



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio com Relatório Final em Contexto de
Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos**

**As vivências dos enfermeiros com a utilização de
equipamentos de proteção individual numa urgência
COVID-19**

Liliana Maria Costa Figueiredo

Julho de 2021



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª edição

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

As vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19

Liliana Maria Costa Figueiredo

Trabalho efetuado sob orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro e do Professor Doutor Eduardo Santos

Julho de 2021

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

Agradecimentos

À minha família, presença solene e imperiosa nesta etapa notável do meu percurso académico e profissional.

Aos meus amigos, dedicados e presentes, que em vários momentos deste percurso complexo, me apoiaram.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e compreensão e pela confiança no meu desempenho.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro e ao Professor Doutor Eduardo Santos, meus orientadores, pela atenção, orientação e disponibilidade sempre manifestadas nas diversas etapas deste trabalho.

À Professora Doutora Madalena Cunha e ao Professor Doutor João Duarte, coordenadores do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7.^a edição, por todo o trabalho, dedicação e estímulo proporcionado.

Às enfermeiras tutoras, orientadoras dos estágios, pelo interesse, apoio, dedicação e partilha de conhecimentos, que admiravelmente contribuíram para o meu supremo desempenho neste percurso.

Às equipas multiprofissionais, que me receberam nos seus locais de trabalho por todo o interesse e apoio no meu desempenho.

A todos os que de alguma forma me apoiaram e ajudaram a concluir este desafio.

Muito obrigado a todos.

Resumo

Este relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados intensivos, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7.^a edição, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Contexto: o estágio em contexto de Urgência foi realizado num hospital na zona norte de Portugal e o estágio em Cuidados Intensivos num hospital da zona centro de Portugal.

Objetivo: aquisição de competências na área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Método: descritivo, exploratório, com análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e com base em fundamentação científica.

Resultados: são descritas as competências adquiridas, atividades realizadas e desenvolvidas e é realizada avaliação de cada competência.

Conclusões: O Ensino Clínico em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos, fomentando aprendizagens e o desenvolvimento de habilidades e competências na área de especialidade de Médico-Cirúrgica.

Este documento permite descrever as atividades realizadas e as competências adquiridas nos campos de estágio, descrevendo ambos os percursos e servindo de apoio à avaliação.

Na parte III deste documento encontra-se, ainda, um artigo científico realizado no âmbito da mesma unidade curricular: “Vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19”.

Introdução: A pandemia por doença de Coronavírus de 2019 (COVID-19) teve uma rápida evolução e afetou os profissionais de saúde, que foram obrigados a usar equipamentos de proteção individual (EPI's) para reduzir o risco de contrair ou transmitir a doença Coronavírus. Os EPI's têm constituído um desafio à prestação de cuidados ao doente, relacionamento interpessoal e na saúde e bem-estar dos profissionais.

Objetivos: Descrever as vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual, num serviço de urgência COVID-19.

Métodos: Foi aplicada uma metodologia qualitativa fenomenológica-hermenêutica, que permitiu uma reflexão sobre as estruturas básicas das experiências vividas, relatadas pelos participantes, tendo sido entrevistados 11 enfermeiros, num hospital na zona norte de Portugal.

Resultados: Da análise das entrevistas emergiram 4 temas relativos às vivências dos enfermeiros e relativamente ao tema em estudo foram identificadas várias categorias: dificuldades e obstáculos, implicações na utilização, duração da utilização e atitudes dos utentes e familiares. Dentro destas foram identificadas várias sub-categorias, cuidadosamente analisadas neste estudo.

Conclusões: O estudo evidenciou vários efeitos adversos e limitações decorrentes do uso de EPI's, sugerindo o desenvolvimento de políticas e estratégias que garantam o bem-estar dos enfermeiros e melhor capacidade de desempenho na realização de procedimentos e prestação de cuidados.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Doente Crítico; Urgência; Cuidados Intensivos; Enfermeiro especialista, Infecções por Coronavirus; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Equipamento de Proteção Individual.

Abstract

This report was carried out within the curricular unit Internship with Final Report, in the context of Urgency and in the context of Intensive Care, integrated in the Master's Course in Medical-Surgical Nursing, 7th edition, at the Escola Superior de Saúde de Viseu.

Context: internship in the context of Urgency was carried out in a hospital in the north of Portugal and the internship in Intensive Care in a hospital in the central area of Portugal.

Objective: acquisition of competencies in the specialty area of Medical-Surgical Nursing.

Method: descriptive, exploratory, with critical and reflective analysis of the activities developed and based on scientific foundation.

Results: the acquired skills, activities performed and developed are described and the evaluation of each competency is performed.

Conclusions: Clinical Teaching in the context of Urgency and in the context of Intensive Care contributed to the development of knowledge, fostering learning and the development of skills and competencies in the specialty area of Medical-Surgical.

This document allows describing the activities performed and the skills acquired in the internship fields, describing both routes and supporting the evaluation.

Part III of this document is also a scientific activity carried out within the same curricular unit: "Experiences of nurses with the use of personal protective equipment in a COVID-19 urgency".

Introduction: The 2019 Coronavirus disease pandemic (COVID-19) has rapidly evolved and affected healthcare workers, who have been required to wear personal protective equipment (PPE) to reduce the risk of acquiring or transmitting Coronavirus disease. PPE has been a challenge to patient care, interpersonal relationships and the health and well-being of professionals.

Objetives: To describe the nurses' experiences with the use of personal protective equipment in a COVID-19 emergency service.

Methods: A hermeneutic phenomenological qualitative methodology was applied, which allowed for a reflection on the basic structures of the lived experiences reported by the participants. 11 nurses were interviewed in a hospital in northern Portugal.

Results: From the analysis of the interviews, four themes emerged regarding the nurses' experiences and, in relation to the theme under study, several categories were identified: difficulties and obstacles, implications for use, duration of use, and attitudes of users and relatives. Within these categories, several subcategories were identified and carefully analysed in this study.

