso, ainda tivesse sido mais difícil com o uso de máscara, que ainda se mantinha na altura, o toque, por exemplo, na mão sempre sem invadir muito o espaço do outro (Alves, 2021).

Consultei bibliografia e evidência científica sobre utente com ventilação mecânica, que funciona através da aplicação de uma respiração com pressão positiva e depende da conformidade e resistência do sistema de vias aéreas (Marques et al., 2021). Neste âmbito,

tive a oportunidade de implementar e gerir procedimentos/protocolos da unidade acerca do doente com ventilação mecânica, nomeadamente: para cuidar do doente com entubação endotraqueal/traqueostomia; colocação do nastro; higiene oral; prevenção de úlceras por pressão; técnica asséptica de aspiração de secreções. A prestação de cuidados à PSC em ventilação mecânica invasiva exigiu que desenvolvesse capacidades e habilidades no âmbito da adaptação da pessoa ao ventilador, sendo, para tal, necessário implementar intervenções autónomas e interdependentes relacionadas com os parâmetros ventilatórios que facultassem conforto à PSC. Sias et al. (2022) referem que

A unidade de cuidados intensivos é um local onde se concentram recursos humanos e técnicos que permitem assegurar a monitorização e tratamento de pessoas em falência orgânica, quer iminente ou estabelecida, que se apresenta como possivelmente reversível. É nestas unidades que se encontra hospitalizado o doente crítico, ou seja, a pessoa que, por falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessita de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica, verificando-se que a ventilação mecânica invasiva é uma situação de elevada prevalência nestas unidades.

Com a melhoria do padrão respiratório da PSC adaptando-a ao ventilador, consegui promover o alívio do desconforto físico, com reflexos nas outras dimensões da pessoa, transmitindo-lhe um sentimento de presença, atenção e ajuda, o que contribuiu para a promoção do conforto no seu todo, em conformidade com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Assim, desenvolvi a competência na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, com demonstração de conhecimentos acerca do bem-estar físico, psicossocial e espiritual, tendo conseguido na resposta às necessidades da PSC (OE, Regulamento n.º 429/2018, 2018). A oportunidade de aprendizagem destas situações fomentaram igualmente o desenvolvimento de competência no âmbito do cuidar da PCS e sua família que se encontra a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, Regulamento n.º 429/2018, 2018), mas também no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem, com recurso à articulação que estabeleci com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (OE, Regulamento n.º 140/2019, 2019), promovendo, desta forma, o trabalho em equipa para a obtenção de ganhos em saúde da PSC. Desenvolvi conhecimentos e competências nos parâmetros ventilatórios e compreendi as implicações e efeitos da sua manipulação, bem como avaliei a sua adequação à situação clínica da PSC e sua eficácia. Foi muito importante ter relacionado os parâmetros do ventilador face à situação clínica da PSC e objetivos terapêuticos para o mesmo. Observei as complicações e implementei medidas de prevenção/correção de complicações associadas à ventilação mecânica, através da identificação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções a PSC com ventilação mecânica.

No SMI da ULS Guarda, tive a oportunidade de aplicar a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) que permite avaliar a qualidade e a profundidade da sedação da PSC, bem como é útil para a avaliação da sua resposta, mesmo em pessoas que não estejam a “receber medicamentos para sedação/analgesia em infusão contínua. A RASS fornece consistentemente um alvo consensual para a terapia sedativa guiada por metas, sendo a única a demonstrar viabilidade de uso e relevância clínica” (Massaud-Ribeiro et al., 2021). Tive também a oportunidade de aplicar o Índice Bispectral (BIS), uma técnica útil na avaliação da dor na PSC sob sedação, mesmo que esta apresente uma profundidade elevada (Gélinas, et al., 2010). O BIS consiste numa técnica não invasiva, de fácil implementação na pessoa internada em cuidados intensivos, que possibilita ajustar a terapêutica analgésica e sedativa às suas reais necessidades (idem).

Em estreita ligação com a dor e a agitação encontra-se o *delirium*, que por sua vez se encontra diretamente relacionado com o ruído, privação de sono, abstinência de substâncias aditivas e alterações metabólicas ou neurológicas (Reade & Finfer, 2014). No SMI verifiquei que o ruído é uma preocupação, bem como o respeito pelos ciclos de sono-vigília, procedendo-se à diminuição da luminosidade e da estimulação das PSC nesse mesmo período, dentro do exequível.

Observei e participei em novas experiências e situações de aprendizagem, resultando na elaboração de um estudo-caso, tendo como base o caso de um utente em morte cerebral e potencial dador de órgãos, numa visão abrangente e holística, recorrendo à perspetiva da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson – Apêndice I

Neste sentido e atendendo que admissão no SMI é frequente, embora quase sempre inesperada, e o estado da PSC é geralmente instável. Muitas pessoas são incapazes de comunicar com os profissionais de saúde ou participar na tomada de decisões sobre o seu tratamento devido à gravidade da sua doença, delírio ou sedação. Consequentemente, os enfermeiros têm de considerar a família como um foco de intervenção, pois o envolvimento da família nos cuidados de saúde é essencial para permitir que o enfermeiro preste cuidados de saúde centrados na pessoa. A admissão no SMI, planeada ou não, significa, contudo, que os membros da família podem ser subitamente confrontados com a tomada de decisões e a incerteza sobre o estado agudo e o prognóstico dos seus familiares. A investigação sugere que são frequentemente avassalados por sentimentos de ansiedade e preocupação devido ao medo de perder o seu ente querido, deterioração da estrutura familiar, preocupações sobre o futuro, juntamente com o ambiente stressante tecnológico do SMI (Scott et al., 2019). Por tal, os cuidados no SMI e a qualidade dos cuidados prestados devem incluir a perspetiva das famílias sobre se as suas necessidades foram ou não satisfeitas, a satisfação com o processo de cuidados, o resultado e a avaliação das intervenções para melhorar a sua saúde

psicológica e bem-estar Neste sentido, participei no acolhimento da PSC e família para ter conhecimento das necessidades e experiências, para intervenções que contribuíssem melhorar a satisfação familiar e o bem-estar psicológico e a saúde desta díade. Neste contexto, na transmissão de informação à família, com recurso a uma comunicação concreta, uniforme e eficaz. Carneiro (2004) refere algumas estratégias que potenciam uma comunicação eficaz a diminuição dos efeitos negativos que o internamento no SMI exaspera na família: preparação prévia da família na primeira visita ao SMI, o que possibilita a minimização do impacto visual com o ambiente da unidade e determinar as suas expectativas no que diz respeito à PSC e à equipa; esclarecimento das regras de funcionamento do SMI, com recurso a um diálogo ou material escrito; identificar o familiar de referência que irá estabelecer relação direta entre a equipa de saúde e os restantes membros da família; definir o horário e número de visitas, bem como do médico assistente e enfermeiro responsável pela prestação informações. Foi também importante ter participado no processo de preparação para a alta/encaminhamento do utente, nomeadamente para as consultas de seguimento, o que permite uma continuidade de cuidados de elevada qualidade. Verifiquei que a equipa de enfermagem dá resposta às necessidades sentidas pelos familiares/pessoa significativa da PSC, o que me permitiu identificar as necessidades da família (funcionais e emocionais). Pude constatar que a relação terapêutica está associada a melhores resultados para a referida díade. Os familiares de PSC internadas num SMI valorizam uma comunicação de alta qualidade com a equipa de saúde. Onde a comunicação entre a família e o enfermeiro, nesta unidade onde decorreu o estágio, é valorizada, garantindo a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados, a satisfação familiar e a saúde mental. Como defendem Russo et al. (2022, p. 96), “a comunicação com a família em contexto de unidade de cuidados intensivos é crucial para o desenvolvimento de relação terapêutica enfermeiro-família. A inclusão da família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica apresenta benefícios para o utente, pois permite uma tomada de decisão consciente e fundamentada por parte da família e apresenta ganhos em saúde”. Assim, observei que a comunicação e uma boa relação terapêutica devem ser consideradas pela equipa de enfermagem como um momento crucial e importante dos cuidados, com ênfase na escuta ativa e valorização das necessidades da família da PSC e com respeito pelas diferenças culturais e religiosas. Um dos objetivos da relação terapêutica é ajudar a família a superar os sentimentos de ansiedade e angústia resultantes deste processo de transição.

Neste sentido, neste estágio para cuidar a pessoa em situação crítica e seus familiares/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, adaptei estratégias apropriadas para apoiar durante o período de transição da saúde

para a doença e vice-versa, o que implicou da minha parte uma dimensão recíproca e interativa com a referida díade.

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

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de julho). As situações de catástrofe ou emergência multivítimas ocorrem de forma inesperada, sendo o serviço de urgência a “porta de entrada” para estas situações e o serviço de medicina intensiva o “destino” de muitas destas vítimas, com implicação direta na prestação de cuidados.

Os hospitais são instituições complexas e potencialmente vulneráveis, operando frequentemente perto do limite de capacidade de resposta, quer pelas dificuldades inerentes a uma situação de catástrofe (falhas no sistema de comunicação, serviços de apoio externo, escassez de equipamento, entre outros), mas sobretudo pela súbita procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, podendo ocorrer complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde (OMS, 2011; Santos & Dixe 2017).

Numa situação de catástrofe ou um evento adverso com múltiplas vítimas, os profissionais são inevitavelmente obrigados a adotar estratégias que visem dar assistência ao maior número de vítimas possíveis uma vez que pela natureza do evento ou extensão, implica, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, como, por exemplo, uma situação de catástrofe verificada numa área regional, provocará uma sobrelotação direta e inesperada dos serviços. Face ao exposto, o Hospital tem um Plano de Emergência Externo (PEE) e Plano de Emergência Interno (PEI) em vigor devidamente atualizado, de acordo com as orientações da DGS. O objetivo principal do PEE é garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade.

Tendo em conta a dimensão do serviço de urgência, o elevado número de profissionais, a sua rotatividade e o facto de se tratar de um serviço de referência, considera-se importante a realização regular de simulacros, de vários âmbitos e dimensões, que envolvam todos os profissionais e que permitam o desenvolvimento e conhecimento dos procedimentos de ativação dos recursos de emergência e identificar problemas operativos e organizativos de forma a atualizar e melhorar o plano de emergência, capacitando os enfermeiros do serviço para esta realidade.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IAC's) constituem-se como um problema de saúde uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, associado ao aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente de custos (DGS, 2018). Assim, esta competência está intimamente relacionada com a segurança do doente. A segurança do doente é definida como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial de Saúde, 2021). Pereira e Andrade (2020) referenciam que é estimado que “em 2050, no mundo inteiro, possam existir cerca de 10 milhões de mortes associadas à resistência aos antimicrobianos, superando as mortes atribuíveis a doença neoplásica”. Neste âmbito, a nível nacional foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), cujos objetivos gerais consistem na diminuição da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a redução da taxa de micro-organismos com resistência a antimicrobianos, o que implica necessariamente a formação/educação dos profissionais de saúde, bem como na vigilância epidemiológica e na normalização de estruturas, procedimentos e práticas clínicas.

O Centro Hospitalar Tondela Viseu tem um PPCIRA responsável por promover estratégias que visam adoção das precauções básicas de controlo de infeção, Equipamento de Proteção Individual (EPI's) disponíveis em quantidade suficiente e em locais estratégicos, e a existência de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA). Todavia, devido a vários fatores, estruturais e humanos, torna-se por vezes difícil aplicar as medidas de isolamento adequadas ainda durante a fase da suspeita, enquanto se aguarda pelos resultados da colheita de despiste. Este tema foi analisado várias vezes em equipa, possibilitando a reflexão individual sobre a situação dado que, por vezes, existia dificuldade nalgumas áreas em realizar isolamento de contenção, pela inexistência de unidades do doente individualizadas ou por sobrelotação da área. Existe preocupação apesar dos obstáculos estruturais e é aplicado na medida do possível.

No Serviço de Medicina Intensiva verifiquei os procedimentos de modo a evitar ou diminuir as infeções através da aplicação de medidas de prevenção e manutenção de acordo com os procedimentos do serviço, como no que se refere ao cateter venoso central, ou seja: lavar e desinfetar as mãos; utilizar técnica assética (luvas esterilizadas, máscara, avental ou bata); desinfetar a conexão a utilizar, com álcool a 70%; fixar as linhas infusoras em utilização;

os lúmens que não se encontravam em utilização eram lavados com soro fisiológico 0,9% de 8/8 horas com seringas de 10 ml; trocava as linhas de infusão em intervalos regulares; mantinha os acessos e torneiras tapados; limitava o número de portas de acesso aos diferentes lúmens; utilizei a técnica asséptica na execução do penso, mudança de linhas, realização de colheita de sangue e manipulação do lúmen e torneiras; substitui linhas, rampas, sistemas, tampas e rolhas para injetáveis a cada 72/96 horas; mudei linhas onde estive a perfundir lípidos, hemoderivados ou sangue após a sua utilização; anotei o tipo de infusão em cada linha e etiquetei-a; verifiquei possíveis sinais de infecção local ou sistémica; procedi a palpação diária do local de inserção do cateter, através do penso, de modo a que fosse possível detetar endurecimento ou abcesso, caso existisse; apliquei penso seco esterilizados; em relação ao penso com compressa, realizei-o de 2 em 2 dias, quanto ao penso transparente, este era realizado em 3/3 dias; realizei penso em SOS sempre que repassado, descolado, etc.. Por conseguinte, posso dizer que prestei cuidados respeitando os princípios da assepsia.

Através da observação e reflexão da forma como o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) é aplicado no SMI. Também neste serviço, tomei conhecimento dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infecção face às vias de transmissão no doente crítico, verifiquei os procedimentos e circuitos de prevenção e controlo da infecção estão implementados no serviço em relação ao doente crítico e demonstrei conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, nomeadamente na prevenção e controlo da infecção do doente crítico e colaborei a incentivar os familiares a cumprirem com as indicações dos profissionais relativamente à prevenção da infecção aquando da visita. Ao longo do estágio pude verificar que a higiene e desinfeção das mãos se encontram facilitadas pelo acesso rápido aos lavatórios e aos dispensadores, lavatórios e nos carros de apoio, bem como o uso de equipamento de proteção individual, através da disponibilização de batas, aventais e de luvas de todos os tamanhos nos carros de apoio. No decorrer do estágio pude verificar, por parte da equipa do SMI, o cumprimento zeloso das medidas recomendadas nas Normas N° 019/2015, N° 020/2015 e N° 022/2015 relativamente aos Feixes de Intervenção e que dizem respeito, respetivamente, à Prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2015a); Prevenção de infecção de local cirúrgico (DGS, 2015b); e Prevenção de infecção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2015c).

Por tudo o que foi exposto, considero ter alcançado também esta competência, tendo constatado que há uma preocupação real quer por parte das equipas que integrei em aplicar as PBCI. Assim, posso dizer que, durante o estágio, prestei cuidados, cumprindo sempre as

medidas de prevenção controlo da infeção, minimizando os riscos não só para a pessoa em situação crítica, mas também para toda a equipa presente.

Cuida a pessoa em situação de Feridas agudas ou crónicas

A pele é o maior órgão do corpo humano, e é através da pele que é feito o equilíbrio da homeostasia da pessoa. Além, de atuar como barreira física protetora, imunológica, sensorial e hormonal, controla a passagem de água e eletrólitos e tem um papel importante na termorregulação do corpo. Ao ser danificada não só compromete as funções fisiológicas, mas também tem um embate, real ou potencial, nas vivências da pessoa na sua vertente psicossocial (Alves et al., 2021).

Feridas crónicas afetam cerca de 2,21 por 1.000 habitantes. São uma fonte significativa de morbidade e afetam os indivíduos fisicamente, psicologicamente, socialmente e financeiramente. O cuidado centrado na pessoa é uma abordagem para melhorar os resultados do paciente no tratamento de feridas, pois valoriza as perspetivas, crenças e autonomia dos pacientes e considera a pessoa como um todo dentro do contexto cultural em que o cuidado é prestado (Gethin et al., 2020).

No entanto, no SU as feridas mais comumente abordadas são as feridas agudas, provocadas por trauma. sendo etiologicamente multifatoriais. Não obstante a avaliação do doente com ferida deve ser efetuada de uma forma holística e sistemática, examinando todos os fatores que interferem no processo de cicatrização da ferida (Alves et al., 2021), combinando a gestão dos recursos disponíveis dos fármacos ou apósitos a aplicar.

Também nesta vertente, considero que desenvolvi as competências propostas, através de uma correta identificação das diferentes tipologias e a correta abordagem da mesma. A avaliação da dor foi um aspeto que considerei como fundamental nesta abordagem, fazendo uma visão geral da dor da ferida e suas causas;

Abordei holisticamente o doente, através da identificação e avaliação de estratégias que possam reduzir a dor durante os procedimentos de tratamento de feridas (por exemplo, remoção de pensos e limpeza de feridas). Assim como, tive em consideração a seleção de apósitos que podiam contribuir para o alívio da dor.

Parte II – Investigação: Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

ORIGINAL ARTICLE

Percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica**Nurses' perception of spirituality and spiritual care for people in critical condition****RESUMO**

Introdução: No seu nível fundamental, os cuidados espirituais consistem num processo que começa numa perspetiva de estar com o utente em empatia e diálogo. Assim, os cuidados espirituais de enfermagem são cuidados holísticos que permitem que os destinatários dos cuidados procurem um significado e um objetivo, devendo ser consubstanciados no respeito do enfermeiro pela dignidade da pessoa cuidada, na demonstração de aceitação e afeto incondicionais, na relação honesta com o utente e a promoção da esperança.

Objetivos: Avaliar a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica; verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem na percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos numa amostra de 98 enfermeiros a exercer funções numa Unidade Local de Saúde e num Centro Hospitalar, ambos da região centro de Portugal, maioritariamente do género feminino (62,2%) e com uma média de idade de $41,65 \pm 10,32$ anos. O instrumento de recolha de dados possui um questionário sociodemográfico e profissional elaborado *ad hoc* e a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) de Wilfred McSherry (1997), traduzida, adaptada e validada para português por Martins et al. (2015). Estudo aprovado pelas Comissões de Ética.

Resultados: Valores médios mais elevados em relação ao fator “Cuidado espiritual” ($M=21,29 \pm 2,80$) e fator “Espiritualidade” ($M=20,44 \pm 2,97$). No global, os enfermeiros apresentam uma pontuação elevada em relação à “Espiritualidade e Cuidado total”, com uma média de $70,21 \pm 8,15$. Os enfermeiros do mais velhos (>55 anos), do sexo feminino, os solteiros e com outro vínculo contratual pontuaram mais em quase todos os fatores, com relevância estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para estas variáveis.

Conclusões: Os resultados evidenciam que na prática profissional, os enfermeiros, para além das competências técnicas, necessitam também de competências humanizadoras, para que possam olhar para a pessoa em situação crítica como um todo biopsicossocial e espiritual, prestando-lhes cuidados holísticos, no respeito pela pessoa humana.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidado espiritual; Pessoa em situação crítica; Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: At its fundamental level, spiritual care consists of a process that begins with a perspective of being with the user in empathy and dialogue. Thus, spiritual nursing care is holistic care that allows care recipients to seek meaning and purpose, and should be embodied in the nurse's respect for the dignity of the person cared for, the demonstration of unconditional acceptance and affection, the honest relationship with the user and the promotion of hope.

Objectives: To evaluate the perception of nurses regarding spirituality and spiritual care in the person in critical situation; to verify which sociodemographic and professional variables interfere in the perception of nurses regarding spirituality and spiritual care in the person in critical situation.

Methods: Quantitative, cross-sectional, descriptive, analytical-correlational study. Data were collected from a sample of 98 nurses working in a Local Health Unit and a Hospital Center, both in the central region of Portugal, mostly female (62.2%) and with a mean age of 41.65 ± 10.32 years. The data collection instrument includes a sociodemographic and professional questionnaire prepared ad hoc and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) by Wilfred McSherry (1997), translated, adapted and validated into Portuguese by Martins et al. (2015). Study approved by the Ethics Committees.