Conclusion: The study evidenced several adverse effects and limitations arising from the use of PPE, suggesting the development of policies and strategies to ensure the well-being of nurses and better performance capacity in performing procedures and providing care.

Keywords: Nursing care; Critical Patient; Urgency; Intensive Care; Specialist nurse; Coronavirus Infections; Nursing; Qualitative Research; Personal Protective Equipment.

Índice

| | |
|--|-----|
| Introdução..... | 17 |
| Parte I - Estágio em contexto de Urgência..... | 19 |
| 1. Competências específicas adquiridas | 21 |
| 2. Evidências das atividades realizadas | 37 |
| 3. Avaliação por competências | 46 |
| Parte II - Estágio em contexto de Cuidados Intensivos..... | 63 |
| 4. Competências específicas adquiridas | 65 |
| 5. Evidências das atividades realizadas | 82 |
| 6. Avaliação por competências | 98 |
| Parte III - Trabalho de Investigação: "As vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19" | 115 |
| 7. Conclusão | 145 |
| Referências Bibliográficas..... | 149 |
| Anexos..... | 159 |
| Anexo I – Cronograma de atividades planeadas no estágio em contexto de Urgência | 161 |
| Anexo II – Cronograma de atividades planeadas no estágio em contexto de Cuidados Intensivos..... | 163 |
| Anexo III - Procedimento Interno do Serviço: Funções do enfermeiro de acordo com o posto de trabalho..... | 165 |
| Anexo IV - Stock de recursos materiais do SU: Stock mínimo e máximo | 167 |
| Anexo V - Sessão de formação: "Área COVID do SU: Prevenção da contaminação e definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito" | 183 |
| Anexo VI – Apresentação <i>powerpoint</i> : "Área COVID do SU: Prevenção da contaminação e definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito"..... | 185 |
| Anexo VII - Procedimento Interno do SU: "Área COVID - Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos | 201 |

| | |
|--|-----|
| Anexo VIII - Sessão de formação: "Proteção dos pertences dos utentes - Procedimento Interno do SU e "Sistemas de Informação em Enfermagem – Elaboração do Processo de Enfermagem do utente internado em OBS" | 203 |
| Anexo IX - Apresentação <i>powerpoint</i> : "Proteção dos pertences dos utentes" | 205 |
| Anexo X - Procedimento Interno do SU: "Proteção dos pertences dos utentes" | 215 |
| Anexo XI - Reporte de necessidades de melhoria ao Enfermeiro Parametrizador | 217 |
| Anexo XII - Apresentação <i>powerpoint</i> : "Processo de Enfermagem - Internamento em OBS" | 219 |
| Anexo XIII - Guia de elaboração do Processo de Enfermagem | 265 |
| Anexo XIV - Checklist do Carro de Emergência da Sala de Emergência não COVID | 285 |
| Anexo XV - Check-list da Sala de Emergência não COVID..... | 293 |
| Anexo XVI - Guia de apoio à utilização do ventilador Hamilton T1..... | 297 |
| Anexo XVII - Procedimento: "Higiene oral da pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | 299 |
| Anexo XVIII - Justificação para alteração do procedimento: "Higiene oral" | 309 |
| Anexo XIX - Procedimento: "Transporte intra-hospitalar do Doente Crítico: Lista de verificação para transporte do doente para realização de MCDT's | 315 |
| Anexo XX - Lista de verificação para transporte do Doente para realização de MCDT's (Provisória)..... | 321 |
| Anexo XXI - Lista de verificação para transporte do Doente para realização de MCDT's | 325 |
| Anexo XXII - Póster: "Suporte Avançado de Vida" | 327 |
| Anexo XXIII - Póster: "Taquicardia" | 329 |
| Anexo XXIV - Póster: "Bradycardia" | 331 |

Lista de Siglas e Acrónimos

B.O – Bloco Operatório

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CPLEMC – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CoSTR - *Consensus on Science with Treatment Recommendations*

CVC - Cateter venoso central

EC – Ensino Clínico

EPI's – Equipamentos de proteção individual

ERC – *European Resuscitation Council*

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EVA – Escala Visual Analógica

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

GHAF – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

GCL-PPCIRA – Grupos de coordenação local – Programa de prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos

IACS – Infeções associadas aos cuidados de saúde

ILCOR - *International Liaison Committee on Resuscitation*

MCDT's – Meios complementares de diagnóstico

JCI - *Joint Commission International*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia associada à ventilação

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PAI – Pressão arterial invasiva

PBCI – Precauções básicas de controlo de infeção

PEI – Plano de Emergência Interno

PIC - Pressão intracraniana

PPC – Pressão de perfusão cerebral

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos microorganismos aos antimicrobianos

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução antisséptica de base alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UP – Úlcera por Pressão

VM – Ventilação Mecânica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica não Invasiva

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se na unidade curricular de Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), 7.^a edição, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), dando continuidade aos requisitos integrantes.

O estágio de Urgência foi realizado num hospital na região norte de Portugal e o estágio de Cuidados Intensivos num hospital na região centro de Portugal, ambos com uma duração total de 180 horas de contato.

O Ensino Clínico (EC) representa uma oportunidade única de formação, o conhecimento revela-se mais eficiente quando obtido através da experiência, exige determinação, comprometimento e responsabilidade, facultando habilidade, destreza técnica e desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo (Ramos et al., 2018b). Atingir a excelência na assistência da Enfermagem apresenta-se como um caminho decisivo e inevitável, caminho este que sinaliza a constante preocupação dos enfermeiros na busca do aperfeiçoamento, do conhecimento científico e da atuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis no âmbito da prestação de cuidados. Procura-se também alavancar a qualidade nos serviços prestados e o grau de satisfação do doente, família, cuidador informal ou pessoa de referência, sem perder de vista o impacto final na saúde.

Os objetivos deste relatório resultam de todo o percurso realizado ao longo dos estágios, nos diferentes contextos, dos objetivos traçados para cada um deles e do meu desempenho, neste caminho de procura de saberes, de pesquisa científica e de desenvolvimento de competências.

Esta unidade curricular tem como objetivos gerais identificar, planear e desenvolver cuidados especializados para a prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), tendo como base as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), consagradas no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a).

A excelência do exercício profissional em Enfermagem impõe aos enfermeiros uma procura constante do desenvolvimento de habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e relacionais para uma assistência às populações de elevada qualidade, o que exige uma atualização e desenvolvimento de competências que se pretende que sejam especializadas.

A metodologia utilizada é descritiva, exploratória e reflexiva, tendo sido apoiada por pesquisas em bases de dados indexadas, pretendendo cumprir os objetivos determinados nos Projetos de Estágio e os cronogramas das atividades planejadas nos estágios em contexto de Urgência (cf. Anexo I) e em contexto de Cuidados Intensivos (cf. Anexo II). Pretende ainda, desenvolver as competências adquiridas na área da especialidade em EMC.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

O EC constitui-se como uma atividade essencial ao desenvolvimento de competências especializadas, permitindo o contacto com a realidade, refletir e problematizar as experiências no cuidar (Ramos et al., 2018b), contribuindo para gerar e aprimorar habilidades apoiadas em bases científicas, tecnológicas e atributos humanos, que permitem cuidar da pessoa de forma crítica, reflexiva e sustentada.

Este relatório encontra-se dividido, iniciando com a introdução onde é realizada uma breve exposição do conteúdo do relatório. A parte I aborda o EC e o desenvolvimento de competências comuns e específicas ao enfermeiro especialista em contexto de Urgência e a parte II aborda o EC e o desenvolvimento de competências comuns e específicas ao enfermeiro especialista em contexto de Cuidados Intensivos. As referências bibliográficas consultadas para desenvolvimento das partes I e II são apresentadas na bibliografia do relatório. Na parte III será apresentado um artigo científico realizado no âmbito do estudo qualitativo fenomenológico-hermenêutico realizado com o título: “Vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19”. As referências utilizadas na sua concepção são apresentadas na bibliografia do artigo e os seus anexos e apêndices são apresentadas no final da parte III. Por fim, será apresentada uma breve conclusão.

Este trabalho foi realizado de acordo com o guia orientador de trabalhos escritos da ESSV e as referências bibliográficas e citações seguem as regras da *American Psychological Association* (APA) 7.ª edição.

Parte I - Estágio em contexto de Urgência

1. Competências específicas adquiridas

O desenvolvimento de competências, segundo Marinho-Araújo & Almeida (2016), representa um processo de transformação individual que considera a utilização de recursos e conteúdos simbólicos no processo de transformação em conteúdos mais complexos e diversificados. A educação permite transformações na prática real que podem desenvolver autonomia nos contextos de trabalho (Campos et al., 2017). Portanto, um percurso prático de cuidados possibilita a oportunidade de aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir competências num domínio específico da especialidade em EMC e PSC.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresentado pela Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns do enfermeiro especialista como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista são:

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
2. Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade:

1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
2. Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C – Domínio da gestão dos cuidados:

1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
2. Reconhece a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) define o enfermeiro especialista como o enfermeiro, que contribui para a evolução contínua e prática da enfermagem e na sua prática clínica envolva as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e de investigação.

Para além das competências comuns, foram ainda adquiridas e desenvolvidas várias competências específicas na área de especialidade em EMC na área de PSC:

E1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

E2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

E3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19360).

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

As competências adquiridas podem ser expressas através do “pensamento crítico, autonomia, criatividade, empreendedorismo, trabalho em equipa, organização, persistência, perseverança, flexibilidade, respeito à diversidade e responsabilidade social”, que se aliam a competências técnicas em situações profissionais complexas e imprevisíveis (Marinho-Araújo & Almeida, 2016, p. 6).

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

O EC assentou nos princípios éticos e dentológicos do enfermeiro e no dever de ser profissional, que se orienta por normas pautadas pelos princípios da Moral e do Direito. De acordo com a OE (2015a), com base nas características da profissão estas normas evoluem, adaptando-se às circunstâncias e orientando boas práticas.

A conduta profissional deve fundamentar-se nas boas práticas e nestes princípios, respeitando a dignidade da profissão, dos profissionais e dos doentes.

Esta competência, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pressupõe um corpo de conhecimentos ético-deontológicos, o exercício profissional seguro e ético, que deve obedecer aos princípios éticos e deontológicos e respeitar os direitos humanos e profissionais (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em termos do Código Deontológico de Enfermagem (CDE), definem-se os princípios gerais que regem a profissão de 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Assim, esta competência comum do enfermeiro especialista reflete a sua prática, principalmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais.

O CDE refere que, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família relativamente aos cuidados de enfermagem e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 73).

A tomada de decisão do enfermeiro é um processo que, no seu todo, orienta o exercício autónomo da enfermagem, sendo que na fase de execução das intervenções este profissional incorpora na sua prática clínica todo o resultado do seu estudo e investigação, demonstrando capacidade de resolução de problemas em parceria com o doente (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). O doente tem o direito a ser envolvido juntamente com a sua família e/ou pessoa(s) significativa(s), se for esse o seu desejo e o profissional de enfermagem deve respeitar este direito.