Results: Higher mean values in relation to the "Spiritual care" factor ($M=21.29 \pm 2.80$) and "Spirituality" factor ($M=20.44 \pm 2.97$). Overall, nurses score high in relation to "Spirituality and total care", with a mean of 70.21 ± 8.15 . Older nurses (>55 years), females, singles and those with other contractual ties scored higher in almost all factors, with statistically significant relevance ($p < 0.05$) for these variables.

Conclusions: The results show that in professional practice, nurses, in addition to technical skills, also need humanizing skills, so that they can look at the person in critical situation as a biopsychosocial and spiritual whole, providing them with holistic care, respecting the human person.

Keywords: Spirituality; Spiritual care; Critically ill person; Nurses.

RESUMEN

Introducción: En su nivel fundamental, los cuidados espirituales consisten en un proceso que comienza con una perspectiva de estar con el usuario en empatía y diálogo. Así pues, los cuidados espirituales de enfermería son cuidados holísticos que permiten a los receptores de los cuidados buscar un sentido y un propósito, y deben plasmarse en el respeto de la enfermera por la dignidad de la persona cuidada, la demostración de aceptación y afecto incondicionales, la relación honesta con el usuario y el fomento de la esperanza.

Objetivos: Evaluar la percepción de las enfermeras sobre la espiritualidad y los cuidados espirituales en la persona en situación crítica; verificar qué variables sociodemográficas y profesionales interfieren en la percepción de las enfermeras sobre la espiritualidad y los cuidados espirituales en la persona en situación crítica.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, analítico-correlacional. Los datos fueron recogidos de una muestra de 98 enfermeros que trabajaban en una Unidad Local de Salud y en un Centro Hospitalario, ambos en la región central de Portugal, en su mayoría mujeres (62,2%) y con una edad media de $41,65 \pm 10,32$ años. El instrumento de recogida de datos incluye un cuestionario sociodemográfico y profesional elaborado ad hoc y la Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) de Wilfred McSherry (1997), traducida, adaptada y validada al portugués por Martins et al. (2015). Estudio aprobado por los Comités de Ética.

Resultados: Valores medios más altos en relación al factor "Cuidados espirituales" ($M=21,29 \pm 2,80$) y al factor "Espiritualidad" ($M=20,44 \pm 2,97$). En general, las enfermeras puntúan alto en relación con "Espiritualidad y cuidados totales", con una media de $70,21 \pm 8,15$. Los enfermeros de más edad (>55 años), las mujeres, los solteros y los que tienen otros vínculos contractuales puntuaron más alto en casi todos los factores, con una relevancia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para estas variables.

Conclusiones: Los resultados muestran que en la práctica profesional, las enfermeras, además de competencias técnicas, necesitan también competencias humanizadoras, para que puedan mirar a la persona en situación crítica como un todo biopsicosocial y espiritual, proporcionándole cuidados holísticos, respetando a la persona humana.

Palabras clave: Espiritualidad; Cuidados espirituales; Enfermeros; Enfermos críticos.

Introdução

A espiritualidade e os cuidados espirituais são muito importantes para os cuidados prestados. Kaddourah et al. (2018), definiram a espiritualidade como uma qualidade que vai além da afiliação religiosa, que luta por inspirações, veneração, admiração, significado e propósito, mesmo naqueles que não têm crenças numa entidade superior. O cuidado espiritual é considerado como ações como abraçar, respeitar, oferecer conforto, ouvir a pessoa em situação crítica/família/cuidador, suscitando esperança, bem como segurar na sua mão. As necessidades espirituais são menos tangíveis do que as necessidades físicas, pois são multifacetadas e difíceis de mensurar (Kaddourah et al., 2018). Frequentemente, a estas necessidades indefiníveis tem sido dada menos importância do que as necessidades mais óbvias, no cotidiano profissional dos enfermeiros, o que suporta a relevância do estudo que se propõe realizar.

Fora de um contexto religioso, as necessidades espirituais provavelmente não serão tidas em consideração. Assim, para reconhecer necessidades espirituais e prestar cuidados espirituais, é necessário compreender a natureza da espiritualidade e como diferentes pessoas o podem expressar. O *International Council of Nurses' Code* (1973) identifica o aspeto espiritual dos cuidados de enfermagem e reconhece a prestação de cuidados espirituais como uma responsabilidade essencial dos enfermeiros. Cada enfermeiro tem a responsabilidade de estar vigilante face às necessidades espirituais como um aspeto dos cuidados holísticos à pessoa cuidada (McSherry & Jamieson, 2011). A Organização Mundial de Saúde, *Constitution of the World Health Organization* (2002), define saúde não só como ausência de doença física ou mental, mas também inclui a saúde espiritual para maximizar a saúde mental e bem-estar social. Neste sentido, o significado dos cuidados espirituais devem ser oferecidos a todas as pessoas cuidadas. A percepção da espiritualidade por parte dos enfermeiros pode influenciar a forma como atuam e comunicam com o ser cuidado em relação à prestação de cuidados espirituais. Por outro lado, a espiritualidade e os cuidados espirituais estão culturalmente interrelacionados e podem ser influenciados pela etnia, religião, nível de escolaridade.

As teorias subjacentes que orientam a prática de enfermagem são um elemento essencial para a excelência na assistência à pessoa em situação crítica/família/cuidador. Particularmente, quando se trata de situação crítica. A prática deve ser guiada por teorias e modelos conceituais que visam os muitos componentes deste sistema multifacetado. As filosofias do cuidado destacam referenciais teóricos para a prática da enfermagem que, no caso, se refere à teoria do conforto de Kolcaba, cujo conforto surge ao nível da teoria taxonómica, que se enquadra por completo no tema que se pretende abordar. E que o conforto

deve ser o produto da arte holística da enfermagem. O conforto holístico é definido como a experiência imediata de resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2010). A estrutura teórica do conforto de Kolcaba tem um real potencial para direcionar o trabalho e o pensamento dos enfermeiros que lidam com a pessoa e seus familiares. Os cuidados de enfermagem relacionam-se com a prestação de “uma atmosfera geral de conforto” e os cuidados pessoais da pessoa em situação crítica abarcam a atenção “à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental”, para além “do descanso e do sono, nutrição, higiene e eliminação” (Harmer, 1926, p. 26, cit. por Dowd, 2018, p. 528). Estes exemplos revelam o conforto positivo, alcançável com a ajuda dos enfermeiros e pode ser indicativo de uma melhoria da condição ou de um estado anterior. O conforto psicoespiritual é definido como sentimentos agradáveis, um estado de relaxamento, uma abordagem otimista da vida, sentindo-se a pessoa feliz e seu humor é positivo. Este é parte integral da consciência interna que a pessoa tem de si própria, abraçando a autoestima e o significado da vida. Está associado a menos desconforto físico. Os sentimentos de controlo pessoal são um elemento central no conforto emocional (Williams et al., 2017).

A espiritualidade tem sido conhecida como um aspeto importante dos cuidados holísticos e é um conceito complexo e subjetivo que pode ser aplicado em vários campos. A espiritualidade engloba todos os aspetos de uma pessoa, é mais abrangente do que a religião e envolve as relações interpessoais e as relações sobre o sentido da vida, particularmente em momentos de crise e de doença. Os cuidados espirituais são um campo reconhecido na enfermagem e um elemento dos cuidados de enfermagem de qualidade (Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015). São definidos, como referem os mesmos autores, como um cuidado intuitivo, interpessoal, altruísta e integral da realidade da pessoa cuidada. Os cuidados espirituais são considerados eficazes no desenvolvimento de estratégias de sobrevivência para doentes em tempos de crise, estar em paz consigo mesmos e criar uma visão positiva da vida, com efeitos positivos na saúde física e psicológica. Quando as necessidades espirituais e emocionais da pessoa cuidada são satisfeitas, aumenta a sua satisfação em relação aos cuidados recebidos pelos enfermeiros. Os cuidados espirituais por enfermeiros foram identificados em três áreas de competência, sendo estas: consciência pessoal e comunicação, a dimensão espiritual do procedimento de enfermagem e o desenvolvimento da garantia de qualidade (Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015). A corroborar, Martins et al. (2015, p. 89) referem que “o conhecimento acerca da espiritualidade em Enfermagem tem-se evidenciado em Portugal”, todavia, salientam que “é escassa a evidência acerca da perceção desta dimensão nos enfermeiros, bem como a disponibilidade de instrumentos na língua portuguesa que permitam medir fenómenos relacionados”. Neste sentido, traduziram e

validaram para a população portuguesa a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) que permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, numa amostra de 94 enfermeiros de cuidados paliativos. O seu estudo de validação da escala resultou num alfa de Cronbach entre 0,59 e 0,69 nas subescalas e de 0,76 na escala global, valores indicativos que a escala tem fidelidade razoável para avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.

A filosofia de enfermagem baseia-se em cuidados holísticos que incluem as dimensões física, psicológica, social e espiritual (Booth & Kaylor, 2018) Na sequência dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde devido à pandemia de COVID-19, e como resultado de uma introspeção da prática profissional, assumiu-se como essencial compreender como deve ser prestada a qualidade dos cuidados espirituais e se as perceções de espiritualidade dos enfermeiros interferem com a sua qualidade de cuidados, tendo sido o mote para a realização do presente estudo de investigação, cujo objetivo geral consiste em avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica. Mais especificamente objetiva-se verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem na perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica.

1. Métodos

Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, tendo como objetivo dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica?

1.1 Amostra

A amostra não probabilística constituída por 98 enfermeiros a exercer funções numa Unidade Local de Saúde e num Centro Hospitalar, ambos da região centro de Portugal. Considerou-se como critério de inclusão os participantes desempenharem funções nos locais de saúde referidos e aceitarem participar no estudo voluntariamente.

1.2. Instrumento de recolha de dados e procedimentos

O protocolo de recolha de dados é constituído por um questionário sociodemográfico e profissional elaborado *ad hoc* e a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) de Wilfred McSherry (1997), traduzida, adaptada e validada para português por Martins et al. (2015) (Anexo VIII), a quem foi solicitado pedido de autorização para a sua utilização no presente estudo, com deferimento a 27/09/2022 (Anexo XI). De acordo com os autores, “na construção da escala foram aplicados 1029 questionários a enfermeiros de várias categorias profissionais, de diversas especialidades, do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido” (Martins et al., 2015, p. 92). Para a construção da mesma, e depois de uma pesquisa desenvolvida, o autor da escala original fundamentou-se em nove áreas relacionadas com a espiritualidade: “esperança, sentido e significado na vida, perdão, crenças e valores, cuidado espiritual, relacionamento interpessoal, fé num Deus ou entidade superior, moral e criatividade/ arte”. O instrumento original é formado por 17 itens, apresentados numa escala tipo *Likert*. Na sua versão original apresentou um alfa de Cronbach global de 0,64 e explorou 4 fatores (sendo o Fator V eliminado por apresentar somente um item): - Fator I – Espiritualidade (itens F, H, I, J, L); - Fator II – Cuidado Espiritual (itens A, B, G, K, N); - Fator III – Religiosidade (itens D, M, P) - Fator IV – Cuidado Personalizado (itens N, O, Q). Na sua validação para a população portuguesa, Martins et al. (2015) contaram com uma amostra constituída por 94 enfermeiros. As propriedades psicométricas da versão portuguesa apresentaram um alfa de Cronbach global superior ao da versão original de McSherry et al. (2002) ($\alpha=0,76$ versus $\alpha=0,64$). A versão portuguesa exhibe valores de alfa de Cronbach

superiores aos da versão original nos fatores Religiosidade ($\alpha=0,69$ versus $\alpha=0,55$) e Cuidados Personalizados ($\alpha=0,64$ versus $\alpha=0,48$). Todavia, no fator Cuidado Espiritual, o valor foi ligeiramente inferior ao da versão original ($\alpha=0,69$ versus $\alpha=0,73$). O estudo das propriedades psicométricas desta escala para a presente investigação revelou um alfa de Cronbach global de 0,865, sendo sugestivo de boa consistência interna. Obtiveram-se os seguintes alfas de Cronbach para os seus fatores: Espiritualidade $\alpha=0,770$; Cuidado Espiritual $\alpha=0,727$; Religiosidade $\alpha=0,878$; Cuidado Personalizado $\alpha=0,774$.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULS onde decorreu o estudo, emitido em 3/07/2023 (Anexo IX), bem como da Comissão de ética do Centro Hospitalar, a 17 de fevereiro de 2023 (Anexo X). Assegurou-se que neste estudo/investigação seria mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Os dados foram recolhidos através de respostas por escrito ao questionário de autopreenchimento, a ser disponibilizado via *Eusurvey*, sendo enviado um *email* a todos os enfermeiros para que estes possam responder *online*. Todos os dados e informação recolhida são confidenciais e exclusivos para a investigação.

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao *software IBM Statistical Package for the Social Science*© (IBM SPSS), na versão 26.0. Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Em relação à estatística descritiva determinou-se: frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão_Dp, mínimo_Min. e máximo_Máx.). A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada pela aplicação de teste Shapiro-Wilk (Pestana & Gageiro, 2020), cujos resultados revelam que a distribuição de dados referentes aos fatores que constituem a escala não se encontram enquadradas na normalidade ($p<0,05$). Visto isto, teve de se assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas dimensões, limitando a utilização de medidas estatísticas paramétricas. Assim, recorreu-se aos testes não paramétricos Teste Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis, de acordo com as indicações de Pestana e Gageiro (2020).

2. Resultados

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Numa amostra de 98 enfermeiros, a maioria é do sexo feminino (62,2%), prevalecendo os que possuem idade inferior ou igual aos 40 anos (49,5%), com igual tendência para ambos os sexos (masculino 51,4% vs. feminino 48,3%), seguindo-se os enfermeiros na faixa etária dos 41-55 anos (39,2%), casados/união de facto (64,9%), o que é comum a ambos os sexos (masculino 52,5% vs. feminino 57,1%). A média de idade para o total da amostra é de $41,65 \pm 10,32$ anos, com um mínimo e um máximo a variarem entre os 24 e os 76 anos, sendo as mulheres, em média ($M=41,75 \pm 10,88$ anos), ligeiramente mais velhas do que os homens ($M=41,49 \pm 9,47$ anos). Sobressaem os participantes com especialização (41,8%) e com a licenciatura (33,7%). Numa análise por sexo, 47,5% das mulheres possuem a especialização e 35,1% dos homens detêm a licenciatura. De igual modo, predominam os enfermeiros com Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT-TI) (46,9%) e com Contrato de Trabalho em Função Pública (CTFP) (45,9%). Nos enfermeiros do sexo masculino, 48,6% tem CTFP e nos seus congéneres do sexo oposto 47,5% que possuem CIT-TI. Um pouco mais de metade da amostra (53,1%) possui a categoria profissional de Enfermeiro, tendo 45,8% a categoria profissional de Enfermeiro Especialista, onde sobressaem as mulheres (53,3%) e nos homens os que têm a categoria profissional de Enfermeiro (66,7%). Maior representatividade de enfermeiros com tempo de exercício profissional superior aos 20 anos (43,3%), secundados pelos que detêm entre 11-20 anos de exercício profissional (39,2%). Registou-se um mínimo e um máximo de tempo de exercício profissional a oscilarem entre 2 a 42 anos, correspondendo-lhe uma média de $19,09 \pm 10,02$ anos, tendo as mulheres mais anos de exercício profissional ($M=19,38 \pm 10,46$ anos), comparativamente aos homens ($M=18,61 \pm 9,37$ anos). Um pouco mais de metade da amostra (53,6%) exerce funções no seu serviço atual há menos ou igual aos 10 anos, com 55,6% dos homens e 52,5% das mulheres nesta situação. Na amostra total, o mínimo e o máximo de tempo de exercício profissional funções no seu serviço atual varia entre 1 a 35 anos, com uma média de $11,94 \pm 8,32$ anos. O tempo de exercício profissional funções no seu serviço atual entre os homens ($M=11,97 \pm 8,06$ anos) difere pouco ($M=11,92 \pm 8,54$ anos). Maioritariamente, os participantes trabalham em sistema rotativo, qualquer dia da semana (81,4%), com 86,1% dos homens e 78,7% das mulheres neste sistema laboral. Quanto à área principal de intervenção onde exercem a sua profissão (na organização principal), a maioria intervém no Serviço de Urgência (70,4%), o que é comum a ambos os géneros (masculino 59,5% vs. feminino 77,0%). A grande maioria tem uma carga horária semanal de trabalho normal contratada, relativa à sua atividade

principal, de 35 horas (92,9%), com uma representatividade de 89,2% dos homens e 95,1% das mulheres. A maioria dos participantes exerce funções no Centro Hospitalar locus de estudo (72,4%), sendo 62,2% do sexo masculino e 78,7% do feminino.

Percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Registaram-se valores médios mais elevados em relação ao fator “Cuidado espiritual” ($M=21,29\pm 2,80$) e fator “Espiritualidade” ($M=20,44\pm 2,97$), sugerindo que os enfermeiros têm uma percepção mais elevada sobre estes dois fatores na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No global, os enfermeiros apresentam uma pontuação elevada em relação à “Espiritualidade e Cuidado total”, com uma média de $70,21\pm 8,15$, atendendo que o mínimo é 43 e o máximo 85 (cf. tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas relativas às dimensões da percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Percepções dos enfermeiros	Min	Max	M	D.P.
Espiritualidade	8	25	20,44	2,97
Cuidado espiritual	5	25	21,29	2,80
Religiosidade	6	15	12,12	1,99
Cuidado personalizado	7	15	12,65	1,47
Espiritualidade e Cuidado Total	43	85	70,21	8,15

Relação entre a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica e as variáveis sociodemográficas

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas que se apresentam na tabela 2. Assim, apurou-se que os enfermeiros do mais velhos (>55 anos) pontuaram mais em quase todos os fatores, com destaque para a “Espiritualidade”, “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total”, com relevância estatisticamente significativa ($p<0,05$). Os enfermeiros com menos idade (≤ 40 anos) pontuaram mais na “Religiosidade”. As mulheres percecionaram melhor a espiritualidade e o cuidado espiritual face ao cuidado da pessoa em situação crítica, com diferenças estatisticamente significativas no “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total” ($p<0,05$). Os enfermeiros solteiros pontuaram mais em todos os fatores, com diferenças estatisticamente significativas no “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total” ($p<0,05$).

Tabela 2. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Percepções Variáveis	Espiritualidade	Cuidado espiritual	Religiosidade	Cuidado personalizado	Espiritualidade e Cuidado Total	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Idade						
≤40 anos	54,06	52,46	55,11	53,14	54,19	Kruskal-Wallis
51-55 anos	40,54	40,63	40,74	41,97	39,78	
>55 anos	56,14	62,82	50,86	55,23	58,23	
(p)	,049	,013	,052	,070	,031	
Gênero						
Masculino	43,11	39,95	45,47	41,59	40,32	Mann-Whitney
Feminino	53,38	55,30	51,94	54,30	55,07	
(p)	,074	,003	,261	,013	,012	
Estado civil						
Solteiro	57,90	62,50	54,83	63,19	60,69	Kruskal-Wallis
Casado / União	48,70	45,85	49,70	45,02	46,67	
Divorciado / Separado	41,17	43,60	42,43	43,37	43,77	
Víuvo	1,00	4,50	6,00	36,50	3,00	
(p)	,074	,006	,219	,010	,047	

Relação entre a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica e as variáveis profissionais

Os enfermeiros com uma melhor percepção face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica são os que possuem menos tempo de exercício profissional, com uma pontuação mais elevada em todos os fatores, bem como os que exercem no serviço de urgência. Os participantes com mais tempo de exercício profissional no atual serviço pontuaram mais em quase todos os fatores, excetuando no “Cuidados personalizado”, onde se destacam os que possuem menos tempo de tempo de exercício profissional no atual serviço. Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas para estas variáveis independentes ($p > 0,05$). Os participantes com outro vínculo contratual pontuaram mais em quase todos os fatores, com destaque para o “Cuidado personalizado”, onde se registou relevância estatisticamente significativa ($p = 0,032$).

Tabela 3. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica

Variáveis	Percepções	Espiritualidade	Cuidado espiritual	Religiosidade	Cuidado personalizado	Espiritualidade e Cuidado Total	Teste
	Ordenação média						
Tempo de exercício na profissão							
≤10 anos	53,88	53,94	52,24	55,21	51,91		Kruskal-Wallis
11-20 anos	49,57	48,49	52,07	49,05	49,96		
>20 anos	46,51	47,46	44,92	46,44	46,95		
(p)	,635	,652	,438	,453	,798		
Área principal de intervenção onde exerce a sua profissão (na organização principal)							
Serviço de urgência	49,98	50,26	49,90	49,75	50,76		Mann-Whitney
Serviço de medicina intensiva	48,36	47,69	48,55	48,90	46,50		
(p)	,791	,641	,826	,874	,496		
Tempo de exercício profissional no atual serviço							
≤10 anos	51,73	50,50	51,98	51,19	51,24		Kruskal-Wallis
11-20 anos	41,29	42,32	42,35	44,37	41,65		
>20 anos	55,93	58,21	52,64	51,11	56,96		
(p)	,142	,111	,260	,435	,165		
Vínculo contratual							
CTFP	46,17	44,98	46,30	44,80	45,81		Kruskal-Wallis
CIT-TI	54,10	54,52	49,98	53,02	53,90		
CIT-TR	47,63	49,00	69,50	57,88	49,63		
Prestação serviços	2,00	1,00	26,00	1,00	1,00		
Outro	46,25	61,00	82,25	81,75	55,25		
(p)	,291	,109	,182	,032	,298		

3. Discussão

A espiritualidade pode ser um conceito elusivo para muitas pessoas, incluindo no domínio da saúde, especialmente no que respeita à sua operacionalização. É definida como um aspeto intrínseco da humanidade através do qual as pessoas procuram um sentido último, um objetivo e uma transcendência e experimentam uma relação consigo próprias, com a família, com os outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com o significativo ou sagrado. É expressa através de crenças, valores, tradições e práticas. O bem-estar espiritual tem implicações importantes para a saúde e o bem-estar de uma pessoa. Embora a prestação de cuidados espirituais e a avaliação das necessidades espirituais seja uma parte vital do papel do enfermeiro, a literatura sugere que os enfermeiros nem sempre se envolvem em cuidados espirituais com a pessoa cuidada e/ou não têm em conta as suas necessidades espirituais (Harrad et al., 2019).

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica, tendo como amostra e 98 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, com idade inferior ou igual aos 40 anos (49,5%), com média de idade de $41,65 \pm 10,32$ anos casados/união de facto, com especialização e, com um pouco mais de metade a possuir a categoria profissional de Enfermeiro. Estes têm uma média $19,09 \pm 10,02$ anos de experiência profissional, com prevalência dos que exercem funções no seu serviço atual há menos ou igual aos 10 anos, com uma média de $11,94 \pm 8,32$ anos. Maioritariamente, os participantes trabalham em sistema rotativo, qualquer dia da semana (81,4%), com 86,1% dos homens e 78,7% das mulheres neste sistema laboral. Quanto à área principal de intervenção onde exercem a sua profissão (na organização principal), a maioria intervém no Serviço de Urgência e no Centro Hospitalar *locus* de estudo. Este perfil sociodemográfico e profissional corrobora o registado noutros estudos com amostras semelhantes (Hawthorne & Gordon, 2021; Ribeiro, 2022).

Dando-se resposta à questão de investigação, registaram-se valores médios mais elevados em relação ao fator “Cuidado espiritual” ($M=21,29 \pm 2,80$) e fator “Espiritualidade” ($M=20,44 \pm 2,97$), sugerindo que os enfermeiros têm uma perceção mais elevada sobre estes dois fatores na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No global, os enfermeiros apresentam uma pontuação elevada em relação à “Espiritualidade e Cuidado total”, com uma média de $70,21 \pm 8,15$. Resultados análogos foram registados no estudo de Hawthorne e Gordon (2020), onde os enfermeiros atribuíram muita importância à espiritualidade no cuidado prestado à pessoa em situação crítica. A enfermagem encara as pessoas de forma holística. Por conseguinte, os enfermeiros devem conhecer todas as necessidades dos utentes, necessidades bio-psico-socio-espirituais (Frida et al., 2019). Os mesmos autores

argumentam que, na realidade, o sistema de cuidados de saúde continua a ser dominado pelo modelo biomédico, que se centra em grande medida no aspeto físico dos utentes e tende a ignorar as suas necessidades espirituais, pelo que a aplicação dos cuidados espirituais como parte dos cuidados holísticos de enfermagem é, muitas vezes, um desafio. A saúde espiritual inclui frequentemente seis aspetos: a relação de uma pessoa consigo própria, com os outros e com o ambiente; as suas crenças; a capacidade de superar a adversidade e o sentido da vida. Como um dos elementos centrais da qualidade de vida, a saúde espiritual é de grande importância. Está provado que as intervenções espirituais aliviam o sofrimento, ajudam a pessoa em situação crítica a enfrentar a sua situação de saúde, melhoram a qualidade de vida e o bem-estar (Hu et al., 2019).

Apurou-se que os enfermeiros do mais velhos (>55 anos) pontuaram mais em quase todos os fatores, com destaque para a “Espiritualidade”, “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total”, com relevância estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Os enfermeiros com menos idade (≤ 40 anos) pontuaram mais na “Religiosidade”. As mulheres percecionaram melhor a espiritualidade e o cuidado espiritual face ao cuidado da pessoa em situação crítica, com diferenças estatisticamente significativas no “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total” ($p < 0,05$). Os enfermeiros solteiros pontuaram mais em todos os fatores, com diferenças estatisticamente significativas no “Cuidado espiritual”, “Cuidado personalizado” e “Espiritualidade e Cuidado Total” ($p < 0,05$). Os participantes com outro vínculo contratual pontuaram mais em quase todos os fatores, com destaque para o “Cuidado personalizado”, onde se registou relevância estatisticamente significativa ($p = 0,032$). Num estudo de revisão sistemática da literatura realizado por Russo et al. (2022), foi analisada a eficácia das intervenções religiosas e espirituais nos cuidados de enfermagem para promover a saúde mental, física e espiritual, em comparação com grupos de controlo que não recebem esses cuidados. Os resultados evidenciam que as intervenções de cuidados espirituais estavam associadas a sintomas de distúrbios de saúde mental mais baixos, maior bem-estar e níveis mais elevados de uma relação empática entre os enfermeiros e os utentes, em comparação com o grupo de controlo. Foi também demonstrado que os enfermeiros com mais idade e do sexo feminino foram os que mais valorizaram a espiritualidade e o cuidado espiritual na pessoa em situação crítica. Afonso et al. (2023) referem que uma pessoa não é apenas um corpo nem um ser biopsicossocial; atualmente, a dimensão espiritual é considerada numa perspetiva holística ou integral. Por conseguinte, tornar os cuidados espirituais acessíveis a todos os utentes dos serviços de saúde não deve ser considerado uma opção, mas sim um imperativo ético e legal para a prestação de cuidados holísticos. As organizações internacionais relevantes salientam a importância da espiritualidade para a saúde e a urgência

de os enfermeiros prestarem cuidados espirituais (EAPC, 2022). Estudos relativos à espiritualidade demonstram os efeitos positivos nos resultados de saúde da pessoa em situação crítica, tais como as estratégias que facilitam a superação de crises ou experiências difíceis, a gratidão, o sentido da vida e o perdão. Além disso, os enfermeiros consideram que atender às necessidades espirituais faz parte das suas funções, embora a prestação efetiva de cuidados espirituais possa exigir uma relação de colaboração com outros profissionais (Chiang et al., 2020; Ramírez Jiménez et al., 2020).

Em suma, a literatura documenta que a “presença cuidadora” foi identificada como a variável central a partir da qual surgem todas as outras características dos cuidados de enfermagem espirituais. Uma definição operacional de cuidados de enfermagem espirituais é a de que os cuidados humanos são demonstrados através da presença cuidadora, do respeito e da preocupação em satisfazer as necessidades não só do corpo e da mente das pessoas cuidadas, mas também as suas necessidades espirituais de esperança e significado no meio de uma crise de saúde, que exigem igual atenção para a prestação de cuidados ótimos por parte de enfermeiros.

Conclusão

Embora o conceito de “cuidados de enfermagem espirituais” tenha as suas raízes na história da Enfermagem, muitos enfermeiros têm dificuldade em integrar o conceito na sua prática. Existe um debate permanente na literatura empírica sobre a sua definição, clareza e aplicação na prática de enfermagem. Neste âmbito, o presente estudo teve como objetivo avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual na pessoa na situação crítica, tendo-se constatado que os participantes atribuem muita importância ao “Cuidado espiritual” e “Espiritualidade”. No global, os enfermeiros apresentaram uma pontuação elevada em relação à “Espiritualidade e Cuidado total”.

Devido à subjetividade do tema e ao facto de ser uma experiência pessoal e exclusiva, embora vivida numa relação, pode surgir a questão de saber se a espiritualidade e os cuidados espirituais podem ser ensinados. A prestação de cuidados espirituais requer competências e atitudes profissionais que podem estar relacionadas com características pessoais. No entanto, as competências para prestar cuidados espirituais podem ser aprendidas e treinadas, começando nos cursos de licenciatura em enfermagem, com continuidade ao longo da prática profissional. A formação em enfermagem exige que os enfermeiros possuam habilidades e competências para promover cuidados holísticos ao máximo e fazê-lo com segurança, respeito, compaixão, preservando a dignidade da pessoa cuidada. Como limitações encontradas, salienta-se o facto de o grupo amostral não ser representativo da população dos enfermeiros das instituições de saúde locus de estudo, o que não permite a generalização dos resultados. Assim sendo, como sugestão de investigação futura, propõe-se a replicação deste estudo com uma amostra mais dilatada e incluindo estudantes da licenciatura em enfermagem podendo fazer-se uma comparação entre as suas perceções em relação ao fenómeno estudado.

Referências bibliográficas

- Afonso, A., Sitefane, S., Rabiais, I., Nunes, L., & Caldeira, S. (2023). Spiritual Care in the Undergraduate Nursing Degree in Portugal. *Education Sciences*, 13(3), 273. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/educsci13030273>
- Alves, F.J.F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23701/1/Francisco%20Alves.pdf>
- Alves, P.; Moura, A.; Vaz, A.; Afonso, G.; Ramos, P.; Gonçalves, V.; & Pinto, M (2021). Pele: O “Templo” Que Nos Identifica E Protege. <https://www.aptferridas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20Pele.pdf>
- Booth L, Kaylor S. Teaching spiritual care within nursing education: a holistic approach. *Holist Nurs Pract*. 2018;32(4):177–181. doi:10.1097/HNP.0000000000000271
- Brás, A.M.R., Quitério, M.M.S.L., & Nunes, E.M.G.T. (2020). Nurse’s interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. *Rev Bras Enferm.*; 73(Suppl 6):e20190409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Carneiro, A. V. (2004). A comunicação clínica em contexto de doença aguda. Em J. Gomes-Pedro e A. Barbosa. *Comunicar : na clínica, na educação, na investigação e no ensino* (pp. 81–88). Lisboa: Climepsi editores
- Chiang, Y.-C.; Lee, H.-C.; Chu, T.-L.; Han, C.-Y.; Hsiao, Y.-C. A spiritual education course to enhance nursing students’ spiritual competencies. *Nurse Educ. Pract*. 2020, 49, 102907.
- Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948. In: Grad FP, editor. The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*; 2002. 80(12). p. 982
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série. N.º 187. Parte C. Acedido <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- DGS. (2015a). Norma N.º 019/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

- DGS. (2015b). Norma Nº 020/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico.pdf>
- DGS. (2015c). Norma Nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. *Direção Geral Da Saúde*, 1–37. www.dgs.pt
- Dowd, T. (2018). Theory of Comfort. In Alligood, M.R. (9th ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 527-539). Missouri: Elsevier.
- EAPC (2022). Reference Group on Spiritual Care. Available online: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide <https://www.ena.org/education/tncc>
- Frida, A., Novieastari, E., & Nuraini, T. (2019). *Perception on spiritual care: Comparison of the nursing students of public university and religious-based university. Enfermería Clínica*. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.009
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos. Paris: PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes+de+viacao+em+portugal+continental+a+acidentes+com+vitas++feridos+e+mortos-326-3587>
- Gao J, Wang Q, Wu Q, Weng Y, Lu H, Xu J. Spiritual care for the management of Parkinson’s disease: where we are and how far can we go. *Psychogeriatrics*. 2022;22(4):521–529. doi:10.1111/psyg.12834
- Gélinas, C., Tousignant-Laflamme, Y., Tanguay, A. & Bourgault, P. (2010). Exploring the validity of the bispectral index, the Critical-Care Pain Observation Tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: a pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 46- 52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.002>

- Gethin, G. G., Price, P., Probst, S. Stryja, & Christiansen, N, (2020). EWMA document on Person-Centred Care - ewma.org. Recuperado February 6, 2023, from <https://ewma.org/what-we-do/projects/person-centred-care>
- Grupo Português de Triagem. (2011). Documentação Triagem Manchester e as Vias-Verdes.S Acedido em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf> <https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed.* 2019 Mar 28;90(4-S):44-55. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8300. PMID: 30977748;
- Hawthorne DM, Gordon SC. The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *Journal of Holistic Nursing.* 2020;38(1):147-155. doi:[10.1177/0898010119889704](https://doi.org/10.1177/0898010119889704)
- Hawthorne DM, Gordon SC. The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *Journal of Holistic Nursing.* 2020;38(1):147-155. doi:[10.1177/0898010119889704](https://doi.org/10.1177/0898010119889704)
- Hu, Y., Jiao, M. & Li, F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliat Care* 18, 104 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3>
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Oman medical journal*, 33(2), 154–158. <https://doi.org/10.5001/omj.2018.28>
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J. S. (2017). Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nursing Ethics*, 24(5), 598–611. <https://doi.org/10.1177/0969733015622059>
- Kolcaba, K. (2010). *An introduction to comfort theory. In The comfort line.* Acedido em <http://www.thecomfortline.com/>
- Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90 de 24 de agosto. Acedido em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_miolo

- Macedo, R. P. A., & Dias, A. M. (2016). Nursing Activities Score, NAS : adaptação transcultural e validação para a população portuguesa [Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Marques, N., Faria, R., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., & Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647–654. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Martins, A.R., Pinto, S., Caldeira, S., Pimentel, L.F. (2015). Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência; Série IV - n.º 4*, 89-97. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13129>
- Massaud-Ribeiro L, Barbosa MCM, Panisset AG, Robaina JR, Lima-Setta F, Prata-Barbosa A, Cunha AJLAD. Cross-cultural adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Brazilian Portuguese for the evaluation of sedation in pediatric intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021 Jan-Mar;33(1):102-110. doi: 10.5935/0103-507X.20210011.
- Matos, M. S. D. (2004). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição Parenteral. *Referência*, 1(11), 63-68.
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., Compher, C., Society of Critical Care Medicine, & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20:1757–67.
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*; 20(11-12), 1757-1767
- Melhem GA, Zeilani RS, Zaqqout OA, Aljwad AI, Shawagfeh MQ, Al-Rahim MA. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian J Palliat Care*. 2016 Jan-Mar;22(1):42-9. doi: 10.4103/0973-1075.173949.

- OE. (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico- Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica - aprovado na Assembleia Extraordinária do Colégio a 25 de Novembro de 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OMS (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017 do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica sobre atribuição de responsável de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018 da mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica sobre funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021. OECD. Disponível em <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>
- Osland, E. J., Ali, A., Nguyen, T., Davis, M., & Gillanders, L. (2016). Australasian society for parenteral and enteral nutrition (AuSPEN) adult vitamin guidelines for parenteral nutrition. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 25(3), 636–650. <https://doi.org/10.6133/apjcn.022016.05>
- Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Aslan GG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20:3102–10.
- Pereira, N.R., & Andrade, P.A. Infection Prevention and Control: A Joint Effort: A Prevenção e Controlo de Infeção: Um Esforço Conjunto. *Gaz Med.*; 18, 7(2). Disponível em <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/361>

- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182. Acedido em <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). Circular Normativa nº 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto. DGS.
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Queiroz, P., Schulz, R., & Barbosa, J. (2017). Importância Da Tecnologia No Processo De Enfermagem Para O Tratamento De Feridas Crônicas. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 158. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182
- Ramírez Jiménez, M.S.; Serra Desfilis, E. Does Christian Spirituality Enhance Psychological Interventions on Forgiveness, Gratitude, and the Meaning of Life? A Quasi-Experimental Intervention with the Elderly and Youth. *Nurs. Rep.* 2020, 17, 10, 182–206.
- Reade, M. C., & Finfer, S. (2014). Sedation and delirium in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444-454. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208705>
- Regulamento Nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II Série*, Nº 135. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento Nº 613/2022 da ordem dos enfermeiros (2022). *Diário da República: II Serie* Nº 131. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Regulamento Nº 743/2019 da ordem dos enfermeiros (2019). *Diário da República: II Serie* Nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Russo, J.R.S., Bico, I.M.T., & Vala, P.A.S.R. (2022). Influence of communication on the nurse-family relationship in intensive care unit: Systematic literature review. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*; Vol. 8, 2, 96-116. doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)

- Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nurs Open*. 2019 May 18;6(3):698-712. doi: 10.1002/nop2.287.
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C.L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit (ICU). *New Trends in Qualitative Research*, 13, e721. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Sutriningsih, A., Wahyuni, C. U., & Haksama, S. (2020). Factors affecting emergency nurses' perceptions of the triage systems. *Journal of public health research*, 9(2), 1808. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1808>
- The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis Rocío de Diego-Cordero a , Paola Suarez-Reina ´ a , B´ arbara Badanta a,* , Giancarlo Lucchetti b , Juan Vega-Escano~ c
- Van Leeuwen, R., & Schep-Akkerman, A. (2015). *Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands*. *Religions*, 6(4), 1346–1357. doi:10.3390/rel6041346
- Williams, A.M., Lester, L., Bulsara, C et al. (2017). Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE): developing and testing a measurement instrument. *BMJ Open*; 7, 1-9. e012999. doi:10.1136/bmjopen-2016- 012999
- World Health Organization. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) 1998. [Last retrieved on 2013 Mar 29]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf .

Apêndices

Apêndice I – Estudo de caso

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Estudo de Caso – Caso Clínico com Diagnóstico de Morte Cerebral

Isabel Moreira

Trabalho de projeto elaborado no âmbito do Estágio em contexto de Cuidados Intensivos, a decorrer na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

Elaborado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Carina Caldeira e Mónica Veiga

Professora Doutora Madalena Cunha

Abril 2023

Listas de Siglas e acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Índice Bispectral
MCDT	Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica
RASS	Escala de Agitação e Sedação de Richmond
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SNC	Sistema Nervoso Central
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
ULS	Unidade Local de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensiva
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

Introdução

No projeto de estágio, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª ed. e do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª ed. da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, durante o período de 20 de fevereiro 2023 a 28 de abril de 2023, propus-me a elaborar um estudo de caso. Para alcançar esse objetivo escolhi um caso clínico com o diagnóstico de morte cerebral e possível dador de órgãos.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação ordenada e planificada, com amplos conhecimentos e competências na área, com rigor científico e atual (Silva Ana Raquel & Lage Maria José, 2010, p. 2). Pese embora, essas competências têm de ser aliadas às competências humanas, para prestar cuidados holísticos de qualidade, nomeadamente incluir a família e o seu sofrimento no cuidado. Para tal, neste trabalho será efetuado uma breve abordagem à perspetiva da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson é uma abordagem transdisciplinar que incorpora a arte e a ciência da enfermagem e inclui os conceitos das áreas da filosofia, ética, ecologia, medicina abordado a tríade de mente-corpo-espírito (Watson Caring Science Institute, n.d.).

Com este propósito tenho como objetivos:

- Compreender conceito de Morte Cerebral;
- Analisar o cuidado de enfermagem ao doente potencial dador de órgãos no SMI;
- Analisar a Teoria do Cuidar e a Relação Transpessoal de Jean Watson;
- Reconhecer a aplicabilidade da Teoria do Cuidar e o Cuidado Transpessoal de Jean Watson no contexto do cuidado de enfermagem no SMI.

Breve descrição do caso clínico

Doente do género masculino com 54 anos de idade sem patologias associadas prévias conhecidas, deu entrada no serviço de urgência (SU) por perturbação aguda do estado de consciência, que terá começado com cefaleia, tonturas e vômitos.