No Serviço de Urgência (SU), pelo carácter urgente/emergente da situação clínica do doente crítico, os esforços estão focados na estabilização do doente, podendo ser difícil alargar a nossa intervenção a este domínio, no entanto é fundamental que o seja. O doente

deve poder expressar e manifestar as suas opiniões, medos ou inseguranças e participar na tomada de decisão depois de devidamente informado. Neste cenário de urgência e/ou emergência, alguns doentes têm a sua vida ameaçada, podendo apresentar alteração do estado de consciência, pelo que não é possível obter o consentimento informado, livre e esclarecido, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Nestes casos, em que a não intervenção pode criar riscos comprovados para o próprio, como nos refere os artigos 39.º e 156.º do Código Penal, pressupõe-se a existência do consentimento presumido (Decreto Lei n.º 48/95, Diário da República, 1995). Torna-se imperativo conhecer a vontade prévia do doente e no caso de não existirem Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), nomeadamente em forma de testamento vital, e o doente não nos ter conseguido demonstrar a sua vontade, a família revela-se uma aliada.

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE conjuntura a tomada de decisão como um processo sistematizado, em que se identificam as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa, família ou comunidade, definindo as intervenções para com o problema(s) ou necessidade(s) identificada(os) (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A educação contínua desenvolve o pensamento crítico, dependendo do envolvimento dos profissionais e educação contínua. Pensar criticamente em enfermagem permite o desenvolvimento de habilidades e da capacidade de tomar decisões mais adequadas em relação às intervenções autónomas e interdependentes (Campos et al., 2017).

A formação académica está relacionada com aprendizagem e desenvolvimento de competências clínicas, como a postura, cuidados ao doente, conhecimento teórico-prático e raciocínio clínico, liderança e tomada de decisão, comunicação, gestão de recursos humanos e materiais, relacionamento interpessoal e trabalho em equipa (Leal et al., 2018). No serviço de urgência, torna-se necessário incorporar todos os conhecimentos na prática, que deve ser fundamentada pelo CDE e pelos direitos e deveres do doente, garantindo uma prática profissional e ética.

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Enfermagem é uma profissão autorregulada, que tem definidos, quer ao nível do CDE, quer do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que regulam o seu exercício. Os dois documentos são essenciais para o exercício profissional e boas práticas, quer no que se refere à enfermagem generalista, como à enfermagem especializada.

“A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor é o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, Lei n.º 161/96, 1996, p. 2959).

Diariamente, o enfermeiro vê-se confrontado com os direitos, deveres e o respeito pela pessoa doente, quer em contexto de prestação de cuidados, quer nas relações multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica. O conflito ético é intrínseco às profissões relacionadas com a saúde, maioritariamente devido à responsabilidade ética decorrente da prestação de cuidados, nomeadamente a pessoas em estado clínico crítico (Mealer & Moss, 2016).

Os doentes têm direito à privacidade e confidencialidade, sendo dever do enfermeiro manter o sigilo profissional e respeitar as preferências, valores, costumes e crenças dos doentes. Os valores humanos e dignidade da pessoa devem ser preservados e envolver, sempre que possível, o doente, família e equipa multidisciplinar. Os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia regem a conduta do enfermeiro e devem estar presentes na sua conduta profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A informação clínica do doente é confidencial e o enfermeiro no processo de recolha de informação tem acesso a um conjunto de informações, devendo colher apenas a informação pertinente para a personalização dos cuidados, garantindo o sigilo profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A minha prática profissional tem sido dirigida pelos princípios, valores e normas deontológicas, a proteção dos Direitos Humanos e o CDE, conduzindo a intervenções orientadas pela segurança, privacidade e dignidade do doente/família. De acordo com o CDE, é função do enfermeiro analisar o seu trabalho regularmente e identificar falhas que requeiram alterações na sua postura e intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Ou seja, refletir a sua prática clínica e desenvolver a capacidade de tomada de decisão, orientada pelos direitos e deveres e pelo CDE, de forma a atingir a excelência e a qualidade do exercício profissional.

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A qualidade dos cuidados é um tema ubíquo nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e uma solicitude aos profissionais de enfermagem devendo ser encarada como um instrumento de gestão crucial para a excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A Ordem dos Enfermeiros (2015b), ao lavrar as orientações na forma de padrões de qualidade, objetiva o desenvolvimento, incorporação e implementação de metodologias que promovam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e das instituições de saúde. É reforçado o papel multidisciplinar das equipas de saúde e apesar de não ser, unicamente, da responsabilidade do enfermeiro, este tem um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias para a sua efetividade.

Assim o enfermeiro, deve orientar a sua prática incorporando conhecimentos científicos válidos, recentes e adaptados às situações com empenho na prevenção e tratamento da doença e na promoção da saúde dos indivíduos.

A urgência caracteriza-se por ser um ambiente exigente e stressante, exigindo capacidade de resposta rápida, dirigida e eficaz a todas as pessoas, dignas de respeito e consideração e do melhor tratamento.

O despacho n.º 5613/2015 define a estratégia nacional para a qualidade na saúde como uma “estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores da responsabilidade e transparência (...), a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas, da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.” (Ministério da Saúde, Despacho n.º 5613/2015, 2015a, p. 13550-13551).

A qualidade e a segurança são uma obrigação ética, contribuindo decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, equidade e respeito com que esses cuidados são prestados, devendo ser contínua e envolver todos os intervenientes no processo. O enfermeiro tem um papel fundamental no desenvolvimento destas estratégias e no seu sucesso, podendo funcionar como um importante elo na criação de programas de melhoria da qualidade, na sua implementação e na sua monitorização.

A qualidade dos cuidados em enfermagem tem sido uma preocupação da OE, que delineou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC em 2017, enunciando que “o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e

a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2017a, p. 5).

Os EC representam um ambiente rico de oportunidades, permitindo o desenvolvimento alargado de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ramos et al., 2018b).