No SU apresenta decréscimo progressivo e rápido do score da escala de coma de Glasgow (ECG), com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) para proteção da via aérea e subsequentemente analgesia, sedação e curarização.

Realiza Tomografia Axial Computorizada (TAC) e outros meios complementares de diagnóstica e terapêutica (MCDT), que revelam o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, com uma hemorragia extensa e comprometimento das estruturas intracranianas.

É encaminhado para o serviço de medicina intensiva com VMI em modo volume assistido, com FiO₂ a 80%, é otimizada terapêutica apresenta sinais vitais estáveis dentro dos parâmetros normais, sem suporte de terapêutica aminérgica. Com pontuação de -5 na escala de agitação e sedação de Richmond (RASS) e com índice bispectral (BIS) 3. São contactadas várias equipas de neurocirurgia do país, para encaminhamento do doente, que recusam a transferência por inviabilidade de tratamento pela extensão da hemorragia e localização da mesma.

Após 24 horas da realização da primeira TAC, repete o exame, que revela sinais de lesões irreversíveis e incompatíveis com vida, nomeadamente hipoxia cerebral e aumento da extensão da hemorragia intracraniana. Reduzida sedação e curarização. Manteve RASS de -5 e apresenta BIS 1. A Equipa médica suspeita de Morte Cerebral e começa a ponderar a possibilidade de o doente ser um potencial dador de órgãos. Começa a apresentar hipotensão é introduzida terapêutica aminérgica para a manutenção e estabilidade hemodinâmica, e viabilidade dos órgãos em caso de doação. É retirada a medicação de sedação e curarização, os valores de RASS e Bis mantêm-se. E inicia-se o processo de confirmação de diagnóstico de morte cerebral e os cuidados associados.

Conceito de morte cerebral

O conceito de morte cerebral tem sofrido alterações ao longo da história da medicina e surge em efeito do progresso da tecnologia da saúde, com a ajuda de novos processos artificiais, como a ventilação mecânica – de manter artificialmente a função cardiopulmonar depois de o cérebro da atividade cerebral ter cessado. (Fernandes Ana Paula, 2021 pp. 70-73)

A falha irreversível das funções cerebrais é equivalente à morte após confirmação adequada e consideraram a interrupção da terapia adicional e diferenciadas (idem).

O desenvolvimento dos transplantes de órgãos e tecidos, inicialmente nas áreas de transplantes de rim, coração e córnea, provocou discussão sobre a determinação neurológica da morte humana. Atualmente, a falência completa e irreversível das funções do sistema nervoso central (SNC) constitui a autêntica fronteira entre a vida e a morte do ser humano (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare of the Council of Europe, (EDQM),2022, pp. 19-21).

No entanto, nem todas as escolas médicas aceitam o mesmo conceito de morte cerebral. Consequentemente, os critérios para o diagnóstico são diferentes de acordo com o conceito de morte cerebral utilizado. O conceito de “morte cerebral total” é o mais difundido e é caracterizado pela cessação irreversível das funções neurológicas hemisféricas e do tronco cerebral. E o conceito de “morte do tronco cerebral” a supressão irreversível da função do tronco cerebral (Idem pp. 63-66).

Em Portugal o conceito de morte do tronco cerebral é o essencial para o diagnóstico de morte no indivíduo, conforme a lei nº 141/99, de 28 de agosto (Fernandes Ana Paula, 2021, pp. 70-73)

O diagnóstico de morte cerebral ocorre tipicamente em unidades de medicina intensiva (UCIs) ou em serviços de emergência. Exige a presença de pessoal devidamente qualificado, treinado e competente e instalações e equipamentos adequados (EDQM, 2022, pp. 19-21).

Para garantir que uma declaração morte cerebral seja inequívoca, é necessária uma avaliação clínica completa realizada por médicos experientes. E baseados em dados científicos, critérios acordados nacionalmente, com protocolos rigorosos para os exames complementares utilizados (Idem, pp. 67-79)

Para estabelecer o diagnóstico de morte cerebral é necessário o cumprimento das seguintes condições:

- Existência de um coma arreativo e considerado irreversível, cuja etiologia assente numa lesão cerebral permanente devidamente documentada
- Ausência de reflexos do tronco cerebral
- Existência de apneia permanente documentada por teste clínico (Fernandes Ana Paula, 2021, pp. 70-73)

Para tal, a equipa médica avalia a irreversibilidade do coma, através de uma avaliação completa do doente, excluindo causas do coma potencialmente reversíveis, nomeadamente medicação administrada, desequilíbrios electrolíticos, hipo/hipertermia, pressão arterial média, entre outras. Iniciando-se esta avaliação tendo em conta a semi-vida da medicação supressora do SNC efetuada e a eliminação da mesma que pode ser prejudicada pela disfunção orgânica (por exemplo, rim, fígado) (EDQM, 2022, pp. 67-79).

Para efetuar a avaliação de ausência de reflexos do tronco cerebral são avaliados:

- Ausência de resposta motora
- Reflexo fotomotor
- Reflexo Córneo
- Reflexo oculomotor
- Reflexo oculoestibular
- Reflexo faríngeo e traqueal profundo

Por último é efetuado o teste de Apneia (Fernandes Ana Paula, 2021, pp 70-73)

Esta prova segundo a legislação portuguesa tem que ser efetuada por dois médicos especialistas nas áreas de neurologia, neurocirurgia ou com experiência comprovada em medicina intensiva. Desta equipa nenhum membro pode pertencer à equipa de transplante e pelo menos um deles não pode pertencer à equipa da unidade onde o doente se encontra internado. Devem ser concretizadas dois conjuntos de duas provas no espaço temporal a determinar de acordo com a situação clínica (Idem).

Podem ser ainda realizadas MCDT's em caso de dúvida, contudo, a realização dos mesmos não dispensa a realização do conjunto de provas acima mencionadas (Idem)

Cuidados ao potencial dador de órgãos

Desde o primeiro transplante de rim bem-sucedido realizado em 1954, o transplante de órgãos salvou e melhorou a qualidade de vida de milhares de pacientes. Hoje é o melhor tratamento para salvar vidas para falência de órgãos em estágio final e é realizado em 111 países em todo o mundo (EDQM, 2022, pp 19-21).

Atualmente na Europa, a doação após morte cerebral representa a principal fonte de órgãos e tecidos para transplante (idem).

A perda irreversível de todas as funções do cérebro, como consequência de uma lesão cerebral devastadora, é responsável por efeitos fisiopatológicos e quadros clínicos que devem ser prontamente identificados e tratados (EDQM, 2022, pp. 103-133).

O cuidado prestado aos doadores na unidade de medicina intensiva inclui uso precoce de protocolos rigorosos estabelecidos de fluidoterapia, terapêutica vasopressora e terapia hormonal. Estes protocolos resultam num aumento do número de órgãos adquiridos por doador. Portanto, é uma componente essencial no processo de doação após morte cerebral (Idem).

O tratamento intensivo de proteção de órgãos é o primeiro passo para um transplante bem-sucedido e duradouro. Para proteger os órgãos destinados ao transplante de danos e para manter a qualidade funcional do órgão no momento da obtenção, a terapia ideal deve ser baseada em alvos específicos e objetivos de gestão de doadores bem definidos (Fernandes Ana Paula, 2021, p 74).

Intervenções de Enfermagem

Os cuidados de saúde prestados a um potencial dador, é uma fase crucial e de extrema importância. Prevenir ou evitar a disfunção de órgão num potencial dador com atividade

cardíaca requer uma vigilância extremamente atenta e cuidadosa. Visto que, a morte cerebral causa um padrão hemodinâmico típico com desregulação consecutiva como resultado da perda do controle central do sistema cardiovascular, do comando respiratório, dos baro e quimiorreceptores e do eixo hipotálamo-hipófise (EDQM, 2022, pp 103-133).

Cuidar destes doentes requer competências específicas e traduzem qualidade de cuidados de final de vida (Fernandes Ana Paula, 2021, p. 73)

Para tal, estes doentes encontram-se com monitorização hemodinâmica e ventilatória rigorosa, através de diferentes dispositivos, entre eles, os cateteres para monitorização das pressões invasivas, a sua utilização exige, por parte dos enfermeiros, cuidados de qualidade executados de forma criteriosa, nomeadamente, para prevenir complicações que lhes estão associadas. Desta forma é imprescindível:

- Utilizar técnica asséptica para manipulação dos sistemas;
- Desinfetar todas as torneiras fechadas e sempre que é manipulada uma torneira substituir obturador;
- Substituir o penso no local da inserção do cateter segundo protocolo e sempre que se encontre descolado, repassado, molhado ou quando for necessário inspecionar o local; substituir o circuito, de acordo com o protocolo e sempre que se observe presença de sangue ou coágulos;
- Efetuar uma vigilância do local de inserção do cateter e do penso (Silva Ana Raquel & Lage Maria José, 2010, pp. 14-29).

O enfermeiro deve estar atento e efetuar uma vigilância hemodinâmica e sinais vitais atenta e contínua. Os valores alvo são:

- Temperatura: $\geq 35^{\circ}\text{C}$;
- Frequência cardíaca: 60-120 bpm;
- Pressão arterial: pressão sistólica 100-160 mmHg e pressão arterial média ≥ 70 mmHg;
- Saturação periférica de oxigénio: $\text{SpO}_2 \geq 95\%$;
- Débito urinário: 0,5 – 3 ml/kg/hora;
- pH artéria: 7,35 – 7,45
- Glicémia: 80-150 mg/dl (Fernandes Ana Paula, 2021, p. 76)

Outras medidas necessária e de elevada qualidade, para manutenção pulmonar é a aspiração traqueal de sistema fechado, alternância de decúbitos com *toilette* brônquica adequada (Idem, pp. 14-29).

Intervenções associados com os cuidados de higiene e conforto, higiene oral, são efetuados com os cuidados necessários tendo em consideração o estado frágil do doente.

Na prestação de cuidados de enfermagem em Cuidados intensivos e em especial a estes doentes, além da monitorização e vigilância, como já referido, é de grande importância, a administração de terapêutica integra um objetivo primordial no cuidado ao doente (Silva Ana Raquel & Lage Maria José, 2010, p. 14).

O enfermeiro nesta área tem uma grande responsabilidade, além da preparação e a administração, para uma Prática Segura na prevenção de erros na administração de medicamentos e antes de administrar qualquer medicamento tem que ter conhecimento dos 9 certos:

1. Doente certo
2. Medicamento certo
3. Via certa
4. Hora certa
5. Dose certa
6. Registo certo
7. Preparação certa
8. Conhecimento certo
9. Educação certa (*Semana Da Segurança Do Doente: Segurança Na Utilização Da Medicação – CH / Tâmega e Sousa, n.d.*)

Além das características específicas de cada fármaco, e neste âmbito requer um conhecimento profundo de conhecimento e raciocínio em farmacologia (Silva Ana Raquel & Lage Maria José, 2010, pp. 141-143).

Pese embora, a administração de medicação não deve ser considerada como um procedimento de enfermagem isolado, mas sim integrado no conjunto de um plano terapêutico e intervenções a realizar colhendo os dados necessário dos efeitos desejáveis para o doente em questão,

aparecimento de afeitos indesejáveis para possíveis ajustes pertinentes para a manutenção ou correção que se justifiquem (Idem).

A equipa de enfermagem realiza colheita de sangue para análises, incluindo gasometria arterial, periodicamente e cada vez que se justificar.

Os registos de enfermagem que devem ser o mais pormenorizado possível com rigor e isenção, fazendo referência a todas as intervenções de enfermagem efetuadas, valores observados, terapêutica administrada, entre outras informações ou ocorrências pertinentes.

Independentemente das circunstâncias, mesmo nos cuidados de fim de vida, a morte de um potencial doador costuma ser repentina e inesperada, e gerador de crise emocional para a família e/ou conviventes significativos. Porém, e geralmente o enfermeiro centra as suas atenções nos cuidados ao doente e pouca atenção é prestada à família e/ou convivente familiar, (Silva Ana Raquel & Lage Maria José, 2010, p. 177), neste sentido surge a necessidade de uma abordagem no Cuidar mais amplo e holística.

Cuidar na perspetiva de Jean Watson

A Ciência do Cuidar de Jean Watson pode ser descrita como um campo de estudo filosófico-ético-epistémico em evolução (Watson Caring Science Institute, n.d.). Representa uma teoria de enfermagem, no entanto não se afigura como uma teoria científica, com as suas características inerentes, ou seja, verificável, quantificável e rigidamente testável (Watson, 1999, p.7). Porém, é uma teoria com o intuito de desenvolver o foco de atenção numa nova perspetiva do fenómeno do comportamento humano na saúde e na doença.

“Uma teoria é um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno” (idem, p. 8), pois na perspetiva de Jean Watson, a enfermagem é vista como uma ciência humana e uma arte, e desta forma não é passível de ser avaliada do modo qualitativo, por um método tradicional, reducionista e científico (idem, p.10).

A Ciência do Cuidar abrange a pessoa como um todo, a unidade mente-corpo-espírito como um em relação com o meio ambiente em todos os níveis (Watson Caring Science Institute, n.d.).

Na abordagem tradicional da enfermagem prevalece a visão restritiva do mundo científico, do paradigma médico que categoriza, manipula, controla e trata a doença. Mas na conceção da

enfermagem como ciência humana alia e incorpora a ciência com a beleza, a arte, a ética e a estética do processo de cuidar do Homem-pelo-Homem. Esta ideologia diferente pode ampliar o nosso pensamento, de forma a desenvolver novas noções do que significa ser humano, ser enfermeiro, estar doente, ser curado, cuidar e ser cuidado. O modo como é visto o cuidar em enfermagem, advêm de vários atos deliberados resultantes de uma escolha que pode ser feita na direção da mudança na prática para a preservação da humanidade (Watson, 1999, pp.34-36).

Compreender a enfermagem como uma disciplina e um campo distinto de estudo é honrá-la dentro de um contexto de arte, humanidades e visões em expansão da ciência (Watson, 2008, p.19). Como disciplina distinta, é necessário reconhecer que a Enfermagem e o Cuidar residem numa matriz tanto humanitária como científica; assim, há uma intersecção entre as artes, humanidades, filosofia, ciência e tecnologia (idem). A disciplina abrange uma visão ampla do mundo que honra a humanidade e um universo em evolução que é cheio de maravilhas e incógnitas, bem como expectativas definidas sobre o nosso mundo (idem).

“Uma abordagem da ciência humana sobre o cuidar é necessária para a prática de enfermagem hoje e no futuro” (Watson, 1999, p.51). O processo de cuidar a pessoa no ciclo vital inserido na família e grupos é a principal atenção para a enfermagem, não só por causa as transações ativas de humano-para-humano, mas também aos conhecimentos exigidos, o empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço (idem, p. 52)

A Ciência do Cuidar procura combinar a ciência com as humanidades e as artes. A Ciência do Cuidar não é neutra em relação aos valores humanos, objetivos, percepções individuais subjetivas e significados. Não está desvinculada das emoções humanas e suas diversas expressões, sejam elas culturalmente vinculadas ou reveladas individualmente. A disciplina de enfermagem – guiada por uma orientação da Ciência do Cuidado – busca estudar, pesquisar, explorar, identificar, descrever, expressar e questionar a relação e intersecção entre os aspetos éticos, ontológicos, epistemológicos, metodológicos, pedagógicos e de práxis da enfermagem, incluindo políticas de saúde e práticas administrativas. Assim, uma orientação da Ciência do Cuidar procura a congruência entre a ciência clínica da enfermagem, as humanidades, as artes e o assunto humano e os fenómenos do conhecimento e das práticas do cuidado (Watson, 2008, p.22).

O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade

humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições da saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interações ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar (Watson, 1999, p.55).

A ciência do cuidado como ciência sagrada

A teoria do cuidado humano foi desenvolvida entre 1975 e 1979, enquanto Jean Watson lecionava na Universidade do Colorado, surgiu das suas próprias visões de enfermagem, combinadas e informadas pelos seus estudos de doutoramento em psicologia educacional, clínica e social (Watson, 2015, p.322).

Foi a sua tentativa inicial de trazer significado e foco para a enfermagem como uma disciplina emergente e uma profissão de saúde distinta que tinha seus próprios valores, conhecimentos e práticas únicas, e sua própria ética e missão para a sociedade. O trabalho também foi influenciado pelos esforços para encontrar um significado e uma ordem comum para a enfermagem que transcendesse ambientes, populações, especialidades e áreas de subespecialidade (idem).

Da perspectiva emergente de Jean Watson, os valores, a ética, a filosofia, o conhecimento e as práticas de cuidado humano da enfermagem requerem ordem de linguagem, estrutura e clareza de conceitos e visão de mundo subjacentes à enfermagem como uma disciplina e profissão distintas. Essa linguagem original emoldurou essa orientação que exigia artes únicas de cuidado e cura (idem).

Os processos de cuidado humano foram denominados de “10 fatores carativos”, que complementavam a medicina convencional, mas contrastavam fortemente com os “fatores curativos”. Ao mesmo tempo, essa filosofia e teoria emergente do cuidado humano procuram equilibrar a orientação curativa da medicina, conferindo à enfermagem uma posição singular disciplinar, científico e profissional consigo mesma e com seu público (idem).

O seu trabalho inicial evoluiu dinamicamente a partir das suas obras originais de 1979, 1981, 1985 e dos anos 1990 para uma visão mais atualizada transformando-se nos “10 processos Caritas”, permitindo considerar a ciência do cuidado como ciência sagrada e com uma consciência global unitária para a liderança (idem).

Os 10 Fatores Carativos originais continuam a ser o núcleo estrutural intemporal da teoria, ao mesmo tempo em que permitem sua emergência evolutiva em aspetos mais fluídos do modelo capturado pelos 10 Processos Caritas (Watson, 2008, p.30).

Os 10 fatores Carativos incluídos no trabalho original (1979) são:

1. Valores humanísticos-altruístas;
2. Instilar/habilitar fé e esperança;
3. Cultivar a sensibilidade consigo mesmo e com os outros;
4. Desenvolver uma relação de ajuda, confiança e cuidado humano;
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Uso sistemático do processo de cuidado científico (criativo) de resolução de problemas;
7. Promover o ensino-aprendizagem transpessoal;
8. Proporcionar um ambiente mental, social e espiritual de apoio, protetor e/ou corretivo;
9. Auxiliar na satisfação das necessidades humanas;
10. Permitir dimensões fenomenológicas existenciais (idem).

Há mais de um século, Florence Nightingale estabeleceu o foco da enfermagem dentro de um contexto de saúde e integridade que continha, mas transcendia o corpo-físico, abordagens limitadas de saúde e cura; assim, ela abraçou o espírito humano e os fenômenos não-físicos que residem tanto dentro como fora (Watson, 2008, p.227).

Ela defendeu que a enfermagem se concentre na saúde e nas experiências humanas que afetam toda a humanidade ao longo do tempo e do espaço, todas as idades, nacionalidades, raças e variedades de circunstâncias humanas que compartilhamos (idem).

Uma relação transpessoal do cuidar, implica uma forma especial de cuidar, significa uma união com a outra pessoa (Watson, 1999, p.111). A enfermagem ajuda a sustentar a dignidade humana e a própria humanidade, ao mesmo tempo em que contribui para a evolução da consciência humana, ajudando a avançar em direção a uma comunidade e civilização moral mais humana e solidária (Watson, 2008, p.33).

A Teoria de Jean Watson nos Cuidados de fim de Vida

De acordo com a legislação portuguesa, todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal são considerados potenciais doadores, desde que não tenham manifestado a sua vontade não doadores no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão. Quando o registo é consultado são referidos quais os órgãos ou tecidos que não podem ser utilizados (Portugal, Lei n.º 22/2007).

Independentemente das circunstâncias, a morte de um potencial doador costuma ser repentina e inesperada e a decisão de doar órgãos nem sempre é bem aceite pela família. Pois nem sempre compreendem que a gravidade da situação. A informação sobre a morte repentina de um familiar pode levar a diversas reações de luto entre os familiares, como agressividade e raiva.

Uma conversa sobre doação de órgãos visa o apoio da família à doação. Independentemente da posição legal, tal conversa deve ter como objetivo conseguir a aceitação da doação de órgãos pelos familiares. Esta aceitação não pode ser forçada ou condicional, nem deve ser alcançado sob pressão. A família tem o direito de expressar sua opinião sobre doação de órgãos, e os médicos precisam para tomar uma decisão equilibrada sobre continuar ou não com a doação sem o apoio da família – com o risco de prejudicar a saúde emocional da família e possivelmente incorrer em má publicidade e perda de confiança pública no programa de doação de órgãos e continuar com a doação (Idem, p. 96).

A comunicação com familiares do falecido pode exigir várias conversas com a equipa profissional. A estratégia deve ser evitar danos ou angústias desnecessárias. A melhor prática é estabelecer uma relação estável entre os familiares e a equipa de saúde antes que o assunto da doação de órgãos seja introduzido. O aperfeiçoamento da habilidade da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros tem sido defendido, para equilibrar o cuidado dos familiares enlutados com o levantamento da questão da doação de órgãos (Idem, p. 91).

A preparação para uma abordagem familiar à doação de órgãos começa quando o doente é internado no hospital, mas o tipo de informação entregue deve seguir as mudanças na condição do mesmo. Os familiares têm de enfrentar, às vezes muito cedo, a possível consequência de

lesão cerebral devastadora, e provavelmente terão muitas dúvidas, perguntas e medos para discutir. A equipa deve disponibilizar à família todas as informações relevantes, incluindo todos os diagnósticos e tentativas terapêuticas de salvar vidas (Idem, p. 92).

É amplamente aceite que ser humano é sofrer. Todas as principais religiões e tradições de sabedoria e textos lidam com o sofrimento de uma forma ou de outra. Uma das nossas tarefas humanas nos níveis individual e coletivo é dar sentido ao nosso próprio sofrimento (Watson, 2008, p.234).

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-utente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito (Foucault & Mongeau, 2012 p.14). Neste contexto, salienta-se a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica.

A tarefa dos profissionais da saúde e do cuidado-curar é perceber que tanto no mundo científico quanto no mundo da prática, o trabalho dos enfermeiros tem sido muito estreito para a natureza humana profunda do trabalho com o qual realmente são confrontados em vida nas relações de cuidado-curar com eles mesmo, com os outros e com o universo (Watson, 2008, p.236).

A complexidade da natureza do sofrimento da pessoa em fase terminal exige aos profissionais de saúde competências em vários domínios. A aquisição de conhecimentos e habilitações ajudam a fazer diagnósticos e intervenções necessárias (Foucault & Mongeau, 2012 p.17).

Sob o sofrimento e a dor sentida, reside uma presença permanente, a infinidade do Amor universal como um campo que oferece uma paz permanente, uma quietude profunda e imutável, uma alegria sem causa que transcende o bem e o mal, a dor e a não dor (Watson, 2008, p.236).

A componente humana dos cuidados de enfermagem integra a empatia por parte do enfermeiro relativamente à vivência única e aos sentimentos da pessoa (Foucault & Mongeau, 2012, pp. 17-18). A ciência do cuidar resulta da aliança terapêutica e transpessoal, mantendo uma esperança realista e apoio aos doentes e seus familiares numa abordagem dos cuidados baseada na experiência e orientada para melhorar o potencial de cada pessoa no continuum que liga a vida, a doença e a morte (idem).

É encontrar o ponto de quietude no meio da lei da mudança constante; para encontrar a paz permanente e a presença da inteligência divina, um campo universal de Amor que transcende toda a mudança sentida que solidificamos e congelamos na nossa experiência, contribuindo

para mais dor, mais sofrimento. Mas na compreensão e experiência mais profunda/sabedoria que pode levar a pessoa além do sofrimento (Watson, 2008, p.236).

A teoria do Cuidar e a Relação transpessoal, procura desenvolver o cuidado como fundamento ontológico-epistemológico para uma estrutura teórico-filosófica-ética para a profissão e disciplina de enfermagem e esclarecer sua relação madura e intersecção distinta com outras ciências da saúde, como fundamento moral e científico de uma profissão que está a amadurecer para uma nova era global da história humana (Watson, 1996, citado por Watson, 2015, p.329)

Neste pressuposto, a aplicação da Teoria do Cuidar e a Teoria Transpessoal de Jean Watson é de extrema relevância no contexto do cuidar no serviço de medicina intensiva. Neste contexto, os doentes e a família apresentam-se normalmente com uma carga emotiva e psicológica muito elevada, por vezes confusos e revoltados pela sua condição (Mierendorf & Gidvani, 2014, pp.77-78). Com dor, e em sofrimento. Cabe ao enfermeiro, numa posição privilegiada, numa missão tão sublime e nobre que é o cuidado ao outro, estabelecer uma relação de gentileza, de amor, igualdade e compaixão pelo ser humano que está a cuidar.

Contudo, primeiro, a atenção tem de ser focada em si próprio, procurando a sua paz interior, perdoar-se a si mesmo, aceitar-se e estar em harmonia consigo e com o universo, para que possa através dessa paz interior e dessa energia interior, que vem do seu coração e da sua consciência emanar e transmitir harmonia e paz, através do seu cuidar, ao próximo, através do toque sagrado.

Desta forma, pode apaziguar o sofrimento do doente e da sua família, dar sentido à sua vida, à sua doença e ao seu tratamento. Pode ajudá-lo a conseguir a paz interior e aceitação. Através da escuta ativa, do compromisso numa vertente criativa, em vez do foco na doença e na cura da medicina tradicional, recorrendo à reflexologia, à musicoterapia, a aromaterapia, e média luz, em vez das luzes agressivas dos hospitais. Embora no Serviço de Medicina Intensiva quase sempre lotado e na azáfama do turno, torna-se complexo, mas não impossível, criar um ambiente propício para a reflexão e a harmonia. E assim, aceitar que nem sempre há resposta para dar, mas deve-se simplesmente aceitar o ciclo da vida no universo.

Conclusão

O conceito de “morte cerebral total” é o mais difundido e é caracterizado pela cessação irreversível das funções neurológicas hemisféricas e do tronco cerebral. E o conceito de “morte do tronco cerebral” a supressão irreversível da função do tronco cerebral (Fernandes Ana Paula, 2021, pp. 70-73).

Os longos períodos na lista de espera por órgãos podem resultar na morte ou má qualidade de vida dos pacientes antes do transplante. Até o final de 2019, havia 92.574 pacientes à espera por um transplante na Europa, e 18 pacientes na lista de espera morriam todos os dias porque não havia órgão disponível (EDQM, 2022, p. 19).

A maioria dos países europeus aumentou o número de doadores falecidos de órgãos desde a década de 1990, e em quatro desses países o número anual é superior a 1.000. Para os rins, o número de doadores vivos também está aumentando. No entanto, as listas de espera persistem e, devido à escassez crônica de órgãos, alguns clínicos de transplante são extremamente seletivos quanto aos pacientes que colocam nas listas de espera (EDQM, 2022, p. 21).

A terapia intensiva de proteção de órgãos é o primeiro passo para um transplante bem-sucedido e duradouro. Para proteger os órgãos destinados ao transplante de danos e para manter a qualidade funcional do órgão no momento da obtenção, a terapia ideal deve ser baseada em alvos específicos e objetivos de gerenciamento de doadores bem definidos, particularmente no caso de doadores de critérios estendido (EDQM, 2022, p. 103).

A Ciência do Cuidar pode ser descrita como um campo de estudo filosófico-ético - epistêmico em evolução, fundamentado na disciplina de enfermagem e informado por campos relacionados (Watson Caring Science Institute, n.d.).

Cuidar em enfermagem pode ter como base, a Ciência do Cuidar, como ciência sagrada, é o ponto de partida ético para nossa ontologia do Ser. As nossas experiências humanas e jornada através do círculo sagrado da vida e da morte são compartilhadas dentro do campo infinito e universal do Amor Cósmico, através do cuidado Transpessoal atendo às 10 Caritas (idem).

Referências Bibliográficas

- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare of the Council of Europe. (2022). Guide to the quality and safety of organs for transplantation European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation (CD-P-TO) EDQM 8th Edition 2022.
- Fernandes Ana Paula. (2021). Diagnóstico de Morte Cerebral e Manutenção do dador em Morte Cerebral. In Ponce Pedro & Mendes João João (Eds.), Manual de Medicina Intensiva (pp. 70–77). Lidel.
- Foucault, C. & Mongeau. (2012). A arte de tratar em cuidados paliativos: prespectivas de enfermagem (2ªed.). Edições Piaget.
- Mierendorf, S. M., & Gidvani, V. (2014). Palliative care in the emergency department. The Permanente Journal, 18(2), 77–85. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-103>
- Portugal, Lei n.º 22/2007, (2007, junho 29). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Diário da República n.º 124/2007, pp 4146 – 4150
- Semana da Segurança do Doente: Segurança na Utilização da Medicação – CH | Tâmega e Sousa. (n.d.). Retrieved April 21, 2023, from <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/semana-da-seguranca-do-doente-seguranca-na-utilizacao-da-medicacao/>
- Silva Ana Raquel, & Lage Maria José. (2010). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Formasau.
- Watson Caring Science Institute. (n.d.). Caring Science & Human Caring Theory. Recuperado Maio 22, 2022 em <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory>
- Watson, J. (1999). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem. Lusociência.
- Watson, J. (2008). Nursing The Philosophy and Science of Caring Revised Edition. The University Press of Colorado.

Watson, J. (2015). Jean Watson's Theory of Human Caring. In M. Smith, & M. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4ed., pp.321-339). Recuperado Maio 22, 2022 em <https://fdocuments.in/document/watson-new.html>

Apêndice II – Via Verde Trauma

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Via Verde Trauma - Projeto de implementação

Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ana Cascais

Isabel Moreira

Joana Silva

Vera Ferreira

Trabalho de projeto elaborado no âmbito do Estágio em contexto de Urgência Geral, a decorrer no Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Elaborado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça e Rosário Pereira.
Professora Doutora Madalena Cunha

Janeiro 2023

Lista de Siglas e acrónimos

CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CT	Centros de Trauma
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
ET	Equipas de Trauma
FC	Frequência cardíaca
GCS	Escala de Coma de Glasgow
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
PAM	Pressão arterial média
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SpO ₂	Saturação Periférica de oxigénio
SU	Serviço de urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUP	Serviço de urgência polivalente
TA	Tensão arterial
TPC	Tempo de preenchimento capilar
TVM	Traumatismo vertebro medular
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVT	Via Verde Trauma

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª ed. e do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª ed. da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), durante o período de 28 de novembro 2022 a 10 de fevereiro de 2023, foi-nos proposto desenvolver um projeto de implementação para a Via Verde Trauma (VVT) no SUP do CHTV.

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a principal causa de morte e morbidade em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

O trauma constitui um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra-se necessária uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde (Portugal, Despacho n.º 2534/2021).

Foi realizada consulta da legislação portuguesa e da evidência científica disponível sobre a temática em questão, e após aprovação do Enfermeiro Chefe elaborámos o “Via Verde Trauma – Projeto de implementação”, que tem por base a Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da Direção Geral de Saúde (DGS).

O projeto está estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se a abordagem à VVT, na qual se inclui a evolução da implementação da VVT em Portugal, a estrutura organizacional da VVT, e a referenciação e avaliação das vítimas de trauma. No segundo capítulo encontra-se a proposta de protocolo de implementação da VVT no CHTV.

1. Via Verde Trauma

A causa de trauma mais prevalente no Serviço de Urgência (SU) do CHTV, de janeiro a junho de 2020, foi o acidente de viação com automóvel (67,9%), seguido do acidente de motociclo (19,9%) (Trigo et al., 2022). Quanto à natureza do acidente, prevaleceu o despiste de automóvel e a colisão carro-carro (*idem*).

A Emergency Nurses Association (2019) descreve o trauma como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

Como resposta ao crescente problema de trauma, em 2009, foram emanadas orientações/diretrizes pela Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para a melhorar dos cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

A nível nacional, foi publicado pela Ordem dos Médicos (2009), o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas. Para além disso, este documento alerta para a importância da atualização da rede de referenciação de urgência e emergência médica nacional, manifestando a importância dos centros de trauma (CT) com equipas de trauma (ET) especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma, bem como da importância da criação de um sistema de informação integrado.

Em 2010, a Direção Geral de Saúde (DGS), emitiu a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. De acordo com a circular normativa, a Via Verde Trauma (VVT) deveria ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da ET (Triagem); Existência de ET organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Em 2017, com o Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, foi constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

Recentemente a DGS, publicou a Norma n.º 012/2022 de 18 de Novembro de 2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

A VVT pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major” (DGS, 2022, p.13). Trauma Major é aquele que implica ativação da ET, em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 (DGS, 2022).

Um estudo qualitativo, exploratório elaborado por (Almeida et al., 2020, pp.55-56), cujo objetivo foi explorar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta via verde traz na perspetiva do enfermeiro, identificaram a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa de enfermagem como principais vantagens da implementação da VVT.

O mesmo estudo aponta o desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT, os custos associados à sua implementação e a motivação da equipa e os conflitos interprofissionais como os principais fatores barreira à implementação da VVT.

O presente projeto, fundamentado na Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da DGS, tem como objetivo a elaboração de um projeto de implementação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do CHTV.

A. Organização da rede de trauma no Serviço Urgência Polivalente

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível, constituída por um chefe médico da ET e diversos profissionais de saúde previamente definidos (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022):

- Médico Coordenador da ET

- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista
- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010).

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET e deve ser apoiada em cursos certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área, sendo a formação básica da responsabilidade de cada instituição, de acordo com as necessidades institucionais.

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar as mnemónicas AT-MIST (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos), SBAR (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e ABCDE (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- a) Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- b) Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);
- c) Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);
- d) Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

1.1. Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a avaliação secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;
- Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.




B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “**ABCDE**”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

D. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)(*idem*).

É o médico residente da SE que fará a primeira abordagem e que posteriormente contactará a equipa multidisciplinar.

2. Projeto de implementação via verde trauma

		
<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO</p> <p style="text-align: center;">Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) no Serviço de Urgência Polivalente.</p>		<p>Documento n.º</p> <p>Versão nº</p> <p>Data:</p>
<p>Aprovado:</p>		<p>Data de Aprovação:</p>

TÍTULO: Projeto de Implementação da Via Verde Trauma

ÂMBITO: Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente

FUNDAMENTO: Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.

OBJETIVO: Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Admissão/Avaliação da vítima de trauma – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

2. Triagem e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma

A triagem é realizada pelo Enfermeiro, através da aplicação dos seguintes critérios de ativação da VVT, sendo que basta apenas um critério para efetivar a sua ativação.

Tabela 1 - Critérios de Ativação da VVT

Critérios de Ativação da VVT
Repercussões Fisiológicas da Lesão
Frequência Respiratória <10 ou > 29 Ciclos por minuto
SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
PAS < 90mmHg
Escala de Coma Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente
Anatomia da Lesão
Fratura do crânio com afundamento
Traumatismo vertebro-medular
Retalho costal móvel
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tibia)
Fratura instável da bacia
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)

Queimaduras major: 2ºGrau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)

Queimaduras com inalação

Mecanismo da Lesão

Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ou cotovelo e ou joelho

Qualquer mecanismo com projeção da vítima

Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)

Quedas superiores a 6 metros

Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)

Enforcamento, submersão ou afogamento

Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves.

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na VVT, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma (Anexo I).

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/ Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva.

3. Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O *Médico Residente da SE* – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

A **avaliação primária** da vítima deve obedecer à sequência “ABCDE” (Anexo II), a qual permite de forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida e, deve ser assegurada nos primeiros 20 minutos. Nesta avaliação diferentes monitorizações, intervenções e tarefas devem estar a decorrer ao mesmo tempo, tendo o coordenador da ET a responsabilidade de partilhar a informação e decidir prioridades de tratamento e investigação.

Devem ser realizadas por rotina as atitudes adjuvantes da avaliação inicial (exames/procedimentos a realizar na SE ou serviço de imagiologia), sempre que é ativada a ET (Anexo III). (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em 60 min (Anexo IV) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (*idem*). Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal. De acordo com a Norma da DGS 012/2022, deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica AMPLE:

Allergies – Alergias

Medications - Medicações

Past Medical History - Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias e imunizações

Last Meal – Hora da última refeição

Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma, mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

O Coordenador da ET efetua os registos clínicos, assim como, os pedidos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (que devem ser sinalizados como urgentes), em colaboração com a restante Equipa de Trauma.

O Enfermeiro:

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência “ABCDE”.
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte;
- Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem (Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

Tabela 2 - ABCDE

A	Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea. Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) \leq 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea
B	Assegurar Ventilação e Oxigenação Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO ₂). Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO ₂ \geq 95%). Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.
C	Assegurar circulação com controlo de hemorragia Identificar e controlar hemorragias externas. Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA). Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele. Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem). Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg). Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.
D	Avaliar estado neurológico Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar. Avaliar estado de consciência (GCS). Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM). Avaliar glicemia capilar.
E	Exposição com controlo da temperatura Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões. Prevenir hipotermia Garantir a privacidade e dignidade da vítima

O *Assistente Operacional* – Colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.

A *Equipa de Imagiologia* deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

4. Transporte Intra-Hospitalar

A execução de alguns meios complementares de diagnóstico condiciona a deslocação da vítima de trauma para fora da SE, o que comporta riscos, obrigando à planificação adequada do transporte.

O Coordenador/ Um médico da ET, o Enfermeiro e o Assistente Operacional acompanham a vítima à realização dos exames complementares de diagnóstico.

Referências bibliográficas

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>

Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide.*

<https://www.ena.org/education/tccc>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma.* Ordem dos Médicos.

<https://ordendosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>

Organização Mundial de Saúde (2022). *Road traffic injuries.* Recuperado Janeiro 18, 2023 em

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados

Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma.* Distribuna Editorial.

Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de

Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182.

<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de

Trauma e designa os seus membros. *Diário da República*, 2(196), pp. 23038-23041.

<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa n.º 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>

Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, *Servir*, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Anexos

Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento

Avaliação Inicial (<20min) Princípios de Tratamento	
Área	Procedimentos
A – Via Aérea e imobilização da coluna cervical	Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio.
B – Ventilação e oxigenação	Avaliar e controlar a respiração, procedendo a entubação traqueal e ventilando, se necessário.
C – Circulação	Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia judiciousa e ativando protocolos de hemorragia maciça se necessário. Diagnóstico de outras causas de choque
D – Disfunção neurológica	Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central utilizando preferencialmente a Escala de Coma de Glasgow
E – Exposição	Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.

Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial

Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial
Monitorização
Frequência respiratória
Oximetria de pulso
CO2 expirado em vítima de trauma ventilada
Eletrocardiograma e frequência cardíaca
Pressão arterial
Temperatura
Débito urinário
Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Eletrocardiograma de 12 derivações
Gases do sangue
Monitorização de lactato sérico
Glicemia capilar
Hemograma com contagem de plaquetas
Estudo da Coagulação
Grupo de Sangue com provas cruzadas
Bioquímica
Alcoolémia
Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos
Algáliação, após avaliação perineal
Introdução de sonda gástrica, se indicado após avaliação da face e crânio
Imagiologia na sala de emergência
Radiografia antero-posterior do tórax
Radiografia da bacia

Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST" ou "FAST EXTENDED")

TC crânio-encefálico

TC de toda coluna (Topograma) com complementos axiais e de reconstrução

TC Toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC

TC Maxilo-facial

RX/TC dos membros ou de outros segmentos corporais

TAC de corpo inteiro no trauma *major*

Deve ainda decidir-se sobre:

Cirurgia emergente corretiva (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos (*Damage Control Surgery*)

Radiologia de Intervenção

Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA (< 60 minutos)

Avaliação secundária

Obtenção de história detalhada usando a mnemónica AMPLE

Exame físico completo, incluindo todas as regiões corporais: áreas facilmente esquecidas como o couro cabeludo, olhos (uso de lentes de contato ou óculos), o pescoço, o dorso e o períneo

Analgesia adequada

Profilaxia antibiótica, se indicada

Profilaxia antitetânica, se indicada

Análises clínicas complementares dirigidas à situação específica

Registos de dados que permitem a caracterização da situação (documentação)

Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída

Identificação de problemas e definição de diagnósticos provisórios

Formulação de um plano de atuação incluindo o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma

Deve ainda decidir-se sobre:

Realização de novos/outros exames complementares de diagnóstico

Cirurgia em segundo tempo (pelas razões anteriores ou outras)

Nível de observação / internamento

Avaliação da necessidade de transferência para outro ponto, nível superior, da rede de urgências.