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Em contexto de SU, os doentes apresentam-se numa situação de vulnerabilidade e de instabilidade hemodinâmica que muitas vezes colocam a sua vida em risco, sendo fundamental a implementação de estratégias que defendam e promovam uma cultura de segurança e qualidade. A necessidade de rapidez na resposta ao doente crítico exige alto nível de conhecimentos, destreza e habilidades para que seja assegurada a qualidade das intervenções, que têm que ser desempenhadas, em curto espaço de tempo, com os recursos disponíveis e atendendo a diferentes prioridades.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde apoia-se no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) objetivando a equidade, efetividade, eficiência, acesso, segurança, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo indivíduo, família e comunidade. As principais preocupações do plano vão de encontro à qualidade e segurança do doente, promovendo processos de melhoria contínua para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015a).

O processo de melhoria vem acompanhado do conceito de continuidade e multidisciplinaridade, envolvendo toda a equipa. Sendo a área da saúde dinâmica e progressiva carece de atualizações constantes e o desenvolvimento de procedimentos adaptados às necessidades dos diferentes contextos, que promovam a concretização dos padrões de qualidade (Ribeiro et al., 2017).

O SU encontra-se acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), que tem como missão melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados na comunidade internacional, através da oferta de educação, publicações, consultadoria e serviços de avaliação (Joint Commission International, 2014). Apoia-se, pois, num conjunto de normas institucionais que orientam os diferentes procedimentos numa prática segura e de qualidade. No entanto, alguns já se encontram desatualizados, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e para o desenvolvimento de intervenções com base nas evidências científicas mais

recentes. O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação destas necessidades e na implementação e monitorização de novas práticas para a excelência dos cuidados prestados.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Procedimentos seguros e adequados às necessidades dos doentes devem orientar a prática dos profissionais de enfermagem. O ambiente dinâmico e caótico em que se processam os cuidados num ambiente de urgência aumenta a oportunidade de erro, sendo da responsabilidade dos profissionais e das instituições moverem todos os esforços para prevenir a sua ocorrência.

O serviço de urgência onde se desenvolveu o EC, dispõe de um sistema informático comum à equipa médica e de enfermagem, o SClínico, com ligação ao sistema de Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF). Dispõe, ainda, de uma tecnologia avançada *Pyxis MedStation*. Estes recursos contribuem para um ambiente terapêutico mais seguro, na medida em que após ser prescrita uma medicação pelo médico assistente, esta vai aparecer no SClínico. O enfermeiro tem acesso informático direto a esta prescrição, que aparece também no *Pyxis MedStation*. Ainda assim existem fatores que podem criar oportunidades de erro.

O SU está numa fase de irradicação dos registos manuais, havendo momentos em que estão a ocorrer prescrições eletrónicas e também manuais, exigindo atenção redobrada dos enfermeiros. A informatização é uma ferramenta muito útil, mas a partir do momento em que deixa de existir uma folha manual, o enfermeiro precisa de ter outros cuidados. Os doentes no SU encontram-se distribuídos por áreas, muitos com alteração do estado de consciência, requerendo atenção na sua correta identificação antes da administração de medicação e execução de procedimentos, dado que toda a tecnologia se encontra centralizada na sala de enfermagem e não distribuída pelas diversas áreas.

A cultura de segurança do doente é um dos alicerces da prestação de cuidados de excelência, nos quais todos os cuidados de saúde se inspiram (Kear & Ulrich, 2015). O acesso a cuidados de qualidade é um direito do doente “sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015a, p. 3882). Pode mesmo dizer-se que a segurança é um fator essencial para a credibilidade dos cidadãos no sistema de saúde e no Sistema Nacional de Saúde (SNS), em particular (Faria et al., 2014; Araújo et al., 2016). Sousa (2014) refere o quanto tem a importância do tema da segurança pela visibilidade do problema, para os doentes e profissionais de saúde, para os gestores e responsáveis políticos, mas também para a sociedade em geral, pelo impacto clínico, económico e social, mas também pelos ganhos potenciais que dela podem surgir.

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

No domínio da competência da gestão dos cuidados, é previsto que o enfermeiro especialista faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Muitas vezes, com limitação de recursos a nível material, físico ou humano, exige um trabalho de gestão de todos os problemas observados ao longo dos turnos.

No SU esta tarefa assume particular magnitude e incerteza, já que tem a porta aberta 24 horas por dia, todos os dias do ano, sendo indeterminado e inconstante a afluência de doentes. A equipa encontra-se constituída por determinado número de elementos, que são distribuídos por turnos ao longo do dia e o número de elementos por turno é inconstante. Quando o fluxo aumenta, as dotações deixam de ser seguras, podendo ocorrer por breves ou por longos períodos de tempo. A inconstância na afluência não é o único fator, a afluência até pode ser a normal para o SU, mas se existirem situações de emergência que obrigatoriamente carecem de mais tempo de cuidados ou se existirem mais transferências inter-hospitalares, as dotações ficam igualmente comprometidas. Esta incerteza obriga a uma maior articulação e flexibilidade por parte da equipa que se reorganiza continuamente. Apesar de distribuídos por postos/áreas de trabalho, os enfermeiros são obrigados a coordenar-se de forma a manter a capacidade de resposta e a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão dos cuidados é uma obrigação de todos os enfermeiros, constituindo uma das competências comuns do enfermeiro especialista. Os profissionais trabalham em cooperação em prol de objetivos comuns e neste ambiente têm que se mobilizar para alcançar a qualidade e excelência das suas práticas. A integração de novos elementos é um fator desafiante em contexto de urgência, obrigando a períodos longos de tutoria e acompanhamento por parte dos profissionais mais experientes nos diferentes postos de trabalho.

A informatização dos registos funciona como um elo facilitador no processo de gestão de cuidados, permitindo programar todas as atividades ao doente e objetivar os cuidados prestados, contribuindo, também para monitorizar e quantificar o trabalho desenvolvido (Domingos et al., 2017). A especificidade do doente e o seu quadro clínico aponta para determinadas necessidades ou focos de atenção e o enfermeiro tem autonomia na definição e programação das intervenções necessárias para garantir a correta e completa abordagem do doente.