Anexo V – Poster da Via Verde Trauma no Adulto

VIA VERDE TRAUMA



Ana Cascais, Isabel Moreira, Joana Silva, Vera Ferreira

CMEMC 8ª ed. e CPLEEMC 9ª ed. da ESSV – Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência - Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE
Tutores: Enfermeiros Especialistas Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça, Rosário Pereira
Enfermeiro Chefe João Gabriel
Orientadores: Professora Doutora Madalena Cunha Nunes e Enfermeiras Especialistas Isabel Tavares e Natividade Luis

INTRODUÇÃO

O Trauma constitui a principal causa de morte e morbidade em todo o mundo, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Em 2021, em Portugal, ocorreram 29217 acidentes de viação do qual resultaram 390 mortos e 36323 feridos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

A Via Verde Trauma pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma maior” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022, p.13).

A implementação da Via Verde Trauma possibilita a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa (Almeida et al., 2020, pp.55-56).

OBJECTIVOS

Uniformizar os critérios de ativação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE.

MÉTODOS

Consulta da Circular Normativa nº 012/2022 de 28 de Novembro: Via Verde Trauma no Adulto da DGS.

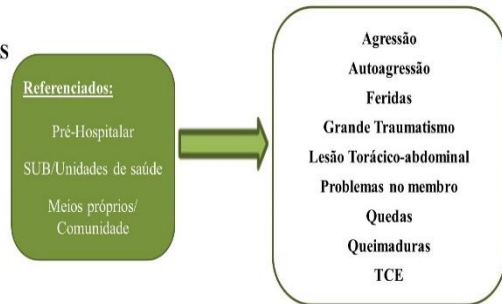
CONCLUSÃO

A implementação da Via Verde Trauma permite aumentar a acessibilidade da vítima de trauma ao tratamento adequado e reduzir a mortalidade e morbidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

Referências Bibliográficas:

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos*. Paris: PORDATA. <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes-de-viacao-em-portugal-continental-acidentes-com-vitimas-feridos-e-mortos-326-3587>
Organização Mundial de Saúde (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa nº 012/2022 de 28/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS

RESULTADOS

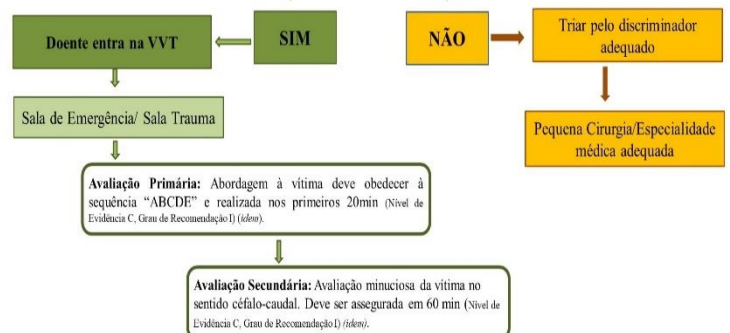


Circuito de encaminhamento no SU

Basta apenas um critério para efetivar a ativação da VVT

Critérios de Ativação da VVT	
Repercussões Fisiológicas da Lesão	
Frequência Respiratória <10 ou > 29 Cpm	
SaO2 < 90% com O2 suplementar	
PAS < 90mmHg	
Escala de Coma Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente	
Anatomia da Lesão	
Fratura do crânio com afundamento	
Traumatismo vertebro-medular	
Retalho costal móvel	
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fêmur, tibia)	
Fratura instável da bacia	
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo	
Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)	
Queimaduras maior: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)	
Queimaduras com inalação	
Mecanismo da Lesão	
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, perineo, proximal ou cotovelo e ou Joelho	
Qualquer mecanismo com projeção da vítima	
Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)	
Quedas superiores a 6 metros	
Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)	
Enforcamento, submersão ou afogamento	

(Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022)



Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos*. Paris: PORDATA. <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes-de-viacao-em-portugal-continental-acidentes-com-vitimas-feridos-e-mortos-326-3587>
Organização Mundial de Saúde (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa nº 012/2022 de 28/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS

Anexo VI – Apresentação da ação de formação

Instituto Politécnico de Viséu | Escola Superior de Saúde de Viséu
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 8ª. edição
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 9ª. edição



Via Verde Trauma

Ana Cascais / Isabel Moreira / Joana Silva / Vera Ferreira

02 de fevereiro de 2023



Instituto Politécnico de Viséu | Escola Superior de Saúde de Viséu
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 8ª. edição
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 9ª. edição



Via Verde Trauma: protocolo de implementação

Unidade Curricular: Relatório com estágio final em contexto de urgência

Tutores: Enfermeiros Especialistas Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça, Rosário Pereira

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Ana Cascais / Isabel Moreira / Joana Silva / Vera Ferreira

02 de fevereiro de 2023

Plano de Sessão

Objetivo Geral	- Conhecer a proposta de Protocolo de Implementação da Via Verde Trauma para o CHTV, EPE			
Objetivos específicos	- Conceptualizar a Via Verde Trauma - Descrever os recursos humanos necessário à VVT - Identificar as diferentes etapas do fluxograma de ativação da VVT			
	Conteúdo	Método	Meios Auxiliares	Tempo
INTRODUÇÃO	- Introdução do tema - Justificação do mesmo e informar sobre o objetivo.	Expositivo	Computador Diapositivos Texto de apoio Bibliografia	2 min
DESENVOLVIMENTO	- Conceito de Trauma e Via Verde Trauma - Evolução da implementação da VVT em Portugal - Estrutura Organizacional da VVT - Vantagens e barreiras à implementação da VVT - Ativação e Referenciação da Vítima de trauma			20 min
CONCLUSÃO	- Reflexão			5 min

Introdução

O **Trauma** é um problema de saúde pública, que constitui a **principal causa de morte e morbilidade** em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma

Organização Mundial de Saúde, 2022.

Anualmente, a nível mundial, aproximadamente **1,3 milhões de pessoas** morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de **20 a 50 milhões de pessoas** ficam com lesões incapacitantes

OMS, 2022.

O trauma constitui um **desafio permanente**, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra -se necessária uma **abordagem integrada e estruturada**, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde.

Portugal, Despacho n.º 2534/2021



Via Verde Trauma

A causa de trauma mais prevalente no Serviço de Urgência (SU) do CHTV, de janeiro a junho de 2020, foi:

- acidente de viação com automóvel (67,9%);
- acidente de motociclo (19,9%)

Quanto à natureza do acidente, prevaleceu o despiste de automóvel e a colisão carro-carro

Trigo et al., 2022.

Trauma: conceito

O trauma é descrito como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo — como prejudicial fisicamente — ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

A Emergency Nurses Association, 2019.

Enquadramento Histórico

2009

Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, emana orientações/diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para melhorar os cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

2009

Ordem dos Médicos publica o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas.

Enquadramento Histórico

2010

Direção Geral de Saúde (DGS), emite a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado.

2017

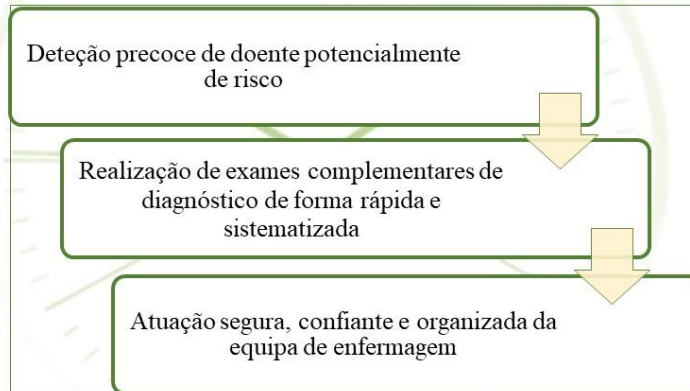
Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, é constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

18 de Novembro de 2022

DGS, publica a Norma n.º 012/2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

Via Verde Trauma: vantagens

Ganhos em saúde



Almeida et al., 2020.

Via Verde Trauma: conceito

Conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major.

Trauma Major é aquele que implica ativação da Equipa de Trauma (ET), em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 .

DGS, 2022.

Via Verde Trauma: barreiras à implementação



Desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT;



Custos associados à sua implementação;



Motivação da equipa e os conflitos interprofissionais.

Almeida et al., 2020.

A - Organização da Rede de Trauma no Serviço Urgência Polivalente

DGS
Norma n.º 012/2022
(18/11/2022)

Via Verde Trauma no Adulto

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022).

Constituída por profissionais de saúde previamente definidos:

- Médico Coordenador da ET
- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista

- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET



A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar :

Mnemónica **AT-MIST** (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos);

Mnemónica **SBAR** (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e

Mnemónica **ABCDE** (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- a) Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- b) Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);
- c) Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);
- d) Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A **avaliação inicial da vítima** de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

D. Os SU devem ter **aviso prévio do transporte** da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:



Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;

Realizar a Avaliação Secundária;

Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto de RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;

Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

		
PROCEDIMENTO		Documento n.º
Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) no Serviço de Urgência Polivalente.		Versão n.º
Aprovado:		Data:
		Data de Aprovação:

• **TÍTULO:** Projeto de Implementação da Via Verde Trauma

• **ÂMBITO:** Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.

• **RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente

• **FUNDAMENTO:** Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.

• **OBJETIVO:** Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Admissão/Avaliação da vítima de trauma – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

2. Triagem e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma:



Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves

Critérios de Ativação da VVT	
Repercussões Fisiológicas da Lesão	
Frequência Respiratória <10 ou >29 Ciclos por minuto	
SaO ₂ <90% com O ₂ suplementar	
PAS <90mmHg	
Escala de Coma Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente	
Anatomia da Lesão	
Fratura do crânio com afundamento	
Traumatismo vertebro-medular	
Retalho costal móvel	
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tibia)	
Fratura instável da bacia	
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo	
Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)	
Queimaduras major: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)	
Queimaduras com inalação	
Mecanismo da Lesão	
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, perineo, proximal ou cotovelo e ou joelho	
Qualquer mecanismo com projeção da vítima	
Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)	
Quedas superiores a 6 metros	
Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)	
Enforcamento, submersão ou afogamento	

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na **VVT**, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O Médico Residente da SE – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022



A avaliação primária da vítima deve obedecer à sequência “ABCDE”,



Permite de forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida e, deve ser assegurada nos primeiros 20 minutos.



Devem ser realizadas por rotina as atitudes adjuvantes da avaliação inicial (exames/procedimentos a realizar na SE ou serviço de imagiologia), sempre que é ativada a ET (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).



Nesta avaliação diferentes monitorizações, intervenções e tarefas devem estar a decorrer ao mesmo tempo, tendo o coordenador da ET a responsabilidade de partilhar a informação e decidir prioridades de tratamento e investigação.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em **60 min** (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, incluindo áreas facilmente esquecidas como são exemplo o couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo.

Deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica **AMPLE**

- Allergies – Alergias;
- Medications – Uso de medicações;
- Past Medical History – Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização;
- Last Meal – Hora da última refeição;
- Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma como qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

O Enfermeiro

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência “ABCDE”.
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.
- Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte; avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem

Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018.

A	<p>Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea. Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea</p>
B	<p>Assegurar Ventilação e Oxigenação Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO₂). Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO₂ ≥ 95%). Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.</p>
C	<p>Assegurar circulação com controlo de hemorragia Identificar e controlar hemorragias externas. Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA). Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele). Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem). Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg). Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.</p>
D	<p>Avaliar estado neurológico Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar. Avaliar estado de consciência (GCS). Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM). Avaliar glicemia capilar.</p>
E	<p>Exposição com controlo da temperatura Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões. Prevenir hipotermia Garantir a privacidade e dignidade da vítima</p>

O **Assistente Operacional** colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.



A **Equipa de Imagiologia** deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

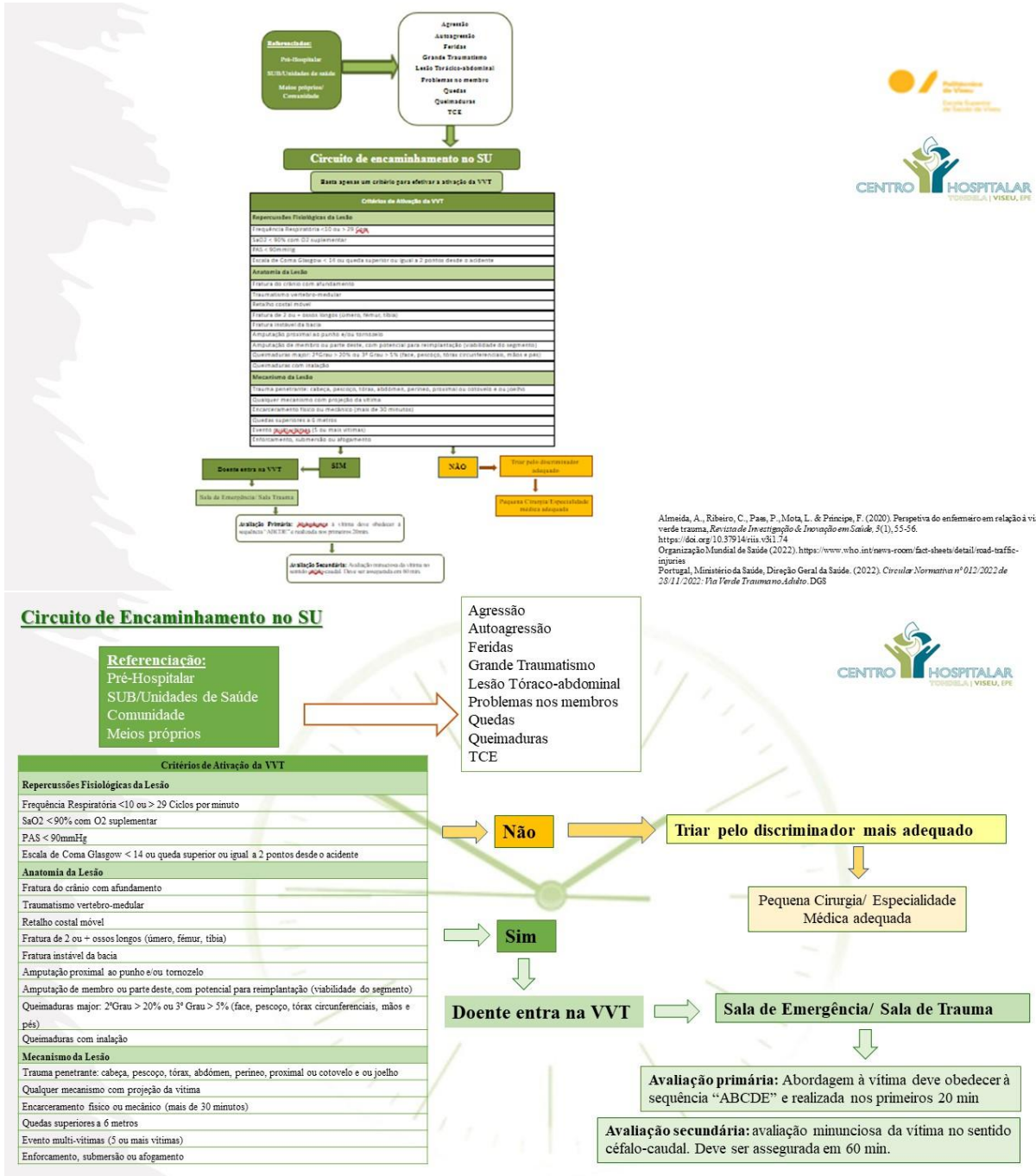
Transporte Intra-Hospitalar



A execução de alguns meios complementares de diagnóstico condiciona a deslocação da vítima de trauma para fora da SE, o que comporta riscos, obrigando à planificação adequada do transporte.

O Coordenador/ Um médico da ET, o Enfermeiro e o Assistente Operacional acompanham a vítima à realização dos exames complementares de diagnóstico.





Almeida, A., Ribeiro, C., Pam, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2000). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/r.iis.v3i1.74>

Organização Mundial de Saúde (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa nº 012/2022 de 28/11/2022 - Via Verde Trauma Adido*. DGS



Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. <https://www.ena.org/education/tccc>
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/normas-de-boas-pratica-em-trauma/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Road traffic injuries. Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Distribua Editorial.
- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. Diário da República, 2(45), pp. 178-182. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

Referências bibliográficas

- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. Diário da República, 2(196), pp. 23038-23041. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). Circular Normativa n.º 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto. DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. DGS. <http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, Servir, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Anexo VII – Poster de Incompatibilidades de administração de medicação em Y e Diluições

Compatibilidade de Administração de Medicação em "Y"



8º CME/MC e 9º CPLE/MC da ESSV - Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos - Serviço de Medicina Intensiva do U.S. Guarda, EPE - Faculdade Ciências da Saúde e Medicina - Vila Rica
Orientador: Professor Doutor OLÍVIA DA PAIXÃO RIBEIRO

Medicamento	Adrenalina	Aminofilina	Amiodarona	Atropina	Bicarbonato Na	Calcio, gluconato	Ceftriaxona	Ciprofloxacina	Desametasona	Diazepam	Digoxina	Dobutamina	Dopamina	Etonidazato	Fenitoína	Fentanil	Furosemida	Haloperidol	Heparina	Hidrocortisona	Lactato de Ringer	Insulina	Labeltolol	Lidocaína	Magnésio, sulfato	Manitol	Metilprednisolona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Noradrenalina	Ondansetron	Pantaprazol	Potássio, cloreto	Propofol	Verapamilio			
Adrenalina																																							
Aminofilina																																							
Amiodarona																																							
Atropina																																							
Bicarbonato Na																																							
Calcio, gluconato																																							
Ceftriaxona																																							
Ciprofloxacina																																							
Desametasona																																							
Diazepam																																							
Digoxina																																							
Dobutamina																																							
Dopamina																																							
Etonidazato																																							
Fenitoína																																							
Fentanil																																							
Furosemida																																							
Haloperidol																																							
Heparina																																							
Hidrocortisona																																							
Lactato de Ringer																																							
Insulina																																							
Labeltolol																																							
Lidocaína																																							
Magnésio, sulfato																																							
Manitol																																							
Metilprednisolona																																							
Metoclopramida																																							
Midazolam																																							
Morfina																																							
Noradrenalina																																							
Ondansetron																																							
Pantaprazol																																							
Potássio, cloreto																																							
Propofol																																							
Verapamilio																																							

Red	Incompatível
2h	Compatível por 2 horas
3h	Compatível por 3 horas
4h	Compatível por 4 horas
6h	Compatível por 6 horas
8h	Compatível por 8 horas
C	Compatível por 24 horas

Referências Bibliográficas:

Andersson, 2010, Acesso no link: <http://www.elsevier.com/locate/S0954682010000000>
 Melo, T., Pires, C., E. et al. (2006). Compatibilidade de administração de medicamentos em "Y". Revista Portuguesa de Medicina Intensiva (3), pp. 287-289
 Rizzo, T. et al. (2008). Guia Prático de Administração de Medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva. Editora Elsevier.



Preparação de Medicamentos por via parentérica

Isabel Moreira
8º CMEMC e 9º CPLEEMC da ESSV – Unidade Curricular Estágio com Relatório Final
em Contexto de Cuidados Intensivos –
Serviço de Medicina Intensiva da ULS Guarda, EPE
Tutores: Catina Caldeira e Mónica Veiga
Orientador: Professor Doutor Olivério de Paiva Ribeiro



Abreviaturas

AINE – Anti- inflamatórios não esteróide	Mg – Miligrama
CP – Cuidados Paliativos	Min – Minuto
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	ml – Mililitro
ECG – Electrocardiograma	µg – micrograma
Fr – Frequência Cardíaca	NaCl – Cloreto de sódio
h – Hora	p.p.i. – Própria para injetáveis
HTA – Hipertensão arterial	SNC – Sistema Nervoso Central
IM – Intramuscular	SC – Sub cutânea
IR – Intra raquidiana	SV – Sinais Vitais
IV – Intravenosa	TA – Tensão Arterial

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Adrenalina (Simpaticomimético)	Solução injetável pronta	- IM - SC - IV: diluir 0,1 ml em 10 ml e administrar lentamente - NaCl 0,9% Perfusão contínua: diluir 2 a 4 mg em 1000 ml de NaCl 0,9% Endotraqueal	24 horas à temperatura ambiente	Monitorização rigorosa de SV e traçado eletrocardiográfico quando administrado IV; Pode ser usado via oral ou nebulização em caso de doentes de DPOC, bronquite ou enfisema; No caso de injeção IM massajar o local durante 10 segundos após administração para acelerar a absorção.
Aminofilina (Broncodilatador / Antiasmático / Xantina)	Solução injetável pronta	- IV: Administrar lentamente de 5 a 10 ml; - IV perfusão: diluir doses ≤ 500 mg em 100-200 ml e administrar durante 30-60 min - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Uso imediato	Vigiar durante a perfusão os SV, débito urinário e o estado de consciência; Os sistemas e seringas devem ser opacas; A via IM não está recomendada por provocar dor local intensa.
Amiodorona (Antirrítmico)	Solução injetável pronta	- IV: diluir 150 - 300 ml em 20 ml de glicose a 5% e administrar lentamente; - IV perfusão contínua: Dose de carga: administrar a dose de 5mg/kg diluída em 100-250 ml de glicose a 5% durante 20-120 min; Dose de manutenção: administrar 10-20mg/kg diluída em 250-500 ml de glicose a 5% a cada 24 horas	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente	Monitorização rigorosa de SV e traçado eletrocardiográfico.
Amoxicilina + Ácido Clavulânico (Antibiótico / Associação de penicilina com inibidores das beta-lactamases)	IV: 10 ml para 550 mg; 20 ml para 1,2 gr de água p.i. IV perfusão: 20 ml de água p.i.	- IV: administrar em 3-4 min (1,2gr) - IV perfusão: diluir 550 mg em 50 ml; 1,2 gr e 2,2gr em 100 ml e administrar durante 30-60 min - NaCl 0,9% / Lactato de Ringer	20 min à temperatura ambiente	Não misturar com perfusões que contenham glicose, dextrano ou bicarbonato.
Atropina (Antirrítmico)	Solução injetável pronta	- IM - SC - IV	Uso imediato	Os indivíduos com Síndrome de Down, aparentemente, apresentam uma suscetibilidade aumentada às ações da atropina, ao contrário, os indivíduos albinos apresentam uma certa resistência a este fármaco; A administração de pequenas doses pode originar bradicardia paroxística; Pode ocorrer rubor intenso da face e tronco 15 a 20 min após administração.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Acetilcisteína (Anti-tússico e expectorante / Mucolítico)	Solução injetável pronta	- IM - IV perfusão: diluir em 50 - 100 ml e administrar de 15-30 min	24 horas no frigorífico e apenas para uso tópico	Uso tópico sob a forma de aerosol; Deve manusear o preparado em material de vidro ou plástico, não se devendo usar material de borracha ou de metal.
Acetilsalicilato de Lisina (Analgésico e Antipéptico)	5 ml de água p.i	- IM: Administração profunda no glúteo - IV: Administrar lentamente - IV perfusão: diluir NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Sorbitol	30 min após reconstituição	Funciona como antiagregante plaquetário em doses menores; Aspégic não deve ser diluído, devendo ser administrado diretamente no sistema de perfusão.
Ácido Aminocapróico (anti-hemorrágico / Antifibrinolítico)	Solução injetável pronta	- IV: pode-se administrar em bólus directo em caso de urgência, mas muito lentamente - IV perfusão: diluir na proporção de 1 gr em 50ml NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Lactato de Ringer - IV perfusão contínua: diluir num volume compreendido entre 100 e 500 ml	Após diluição: 24 horas	Não deve ser utilizado com soluções de levulose, soluções contendo penicilina ou com sangue; Administrado IV rápida pode conduzir a hipotensão, bradicardia ou arritmias.
Ácido Tranexâmico (anti-hemorrágico / Antifibrinolítico)	Solução injetável pronta	- IV: Administração direta lenta (1ml/min) - IV perfusão: o volume de diluição deverá ter em conta a restrição hídrica do doente, não devendo a velocidade de perfusão exceder os 50mg/min - NaCl 0,9% / Dextrose 5% em NaCl 0,9% / Solução de Ringer	Uso imediato	Não deve ser administrado por via IM, podendo provocar rabdomiolise; Para hemorragia da cavidade oral pode ser usado como bochecho, através da diluição num copo de água; Pode ser usado localmente durante procedimento intraoperatório, de forma a controlar a hemorragia.
Adenosina (Antirrítmico)	Solução injetável pronta	- IV: administrar 6 a 12 mg em bólus rapidamente	Uso imediato	Deve ser administrada somente por via IV; Monitorização rigorosa de SV e traçado eletrocardiográfico.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Bicarbonato de Sódio Corretivo de volêmia e das alterações eletrolíticas / Corretivo do equilíbrio ácido-base / Alcalinizante	Solução injetável pronta	- IV - IV perfusão Compatível com NaCl 0,9% / Glicose a 5%		Não devem ser administradas simultaneamente com soluções contendo cálcio, magnésio ou fosfatos devido à possibilidade de ocorrer precipitação
Biperideno (Anti-parkinsoniano / Anti-colinérgico)	Solução injetável pronta	- IM - IV perfusão: administrar lentamente		Devem vigiar-se efeitos extrapiramidais
Butilscopolamina (Anti-espasmódico)	Solução injetável pronta	- SC - IM: administrar profundamente na massa muscular - IV perfusão: Diluir em 50-100 ml e administrar lentamente		Utilizado em cuidados paliativos para controlo de secreções, nomeadamente quando administrado SC

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Ceftriaxona (Anti-infeccioso / antibacteriano / Cefalosporina de 3ª geração)	IM: 2 ml (500 mg) 3,5 ml (1gr) Cloridrato de lidocaína 1% IV: 5 ml (500 mg); 10 ml (1gr); 20 ml (2 gr) de água p.p.i.	- IM: Administrar numa massa muscular profunda - IV: 1 gr administrar lentamente durante 2-4 min; - IV perfusão: diluir em 50-100 ml e administrar pelo menos em 30 minutos - NaCl 0,9% / NaCl 0,45% / Glicose 2,5%, 5% e 10%	Após reconstituição: 6 horas à temperatura ambiente, 24 horas no frigorífico	Quando a lidocaína é utilizada como solvente, as soluções de ceftriaxona apenas podem ser utilizadas por via IM; na Administração IM, não administrar mais que 1gr no mesmo local; Pode ser administrado via SC, nomeadamente em doentes em CP.
Ciprofloxacina (Fluoroquinolona)	Solução injetável pronta	- IV perfusão: administrar durante 30-60 min (200 mg), 60 min (400 mg) Compatível com: NaCl 0,9% / Glicose a 5% e a 10% / Solução de ringer	3 dias à luz natural	Podem ocorrer falsos negativos na deteção de tuberculose em doentes em tratamento com ciprofloxacina.
Clemastina Antialérgico / Anti-histamínico H1 sedativo)	Solução injetável pronta	- IM - IV: diluir na proporção de 1:5 e administrar lentamente ≥ 2-3 min NaCl 0,9% / glicose 5%		A via de administração SC está contra indicada.
Cloreto de Potássio (Corretivo de volêmia e das alterações eletrolíticas)	Solução injetável pronta	- IV perfusão: diluir e administrar com velocidade de perfusão ≤ 20Eq/h - NaCl 0,9% / glicose 5%		É incompatível com soluções de manitol, sangue e derivados, aminoácidos e soluções lipídicas; Pode ser administrado SC, especialmente no caso de doentes em CP; Não se deve administrar sem diluição prévia; Para administração de concentrações ≥ 40 Eq/L deve utilizar-se uma via central, pelo risco aumentado de flebite.
Clorpromazina (Psicofármaco / Antipsicótico)	Solução injetável pronta	- IM: Administração profunda no músculo glúteo; - IV perfusão: diluir em 100 ml e administrar durante 30 a 60 min - NaCl 0,9%		Após administração da solução injetável é conveniente o doente permanecer deitado durante 30 min devido ao risco de hipotensão ortostática.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Dinitrato de Isossorbido (Vasodilatador)	Solução injetável pronta	- IV perfusão: diluir 50 mg ou 100 mg em 500 ml e administrar 3-33 gotas/min para concentrações de 100 µg/ml ou 1-11 gotas/min para concentrações de 200 µg/ml - NaCl 0,9% / Glicose a 5% e 30% / Solução de Ringer	Após diluição: 24 horas	Vigilância dos parâmetros vitais; risco de hipotensão; Deve ser diluído, imediatamente após abertura; Contra indicação com Hipotensão grave.
Dobutamina (Simpatomimético)	Solução injetável pronta	- IV perfusão contínua: diluir num volume mínimo de 50 ml - NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Lactato de Sódio	Após diluição: 24 horas	Monitorização ECG e parâmetros vitais, pode-se verificar HTA, taquicardia e batimentos cardíacos atópicos; Não deve perfundir em bifurcação com soroterapia; É fotossensível; Não se aconselha uma paragem abrupta da terapêutica com dobutamina; Não se recomendam dose de carga ou injeção de bólus.
Dopamina (Simpatomimético)	Solução injetável pronta	- IV perfusão contínua: velocidade de perfusão de 0,03 a 0,3 ml/kg/h - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente	Monitorização ECG e parâmetros vitais, débito urinário, risco de HTA, taquicardia e arritmia; Não deve perfundir em bifurcação com soroterapia; Pelo seu efeito a nível da melhoria da vascularização renal, pode ser utilizada para correção de situações de oligoanúria; Incompatível com soluções alcalinas ou bicarbonatos.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Dexametasona (Glucocorticoide)	Solução injetável pronta	- IM: injeção profunda na massa muscular - IV: administrar lentamente - IV perfusão intermitente ou contínua: NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Solução de Ringer / lactato de Ringer / Haemaccel®	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente e à luz ambiente	Vigilância da glicémia capilar; A ampola da dexametasona pode ser administrada via oral; Pode ser administrado via SC, nomeadamente me CP.
Diazepam (Psicofármaco / Ansiolítico / Sedativo e Hipnótico)	Solução injetável pronta	- IM: administração profunda - IV: administrar lentamente, a uma velocidade de perfusão de 0,5 ml a 1 ml por min - IV perfusão: é compatível na proporção de 1:40, 1:50, 1:75, 1:100 em NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Solução de Ringer / lactato de Ringer em frasco de vidro	Após diluição: 24 horas para concentrações ≥ 1:50; 4 horas para concentrações 1:20 e 6-8 horas para concentrações 1:40	Devem ser administrados doses reduzidas a doentes idosos e doentes de insuficiência hepática; Administrado por via IM, a sua absorção é irregular e a injeção dolorosa, podendo causar eritema; Tem ação depressora sobre o SNC, podendo produzir sedação e sonolência.
Diclofenac de Sódica (Anti-inflamatório não esteroide)	Solução injetável pronta	- IM: injeção profunda na massa muscular; - IV perfusão Contínua: diluir entre 100-500 mg e administrar de 30-120 min - NaCl 0,9% / Glicose 5% tamponado com bicarbonato de sódio 0,5 ml a 8,4% ou 1 ml a 4,2%	Uso Imediato	Pode ser administrado via SC, nomeadamente me CP; Não pode ser administrado IV direto; Na administração IV não deve ser associado ao Tiocoliquicosido por não haver estudos que evidenciam a segurança desta associação.
Digoxina (Cardiotónico / Digitalico)	Solução injetável pronta	- IM: contra indicada por estar associado a necrose muscular, contudo pode ser administrado por IM seguida por massagem no local da injeção - IV: administrar diretamente ou diluir num volume 4 vezes ou mais em NaCl 0,9% / NaCl 0,18% / em Glicose a 4% e Glicose a 5% - IV perfusão: diluir 0,5 mg em 500ml	Após diluição: 48 horas à temperatura ambiente (quando se dilui 1 ampola em 500 ml de solução de perfusão)	As arritmias poderão ser precipitadas por toxicidade da digoxina.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Etomidato (Anestésico geral)	Solução injetável pronta	- IV: Administrar lentamente		Deve ser administrado apenas por via IV Podem ocorrer movimentos espontâneos afetando um ou mais grupos musculares quando nenhuma pré-medicação foi administrada Nas doses recomendadas, tem efeito reduzido nos parâmetros hemodinâmicos

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Fenitoína (Antiepiléptico e anticonvulsivante)	Solução injetável Pronta	- IM: apenas quando vi IV não está disponível - IV: administrar lentamente a uma velocidade de 50 mg/min; - IV perfusão: diluir na concentração de 1:10 mg/ml e administrar em 30 min	2 horas à temperatura ambiente	É utilizado também no tratamento de arritmias auriculares ou ventriculares associadas à intoxicação por digitálicos; A via IM não é recomendada para o tratamento do estado epiléptico devido à lenta absorção e ao atraso resultante na obtenção de níveis séricos de fenitoína dos limites terapêuticos; O tratamento não deve ser interrompido subitamente uma vez que pode aumentar o risco de crise epilépticas
Fitomenadiona (Hemostático)	Solução injetável Pronta	- IV: Administrar lentamente - IV perfusão: diluir em 55 ml de Glicose a 5%	Uso imediato	A ação da Fitomenadiona pode ser afetada pela administração simultânea de medicamentos anticonvulsivantes; Pode ser administrado via oral, retirando-se da ampola a quantidade pretendida, colocando diretamente na boca, devendo-se engolir com a ajuda de água; Não se conhecem sintomas de sobredosagem com Fitomenadiona.
Flumazenilo (Antídoto das Benzodiazepinas)	Solução injetável Pronta	- IV: administração rápida: 15-30 segundos; - IV perfusão: administração por um período longo - NaCl 0,9% / Glicose a 5% / NaCl 0,45% / Lactato de Ringer	Após diluição: 24 horas	É recomendado apenas para utilização IV; Pode verificar recorrência da sedação, uma vez que a ação do Flumazenilo é normalmente mais curta que a das benzodiazepinas; Em caso de perfusão contínua, esta deve ser interrompida a cada 6 horas para verificar a ocorrência de ressedação.
Furosemda (Anti hipertensor / Diurético de ansa)	Solução injetável Pronta	- IM: deve ser restringida a situações excepcionais, não sendo adequado ao tratamento de situações agudas; - IV: administrar lentamente - 1 a 2 min; - IV perfusão contínua: diluir em 50-500 ml; não deve ser excedido um débito de 4 mg/min - NaCl 0,9% / Soluto de Ringer	Após diluição: 24 horas	Vigilância de Parâmetros Vitais, nomeadamente tensão arterial; Vigilância do débito urinário e sinais de hipovolemia; Pode ser administrado por via SC, nomeadamente em CP.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Gluconato de Cálcio (Corretivo electrolítico)	Solução injetável pronta	- IM: administrar profundamente; - IV: administrar lentamente numa veia de grande calibre - IV perfusão: diluir na proporção de 1:10 com velocidade de perfusão < 50 mg / min - NaCl 0,5% / Glicose a 5%	Deve ser utilizada imediatamente após abertura da ampola	O ceftriaxona não pode ser misturado nem administrado simultaneamente com nenhuma solução que contenha cálcio; Deve evitar-se a via SC e IM; A função cardíaca deve ser monitorizada aquando da injeção numa veia e o doente deve permanecer deitado

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Haloperidol (Psicofármaco / Antipsicótico)	Solução injetável pronta	- IM: Injetar profundamente no músculo glúteo; - IV: Injeção lenta; - IV perfusão: diluir 5-10 mg em 100 ml e administrar em 30 min - NaCl 0,9%	Uso imediato	Vigilância de sintomas motores extrapiramidais; Em CP é usado via SC; O Haloperidol decanoato não deve ser administrado IV
Heparina (Anticoagulante antitrombótico)	Solução injetável pronta	- SC: administrar na parte superior do braço, da coxa ou no abdómen; - IV: sem diluição administrar num minuto; - IV perfusão intermitente: 1000 UI/10-20ml diluído e administrar de 15-30 min; - IV perfusão contínua: administrar por bomba infusora para precisão da dose - NaCl 0,9% / Glicose a 5% ou a 10%	24 horas à temperatura ambiente	Não administrar por via IM; O uso de concomitante de AAS, AINE ou agentes antiplaquetários representa uma contra-indicação relativa para a administração de heparina
Hidrocortisona (Glucocorticoide)	IM/IV: 2ml (100mg) e 5ml (500mg) de água p.p.i.	- IM: deve ser feita profundamente, na grande massa muscular, com a finalidade de evitar atrofia do tecido local; - IV: nos tratamentos de urgência - IV perfusão: Diluir 100 mg em 100 ml e 500 mg em 500 ml - NaCl 0,9% / Glicose a 5%		Monitorização da glicémia capilar; A via SC também pode ser utilizada; Os glucocorticoides podem ocultar alguns sinais de infeção e durante a sua utilização podem verificar-se infeções não manifestadas

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Insulina (Anti-diabético)	Solução injetável pronta	- SC: administrar lentamente no abdômen, parte superior dos braços parte anterior-lateral das coxas ou nas nádegas - IM - IV - IV perfusão: diluir em NaCl 0,9%	Após abertura: 4 semanas no frigorífico e ao abrigo da luz	Vigilância das glicémias capilares; Não administrar em perfusão contínua pela via de administração SC devido ao risco de precipitação na bomba de perfusão.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Labetalol (Anti-hipertensor)	Solução injetável pronta	- IV: administrar 50 mg num período ≥ 1 minuto - IV perfusão: diluir 200 mg em 200ml com velocidade de perfusão 20mg/h até 160mg/h (se HTA na gravidez), 25mg/h a 120mg/h (se HTA após EAM); 2 mg/min (para outras causas de HTA) - Glicose a 5% / Lactato de Ringer / NaCl 0,38% em Glicose a 4%	Após diluição: 24 horas	A administração do fármaco deve ser sempre realizado com os doentes em posição supina ou lateral esquerdo; Monitorização de TA e a FC durante e após o tratamento; É incompatível com o bicarbonato de sódio 4,2%
Lidocaina (Anestésico/ Antirritmico)	Solução injetável pronta	- SC/IR - IM: administrar no músculo deltoide - IV: administrar lentamente à velocidade de 25-50 mg/min - IV perfusão: diluir e administrar 2-4mg/min - NaCl 0,9% / Glicose a 5%		A via SC / IR são usados para administração como anestésico; A via IM deve ser usada apenas quando na via IV não é possível a monitorização de ECG; A perfusão IV deve ser feita com constante monitorização de ECG; Não associar a vasoconstritores para administração IV

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Metamizol Magnésio (Analgésico / Antipirético)	Solução injetável pronta	- IM: injeção profunda na massa muscular; - IV perfusão: diluir em 50-100 ml e administrar 20-60 min. - NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Soluto de ringer	Mantém-se estável por curto período, pelo que deve ser imediatamente administrado	A administração oral da ampola de Metamizol Magnésio é muito eficaz no controlo da dor severa (sabos muito amargos); A solução deve ser aquecida à temperatura corporal antes da administração
Metilprednisonola (Glucocorticoide)	IM/IV diluir no solvente que acompanha o pó	- IM: doses inferiores a 250 mg administrar num período 3-5 min; - IV perfusão: para doses superiores a 250 mg e administrar em 30 min - IV perfusão contínua: diluir no volume necessário e ajustar à situação - NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Glicose a 5% em NaCl a 0,45% ou 0,9%	Após reconstituição/diluição: 48 horas, quando observado a temperatura inferior a 25°C	Monitorização da glicémia capilar; Estudos prospectivos demonstraram que a dosagem de 125 mg, administrado diariamente por via IV, por um período de até 8 semanas, melhora significativamente a qualidade de vida dos doentes com cancro terminal; Prevenção de náuseas e vômitos associados a quimioterapia
Metodoprimida (Antiemético / Antivertiginoso / Procinético)	Solução injetável pronta	- IM: injeção lenta, pelo menos durante 3-5 min - IV: injeção lenta, pelo menos durante 3-5 min - IV perfusão: diluir em 50-100 ml e administrar durante 15-20 min - IV perfusão contínua: Diluir em 500 ml e administrar entre 8-12 horas - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas à luz ambiente	Não é recomendado a sua utilização até aos 18 anos pelo risco aumentado de efeitos extrapiramidais; Incompatível com o bicarbonato de sódio; Em CP pode ser usada pela via SC; O único tratamento para as alterações extrapiramidais é sintomático
Midazolam (Hipnótico e Sedativo derivado da benzodiazepina)	Solução injetável pronta	- IM: injeção profunda na massa muscular; - IV: administrar lentamente: 1mg/30seg; diluído em 15ml ou não - IV perfusão contínua: diluir e ajustar velocidade de perfusão à necessidade - NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Soluto de ringer / Lactato de ringer	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente 3 dias no frigorífico	Causa amnésia anterógrada; A administração IV pode deprimir a contratibilidade do miocárdio e causar apnéia; Pode ser administrado via recta, introduzendo a solução das amolas através de um aplicador de plástico, se o volume a administrar for pequeno, pode perfazer até 10 ml com água p.p.i.; Antídoto: Flumazenil; Recomenda-se a monitorização contínua
Morfina (Analgésico estupefaciente)	Solução injetável pronta	- IM - SC - IV: administrar lentamente diluído em 10 ml ou não - IV/IR perfusão - NaCl 0,9%	Uso imediato	Recomenda-se a monitorização da função respiratória aquando da administração; Quando administrado por via SC é irritante para os tecidos; É fotossensível