Ambientes caóticos requerem coordenação, coesão e liderança, sendo fundamental assumir este papel no seio da equipa, tal como a tomada de decisão. A gestão de cuidados

no SU varia da gestão diária de todas as intervenções prestadas, com base nas necessidades e recursos até um nível mais elevado de gestão por delegação de funções pela enfermeira gestora e o enfermeiro deve estar preparado, sendo imprescindível desempenhar esse papel para o correto funcionamento do SU. O cuidado integral ao doente, os conhecimentos científicos, a formação contínua e as habilidades nos procedimentos, aliados à experiência profissional, potenciam o desenvolvimento de competências essenciais na resolução de problemas e no desenvolvimento profissional (Leal et al., 2018).

“O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 76/2018, 2018b, p. 3478).

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A gestão dos recursos humanos é, habitualmente realizada pela enfermeira gestora, podendo ser delegada a outros elementos da equipa de enfermagem, que assumem uma tarefa de extrema responsabilidade para que sejam mantidas as condições seguras nos cuidados.

Vários são os fatores a que atender para que os enfermeiros sejam alocados aos postos de trabalho de acordo com a sua competência. O posto de triagem exige que o enfermeiro seja detentor do curso de triagem de *Manchester*, imprescindível na gestão e encaminhamento dos doentes que recorrem ao SU para as especialidades mais adequadas mediante a prioridade de atendimento determinada (Amthauer & Cunha, 2016). Exige experiência na prática de enfermagem de urgência para que objetivamente sejam identificadas as reais necessidades dos doentes e para que eventuais riscos sejam antecipados.

O posto de emergência exige, também, um profissional experiente e detentor de conhecimentos alargados, que responda adequadamente e eficazmente às necessidades do doente crítico, na maioria das vezes com a sua vida ameaçada. A especificidade dos cuidados prestados numa sala de emergência é difícil de mensurar e perante o número de admissões na sala de emergência e a especificidade e complexidade dos cuidados nela prestados, torna imprescindível alocar um enfermeiro exclusivo à sala de emergência (Ferreira et al., 2020), à semelhança da distribuição por postos de trabalho que é realizada neste campo de estágio.

Habitualmente, o enfermeiro que fica responsável pela sala de emergência é dotado de competências profissionais, técnicas e humanas específicas, consideradas essenciais para um excelente desempenho em situações de emergência, com competências Médico-Cirúrgicas, de Suporte Avançado de Vida (SAV) e de Suporte Imediato de Vida.

Num SU geral que atende adultos e crianças as exigências aumentam e a complexidade da gestão de recursos humanos amplifica-se, devendo também ser garantida uma adequada distribuição para que todos recebam os cuidados adequados e da mais alta qualidade e eficácia.

No contexto atual que vivemos causado pela pandemia COVID-19, os serviços foram obrigados a duplicar os seus recursos e a criar novos espaços. A integração de novos elementos criou um desafio pelo seu número elevado e pela necessidade de enfermeiros autónomos, no menor espaço de tempo, para dar resposta às necessidades. A gestão obrigou ainda a uma adequada alocação dos recursos humanos às duas realidades COVID e não COVID, para assegurar cuidados da mais alta qualidade em ambas.

A liderança assume um papel fulcral e a relação de confiança fomenta os esforços da equipa. Encontra-se relacionada com o comportamento dos liderados, promovendo o trabalho em equipa, a confiança, a delegação de funções e a valorização dos liderados, exigindo o desenvolvimento pessoal e profissional para uma liderança eficaz (Silva et al., 2017).

A gestão de recursos materiais no SU é da responsabilidade de todos os utilizadores, pois se, por um lado, a enfermeira gestora deve garantir a existência de recursos adequados em quantidades suficientes, também o enfermeiro deve proceder a uma correta e racional utilização dos recursos durante a sua prestação dos cuidados, evitando desperdícios. Neste SU a reposição do stock de materiais é de acordo com o modelo tradicional, prendendo os enfermeiros a mais tempo na gestão dos recursos materiais, no levantamento de necessidades e na elaboração de notas de encomenda, que são realizadas em sistema informático, no GHAF duas vezes por semana.

“O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4748).

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

O dever de atualização e necessidade de formação persistiu ao longo de todo o meu percurso profissional. O doente tem o direito a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura

permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem e eu tenho o dever e a necessidade de formação, de aquisição de conhecimentos científicos válidos e atuais e de desenvolvimento de habilidades e competências que me tornem capaz de desempenhar a minha prática com excelência.

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019, p. 4749), enuncia que o enfermeiro especialista “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” e “Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes”.

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao doente possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades da PSC e sua família.

No domínio desta competência o enfermeiro deve ter consciência de si próprio, reconhecendo os seus limites pessoais e profissionais e ser capaz de gerir eficazmente as suas emoções, com capacidade de atuar sob stress (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019). Sendo o SU, um serviço com uma enorme componente emocional pela gravidade da situação clínica, constitui um desafio adicional ao enfermeiro que tem que gerir todos estes sentimentos e emoções, envolver o doente e família e responder adequadamente e prontamente às necessidades.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

No SU são prestados cuidados diferenciados a pessoas com elevado risco de instabilidade ou em risco de vida, requerendo uma prática diferenciada e especializada que garanta cuidados eficientes, eficazes e dirigidos à particularidade da cada situação clínica. As normas institucionais são variadas e, em conjunto com os procedimentos implementados orientam para atitudes e intervenções específicas e padronizadas que contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A abordagem ao doente crítico está em constante mudança, o que acarreta aprendizagem e treino constante, a formação assume particular importância e a incorporação de conteúdos teóricos científicos atualizados e baseados em evidência científica (Campos et al., 2017).

A formação em enfermagem encontra-se inserida num campo global contribuindo para a difusão de conhecimento. O enfermeiro demonstra grande capacidade de adaptação das suas competências, habilidades e atitudes às exigências das ocorrências. Os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela promoção de projetos que preservem a saúde, previnam a doença e promovam a recuperação e readaptação do doente no seu todo. A formação fomenta o desenvolvimento da autonomia do profissional, transformando-o num agente ativo no processo de cuidar (Makuch & Zagonel, 2017).

O enfermeiro especialista identifica lacunas e necessidades de formação, implementa projetos de melhoria contínua e avalia e monitoriza as mesmas, contribuindo com investigação para a produção de conhecimento e sua divulgação (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p.19360).

A avaliação perspicaz do doente, com colheita de informações precisas, monitorização da função hemodinâmica e ventilatória de forma a garantir resultados benéficos ao doente crítico representam atividades inerentes no cuidado ao doente crítico e/ou em falência orgânica bem como com doença crónica e/ou paliativa, exigindo adequada vigilância e intervenção dirigida às reais necessidades do doente. Este tem o direito a ser envolvido no processo de saúde/doença e o enfermeiro assume uma função especial de agilizar a sua participação, informar, educar e apoiar no processo de tomada de decisão.

A comunicação assume-se como fator essencial durante os cuidados ao doente, permitindo criar uma ligação informal à pessoa em risco de vida, aliviar medos ou receios, esclarecer dúvidas e apoiar a tomada de decisão da pessoa devidamente informada. A transição de cuidados de saúde é fundamental que seja cuidada e precisa representando “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p. 4).

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite a “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor sendo a mnemónica ISBAR um “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações (Direção-Geral da Saúde, 2017b, pag.4). Durante a transmissão da informação quer na transferência de doentes para outro serviço, quer no próprio serviço durante as passagens de turno, representa uma ferramenta muito eficaz, permitindo a passagem de informação de forma inequívoca, objetiva e abrangente.

A comunicação de más notícias em saúde constitui uma das problemáticas mais complexas no contexto da prestação de cuidados e relações interpessoais, representando situações que geram perturbações quer na pessoa que recebe a notícia quer no transmissor, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação, devendo ser objetiva, clara e detalhada, sem ambiguidade e totalmente verdadeira (Fontes et al., 2017).

A pessoa e/ou família experimentam frequentemente perturbações emocionais no decurso da sua situação clínica, a relação terapêutica constitui um vasto apoio à pessoa para lidar com os fenómenos dolorosos que a avassalam e o enfermeiro apresenta-se como um pilar fundamental no processo de tratamento e recuperação.

E2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

As catástrofes têm-se demonstrado cada vez mais complexas e frequentes, desde as alterações climáticas, aos conflitos humanos e às doenças infecciosas. Os enfermeiros são dotados de conhecimentos e habilidades fundamentais, constituindo um estratégico recurso na resolução das situações de exceção (Veenema et al., 2017).

Relativamente a situações de catástrofe aparecem definidas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 361/2015, 2015b, p.17240).

O Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014) prevê que cada SU deve possuir um plano de emergência/catástrofe/contingência, o que se constituiu como primordial para a resposta da unidade de saúde a situações multivitímas. O SU dispõe também de Plano de Emergência Interno (PEI) que é ativado em situações de emergência interna. No contexto atual que vivemos dispõe, ainda, de Plano de Contingência COVID-19, dado que a pandemia representa em si, uma verdadeira catástrofe para todos os hospitais do SNS.

A pandemia COVID-19 representou um momento de catástrofe, que abalou profissionais, serviços e doentes, esgotou recursos e trouxe limitações e dificuldades na gestão de todos os recursos para manter o serviço em pleno funcionamento de forma a garantir adequada resposta à necessidade inevitável de receber o maior número de doentes possível, numa altura em que já não havia capacidade de resposta do SNS (Verztman & Romão-Dias, 2020).

Catástrofe é qualquer evento traumático que implica uma experiência vivida e abala e transforma a individualidade, modos de vida e de relação, originando um novo universo difícil de reconhecer, favorecendo experiências de dor, sofrimento e desalento (Verztman & Romão-Dias, 2020). Neste momento, em que as catástrofes surgem com uma frequência crescente, os enfermeiros são dotados de conhecimentos e competências e encarados como líderes, com capacidade de responder, desenvolver planos, formar e preparar a resposta a crises (Veenema et al., 2017).

E3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O desenvolvimento desta competência permite responder de forma rápida e eficaz ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19364).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) têm sido objeto de discussão e preocupação por parte da DGS, constituem uma preocupação universal e estão relacionados com o aumento da morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e complicações no estado clínico do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

No SU o Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e controlo da Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) assume uma missão fundamental de implementar e monitorizar estas políticas de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), para prevenção e controle de IACS e de RAM, no entanto passa pelo profissional que está a cuidar do doente, garantir a sua efetividade e sucesso.

O enfermeiro representa um papel fulcral na gestão da segurança do doente, família e da própria equipa multidisciplinar. No SU a necessidade de resposta rápida potencia o risco de infeção, sendo fundamental encontrar um equilíbrio entre dar resposta em tempo útil às necessidades do doente a manter a segurança no que diz respeito à infeção. Os procedimentos invasivos realizados são vários, urgentes/emergentes e no contexto atual de pandemia COVID-19, com riscos acrescidos.

O plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 descreve as infeções associadas aos cuidados de saúde e o impacto no tratamento do doente, causando barreiras e aumentando taxas de morbilidade e mortalidade (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015a).