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Naloxona (Antagonista dos opiáceos)	Solução injetável pronta	- SC: apenas se administração IV não for possível - IM: a omeas se administração IV não for possível - IV: utilizar 0,4-4 mg repetidos a cada 2-3 min até ao máximo de 10 mg - IV perfusão: diluir e administrar no máximo durante 24 horas a uma velocidade de 2,5 a 5ml/h - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente ou no frigorífico	Os doentes com respostas satisfatórias à naloxona devem ser mantidas em vigilância, pois podem necessitar de uma nova administração (2es), devido à duração de ação de alguns opiáceos
Noradrenalina (Simpatomimético)	Solução injetável pronta	- IV perfusão: diluir o equivalente a 4µg de base por ml inicialmente a uma velocidade de 2-3 ml/min a dose de manutenção média é de 0,5 a 11ml/min - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas à temperatura ambiente se Ph ≤ 5,6	Monitorização rigorosa dos SV; risco de HTA, taquicardia e arritmia; Não perfundir em bifurcação com Soroterapia; Não fazer doses de carga ou injeção de bôlus; Deve usar-se um acesso central por ser muito agressivo para os acessos vasculares periféricos; De todas as aminas é a que mais potencial isquémica das extremidades, pelo que a vigilância deve ser rigorosa

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Obidoxima	Solução injetável pronta	- IM: em situações de emergência quando a administração IV não é possível - IV: administrar lentamente - IV perfusão: diluir na proporção de 1:250 ml; administrar em 24 horas (dose máx. 1000-2000 mg) - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição 24 horas	Utilizado nas intoxicações por organosfosforados; A primeira dose deve ser administrada dentro de 6 horas após o incidente
Ondansetron (Antiemético / Antivertiginoso)	Solução injetável pronta	- IM - IV: doses até 8 mg, administrar lentamente durante 3-4 minutos - IV perfusão: diluir em 50-100 ml e administrar no mínimo em 15 min - IV perfusão contínua: diluir numa solução compatível e administrar à velocidade de 1mg/h durante 24 horas- NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Manito 10% / Solução de ringier / Cloreto de potássio a 0,3%	Após diluição 24 horas no frigorífico	Não deve ser administrado em crianças com idade inferior a 2 anos; Pode ser administrado por via SC em doentes em CP; em doentes que apresentem sinais de obstrução subaguda intestinal recomenda-se monitorização devido ao aumento do tempo em trânsito no intestino grosso induzido pelo Ondansetron

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Pantaprazol (Antiácido / Anti-ulceroso / Modificador da secreção gástrica)	IV: 10 ml de NaCl 0,9 %	- IV: administrar lentamente durante 2-5 min - IV perfusão: diluir em 100 ml e administrar em 15 min - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após reconstituição: 12 horas	A via IV é recomendada apenas a administração oral não for apropriada; Desconhece-se a existência de sintomas de sobredosagem no Homem; Devem-se utilizar recipientes de vidro ou plástico para a diluição
Paracetamol (Analgésico / Antipirético)	Solução injetável pronta	- IV perfusão: administrar durante 15 min		Tem como antídoto a acetilcisteína IV ou oral
Petidina (Analgésico e estupefaciente)	Solução injetável pronta	- IM - SC - IV: administração lenta durante 3 a 5 min - a diluição com água p.l. é aconselhável - IV perfusão: diluir em 100 ml e administrar em 60 min - IV perfusão contínua: diluir e ajustar a velocidade de perfusão necessária - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após Diluição: 24 horas	Vigilância dos parâmetros respiratórios pelo risco de depressão respiratória; O álcool pode potenciar os efeitos sedativos e hipotensivos da petidina; Antídoto: Naloxana; Pela possibilidade de ocorrências de náuseas e vômitos, a sua administração deve ser associada ou precedida da administração de um antiemético
Prednisolona (Glucocorticoide)	IM/IV: diluir o pó no solvente que o acompanha	- IM - IV	Uso imediato	Pode dissimular sinais de infeção e aumentar o risco de infeção; Após tratamento prolongado podem aparecer dores musculares e nas articulações, febre e mal estar
Propofol (Anestésico geral)	Emulsão pronta	- IV: administrar lentamente - IV perfusão: Co-administrar em sistema Y - NaCl 0.9% / Glicose a 5% / solução de dextrose a 4% / NaCl 0,18% <u>Pré-mistura:</u> diluir numa proporção de 1:4 com glicose a 5% em sacos de PVC ou em frasco de vidro <u>Sem diluição prévia:</u> utilizar seringas de infusão ou bombas de perfusão	Após diluição: 6 horas	Não está indicado para a sedação de doentes com idade igual ou inferior a 16 anos; Em doentes idosos não deve ser usada a administração por injeção direta, uma vez que tal situação pode conduzir a uma depressão cardiopulmonar; Não se recomenda a administração das emulsões de 2% em bólus; Deve-se agitar antes de usar
Propranolol (Beta-bloqueante)	Solução injetável pronta	- IV: administrar lentamente ≤ 1ml/min	Uso imediato	Pode alterar a resposta à Insulina ou a outros medicamentos anti-diabéticos, pelo que se deve vigiar as glicémias capilares

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Rocurônio (Relaxante Muscular)	Solução injetável pronta	- IV - IV perfusão contínua: diluir e ajustar a velocidade de perfusão à necessidade - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas	A duração de ação é de 30-40 minutos, Em caso de sobredosagem pode reverter-se o bloqueio neuromuscular recorrendo ao Sugadamex ou a um inibidor da acetilcolinesterase; O medicamento não deve ser recolocado no frigorífico, uma vez que tenha sido mantido fora deste.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Suxametônio (Relaxante Muscular)	Solução injetável pronta	- IM - IV: administrar 1ml/10 segundos - IV perfusão: diluir 100 mg em 50-100 ml e 500 mg em 250-500 ml e administrar durante cerca de 1 hora a velocidade de 0,5 a 10mg/min		Monitorização dos sinais vitais durante a administração; Tem início de ação de 1-2 minutos e uma recuperação em 4-6 min; A via IM está reservada para as situações em que a via IV é impraticável; Está associada à hipertermia maligna.

Nome Genérico	Reconstituição	Via de Administração / Diluição	Estabilidade após reconstituição	Observações
Tiamina (Vitaminas e sais minerais)	Solução injetável pronta	- IM		A sua concentração deve ser tida em conta em doentes com ingestão controlada de sódio
Tiaprida (Psicofármaco / Antipsicótico)	Solução injetável pronta	- IM - IV		A via de administração IM é preferível à via IV, por resultar em menos reações adversas; Não deve ser administrado em doentes com Parkinson
Tiocolquicosido (Relaxante Muscular)	Solução injetável pronta	- IM		Pode originar casos de reações vasogonais, recomenda-se que o doente seja monitorizado após a injeção; Este medicamento pode causar problemas de fertilidade nos homens devido aos danos potenciais nos espermatozoides; Não deve ser administrado juntamente com o Diclufenac por falta de segurança sobre a sua compatibilidade.
Tramadol (Analgésico estupefaciente)	Solução injetável pronta	- SC - IM - IV: diluir em 10 ml e administrar lentamente - IV perfusão: diluir em 100 ml e administrar durante 30-60 min - IV perfusão contínua: diluir e ajustar velocidade de perfusão necessária- NaCl 0,9% / Glicose a 5% / Solução de ringer / Bicarbonato de Sódio a 4,2% ou 8,4% / Gelatina modificada	Após diluição: 24 horas	Pelo seu potencial emético deve ser acompanhado ou precedido da administração de um antiemético; O tramadol exerce um efeito antitússico; Em caso de depressão respiratória, utiliza-se a Naloxona, em caso de convulsão recomenda-se a administração IV de Diazepam

Nome Genérico	Reconstituição	Diluição / Via de Administração	Estabilidade após reconstituição	Observações
Verapamilo (antirrítmico / Anti-hipertensor)	Solução injetável pronta	- IV: lentamente, aproximadamente 2 min - IV perfusão - NaCl 0,9% / Glicose a 5%	Após diluição: 24 horas a 25°C e protegido da Luz	Monitorização de SV durante a administração; O cálcio é considerado como antidoto específico; Os doentes devem permanecer deitados, pelos menos 1 hora após a administração.

Referências Bibliográficas

Arsénio António. (2023). *Fármacos na Urgência* (5ª edição). Lidel.

Raposo Tânia. (2021). *Guia Prático de Preparação e Administração de Terapêutica Parentérica e Entérica* (3ª Edição). Sabooks.

Anexo VIII – Instrumento de recolha de dados e declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Enfermeiro (a),

Estamos a realizar um estudo sobre a **Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica**

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Sim Não

Se **ACEITOU** participar, solicitamos que após concluir o preenchimento deverá clicar no botão "Gravar" (canto inferior direito do ecrã) de forma a submeter as suas respostas.

Se assinalou **NÃO** a sua colaboração no presente estudo está concluída.

Em ambos os casos agradecemos a atenção dispensada.

Instrumento de recolha de dados

Cora(a) Enfermeiro(a):

Sou estudante da Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu e estou a desenvolver uma investigação sob a orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro. O tema é: "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica. O objetivo do estudo é: avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica.

A aplicação deste questionário pressupõe a leitura e preenchimento prévio da Declaração de Consentimento informado bem como o esclarecimento de todas as dúvidas.

A sua participação é voluntária e anónima. Mais informamos que poderá desistir a qualquer momento se essa for a sua vontade sem que daí advenha qualquer prejuízo para si. Poder-lhe-ão ser facultados resultados do presente estudo caso seja do seu interesse.

As questões deverão ser respondidas por si de forma honesta, sendo que não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas específicas para cada pessoa.

As respostas e os dados fornecidos serão codificados de modo a preservar a sua anonimização. Servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidos pela equipa de investigação, que assegurará a sua confidencialidade, destruirá os instrumentos de recolha de dados após a conclusão e discussão do estudo.

Agradecemos a sua colaboração

A equipa de investigação

Estudante:

Isabel Moreira

Orientadora:

Olivério Ribeiro

QUESTIONÁRIO

1ª Parte - Caracterização sociodemográfica e profissional			
1. Género			
<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Feminino		
2. Idade _____ (anos)			
3. Estado Civil			
<input type="radio"/> Solteiro(a)	<input type="radio"/> Casado/União de Facto	<input type="radio"/> Divorciado(a)/ Separado(a)	<input type="radio"/> Viúvo (a) <input type="radio"/> Prefiro Não responder
4. Habilitações Académicas			
<input type="radio"/> Bacharelato			
<input type="radio"/> Licenciatura			
<input type="radio"/> Pós-Graduação. Se sim, Qual: _____			
<input type="radio"/> Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem (Especialidade). Se sim, Qual: _____			
<input type="radio"/> Mestrado			
<input type="radio"/> Doutoramento			
5. Vínculo Contratual			
<input type="radio"/> Contrato de Trabalho em Função Pública (Funcionário Público)			
<input type="radio"/> Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT)			
<input type="radio"/> Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo (Termo Certo)			
<input type="radio"/> Prestação de serviços / recibos verdes			
<input type="radio"/> Qual: _____			Outro: _____

6. Categoria Profissional:		
<input type="radio"/> Enfermeiro(a)		
<input type="radio"/> Enfermeiro(a) especialista		
<input type="radio"/> Enfermeiro(a) gestor (ou equivalente/nomeado)		
<input type="radio"/> Enfermeiro(a) supervisor(a) / em função de direção (ou equivalente/nomeado)		
<input type="radio"/> Enfermeiro(a) diretor(a)		
<input type="radio"/> Investigação/Docência		
7. Tempo de exercício profissional: _____ anos completos		
8. Tipo de horário de trabalho (relativo à sua atividade principal)		
<input type="radio"/> Fixo, em qualquer dia da semana		
<input type="radio"/> Fixo, apenas em dias úteis		
<input type="radio"/> Rotativo, em qualquer dia da semana		
<input type="radio"/> Rotativo, apenas em dias úteis		
<input type="radio"/> Flexível, não previsível		
<input type="radio"/> Outro. Qual? _____		
9. Área principal de intervenção onde exerce a sua profissão (na organização principal)		
<input type="radio"/> Serviço de Urgência		
<input type="radio"/> Serviço de Cuidados Intensivos		
10. Há quanto tempo exerce funções no seu serviço atual? _____ anos		
11. Carga horária semanal de trabalho normal contratada. (relativo à sua atividade principal)		
<input type="radio"/> 35 horas semanais	<input type="radio"/> 40 horas semanais	<input type="radio"/> Outra. Quantas horas? _____
12. Localização Geográfica da Organização		
<input type="radio"/> Viseu		
<input type="radio"/> Guarda		
<input type="radio"/> Outra. Qual _____		

2ª Parte - Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (McSherry, 1997), versão traduzida, adaptada e validada para português por Martins et al. (2015).

Para cada alínea, por favor, assinale a resposta que melhor refletir o seu nível de acordo ou desacordo com a afirmação					
	Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente
a) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo					
b) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados					
c) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e ser perdoado.					
d) Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/Local de Culto					
e) Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa Entidade Superior.					

f) Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida.					
g) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.					
h) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença					
i) Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida					
j) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora.					
k) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.					
l) Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo.					
m) Acredito que a espiritualidade exclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria.					
n) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente					
o) Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais					
p) Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos.					
q) Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um.					

Clique em gravar para que os seus dados sejam devidamente recolhidos.

Agradecemos, uma vez mais, a sua participação.

Anexo IX - Parecer favorável da Comissão de Ética da USL

	REPÚBLICA PORTUGUESA		SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
SAÚDE				
INFORMAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO				
De: Enf. Diretora - Enf. Nélia Faria - Responsável pela Unidade de Investigação				
Para: Conselho de Administração				
Informação n.º 70/2023			Data: 03.07.2023	
ASSUNTO: PROPOSTA DE AUTORIZAÇÃO - "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica"				
<p>Na sequência de solicitação de autorização para a realização do estudo mencionado em epigrafe; tendo sido cumpridos os critérios exigíveis ao abrigo do Plano orientador dos documentos a apresentar para realização de Estudos/Projetos de Investigação Clínica na USLG, foi o pedido submetido a parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES).</p> <p>Neste âmbito, a CES analisou o pedido e registou em despacho que nada tinha a opor datado de 03/07/2023.</p> <p>Assim, considerando o supra exposto, proponho ao Conselho de Administração a autorização para continuação da realização do presente estudo.</p>	Despacho/ Deliberação			
Com os melhores cumprimentos,				
A Vogal Executiva Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação Enfermeira Diretora				
NF/AX				
Conselho de Administração				
USLG Imp. 036.01				
Página 1 de 1				

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora
Enfermeira Diretora
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 03-07-2023

Prof.ª Maria Júlia Amaral
Presidente; Médica; Prof. FML

Dra. Marta Capelo
Vice-Presidente; Psicóloga Clínica

D. António Luciano
Bispo de Viseu

Dr. José Lavrador Gama
Médico; Diretor de Serviço

Dra. Maria Carmo Teixeira
Farmacêutica Assessora

Dra. Maria Eugénia Pereira
Médica; Assistente Graduada

En.ª Maria Lurdes Vaz
Enfermeira Especialista

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica", apresentado por Isabel Moreira

Uma vez tendo recebido e achado conforme os documentos que se encontravam em falta, a Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ULS Guarda E.P.E., nada tem a opor à realização do estudo supramencionado e deseja à requerente o maior sucesso para a sua investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Pel.ª
A Comissão de Ética para a Saúde


Anexo X - Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar

PARA G-4
23.02.23

José L. Gomes
(Enfermeiro Diretor)



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N.º Referência	03/17/02/2023
Designação	Pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito do estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal subordinado ao tema: "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica" (...)
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s	Isabel Maria Soares Moreira Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - ESSV
Data do documento	26 de janeiro de 2023
Data de Entrada na CES	06 de fevereiro de 2023
Data de Deliberação CES	17 de fevereiro de 2023

Analisado o pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito do estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal subordinado ao tema: "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica", a realizar pela aluna do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, Isabel Maria Soares Moreira, sob orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro, esta CES deliberou, que o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 17/02/2023

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida
Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO
Reunião 23.02.23
CONSELHO
ADMINISTRATIVO

Presidente
(Helena Solheiro)

Vogal Executiva
(Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira)

Vogal
(António Jaime Pereira Pinto Fernandes)

Vogal
(Fernando José Andrade Ferreira Almeida)

Vogal
(Celeste Maria Barrigas do Nascimento)

Vogal
(Dra. Ana Maria Pinto da Costa)



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
Av. Rei D. Duarte
3504 509 - Viseu

| v. referência:

| v. data:

| n. referência:

| data:

| assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Dissertação, está a Escola Superior de Saúde e a aluna Isabel Maria Soares Moreira do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica". Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, numa amostra selecionada por conveniência, pretendendo-se avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual à pessoa em situação crítica.

Os dados serão recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados em anexo, onde constam dados de caracterização sociodemográfica, bem como da aplicação do questionário "*Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)*" - versão portuguesa, aos enfermeiros a prestar funções no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, com garantia de confidencialidade dos dados pessoais de acordo com a legislação vigente. Os questionários depois de codificados serão introduzidos numa base de dados e destruídos após a sua análise.

Neste contexto, vimos solicitar a V. Ex.ª se digne autorizar a realização da Colheita de Dados e Parer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da instituição à que preside. Mais informamos que a Professor Doutor Olivério Ribeiro é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da escola 232419100.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados, a Declaração de Consentimento Informado e o Projeto de Investigação.

Agradecendo deste já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

D. Presidente,

(Daniel Marques da Silva, Ph.D)

MCM

ESV ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal
Tel. +351 232 419 100 | e-mail: apolodoc@essv.ipv.pt
URI: www.essv.ipv.pt

418
30/01/23
C. C. H. T. 30/01/23
CA - 23/12/23

Anexo XI Autorização dos autores da Escala

28/09/22, 21:39

Correio – Isabel Moreira – Outlook

Re: Pedido de Autorização de Utilização SSCRS

A. Raquel Martins <araquelmartins@live.com.pt>

ter, 27/09/2022 23:39

Para: Isabel Moreira <isabel_maria_moreira@hotmail.com>

Boa noite enfermeira Isabel Moreira,

É com grande satisfação que autorizo a utilização da escala SSCRS traduzida e adaptada para português. Na aplicação da escala em questão não consta grelha de aplicação. Desejo boa sorte para a sua investigação!

Cumprimentos,

Em 27/09/2022 23:10, Isabel Moreira <isabel_maria_moreira@hotmail.com> escreveu:

Boa noite

Ex.ma Senhora Enfermeira Andreia

Sou enfermeira no serviço de urgência em Vila Nova de Foz Côa e aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu, a desenvolver o projeto de investigação na temática na perceção dos enfermeiros face à espiritualidade no doente crítico, orientada pelos Professor Doutor Olivério Ribeiro.

E venho por este meio solicitar autorização para a utilização da escala traduzida a adaptada para o português: Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) que permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Assim como, solicitar a respetiva grelha de aplicação.

Grata pela atenção prestada

Isabel Moreira