A pandemia pela doença COVID-19 lembrou a todos nós, profissionais de saúde, o papel vital que desempenhamos para aliviar o sofrimento e salvar vidas. Nenhum hospital ou outro serviço de saúde pode manter os seus doentes seguros, a menos que mantenha os seus profissionais de saúde seguros. A pandemia também destacou até que ponto proteger os profissionais de saúde é fundamental para garantir um sistema de saúde e uma sociedade funcionais. Isto inclui medidas de proteção individual, elaboração e implementação de programas para os profissionais de saúde, de acordo com as políticas nacionais de saúde e segurança ocupacional (Pappa et al., 2020). Devem ser adotadas medidas para promover a segurança dos profissionais de saúde e, por inerência, assegurar-se a segurança dos doentes.

A importância da segurança do doente atualmente tem ganho maior destaque em todo o mundo e, todos os dias, os profissionais de saúde enfrentam vários desafios em como oferecer uma assistência segura aos doentes. Neste sentido, considerou-se a formação em segurança como uma das principais ferramentas para garantir uma cultura de segurança. É essencial promover estratégias de gestão do risco com consequente manutenção de um ambiente seguro, assumindo o enfermeiro especialista um papel crucial.

Assim, perante a pessoa em situação crítica, preconiza-se a promoção de medidas de prevenção e de controlo de infeção, liderando projetos de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

2. Evidências das atividades realizadas

Antes de dar início à reflexão sobre as atividades realizadas no EC em contexto de urgência, quero referir que, perante a pandemia COVID-19, os objetivos foram adaptados de forma a garantir adequada resposta em função dos desafios emergentes apresentados. A pandemia COVID-19 resultou num envolvimento total de todos os profissionais de saúde, exigindo redefinição de toda a orgânica dos serviços de saúde e respetivas unidades funcionais e, outras necessidades emergiram, criando oportunidades que aproveitei para desenvolver e enriquecer o meu estágio neste serviço.

Desde o início do EC que me deparei com inúmeras informações, conhecimentos e aprendizagens, que me foram possibilitadas por uma boa orientação por parte da enfermeira tutora, que estando a par dos meus objetivos, quer gerais, quer específicos, me possibilitaram a aquisição do máximo de informação, conhecimentos, aprendizagem e, acima de tudo, novas experiências, tendo sido possível adquirir competências inerentes à EMC.

Durante o meu percurso no estágio tive sempre em consideração os fundamentos da ética e deontologia profissional que considero ser um pilar fundamental na prática profissional e pessoal, assim como na coesão da equipa o que permite a consolidação de confiança entre pares de modo a prestar um cuidado contínuo aos doentes.

O conflito ético é intrínseco às profissões relacionadas com saúde, maioritariamente devido à responsabilidade ética decorrente da prestação de cuidados, nomeadamente a pessoas em estado clínico crítico (Mealer & Moss, 2016). Diariamente, no contexto da prestação de cuidados aos doentes somos confrontados com os direitos, deveres e o respeito pela pessoa doente, quer em contexto de prestação de cuidados, quer nas relações multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica.

No que se refere à gestão dos recursos humanos, tive a oportunidade de colaborar na elaboração do plano de trabalho com distribuição dos elementos pelas diferentes áreas de trabalho, conforme as necessidades e requisitos das mesmas e as competências dos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais. Participei na elaboração do horário na aplicação de Gestão de Horários utilizada no serviço, validação de trocas, alteração do plano de férias, correção da assiduidade, introdução de horas de trabalho extraordinário, transferências de utentes, horas de formação e prolongamentos de turno por atividade excecional e fecho de horário. Colaborei, ainda, na elaboração do documento com número de horas e dias de trabalho no cumprimento do Decreto-Lei n.º 101-B/2020, de 3 de dezembro, para atribuição do prémio de desempenho aos profissionais que estiveram especialmente expostos ao risco de infeção pelo vírus SARS-CoV-2, durante o período correspondente à primeira declaração do estado de emergência e suas renovações, de 19 de março a 2 de maio

de 2020. Como disposto no Artigo 5.º Prémio de desempenho do referido Decreto-Lei, “Os trabalhadores abrangidos pelo artigo 2.º têm direito a um prémio de desempenho, a pagar uma única vez, em 2020, equivalente a 50% da sua remuneração base mensal, não acrescida de qualquer outra, independentemente da natureza da remuneração ou de suplemento remuneratório” (Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 101-B/2020, 2020, p. 4).

Na fase final do estágio, pela integração de novos elementos e reorganização do serviço face às necessidades de resposta à pandemia, foi-me lançado o desafio de criar o procedimento interno do serviço: “Funções do enfermeiro de acordo com o posto de trabalho”. Neste sentido, em colaboração com a enfermeira tutora, foi elaborado o documento, discutido com toda a equipa e arquivado nos procedimentos internos do serviço (cf. Anexo III), de forma a melhorar o desempenho de todos os profissionais de serviço, para potenciar o desempenho do SU e a resposta a todas as necessidades dos utentes que a ele recorrem.

Ao nível da gestão dos recursos materiais, durante o EC, colaborei na gestão dos recursos materiais no SU Geral e no SU COVID. O método em vigor no serviço é o tradicional, sendo efetuada requisição de recursos materiais duas vezes por semana pela enfermeira gestora. Desde o início do estágio, colaborei nesta função, desde o levantamento de necessidades, elaboração da nota de encomenda de material na aplicação GHAF, receção do material e armazenamento no serviço. Uma das maiores dificuldades com que me deparei foi a escassez de algum material face ao elevado consumo decorrente das necessidades inerentes à pandemia, sendo necessário um cuidado atento e constante da enfermeira gestora para garantir a existência de recursos a todas as atividades, assim como, de todos os profissionais de forma a evitar desperdícios. Por outro lado, outra dificuldade, foi a previsão das necessidades de recursos materiais para garantir o funcionamento de duas urgências, COVID e não COVID, tendo em atenção o número em crescendo de episódios de urgência diários. Uma das minhas propostas para desenvolver durante o estágio foi a criação de um *Stock Avançado com Reposição por Níveis*, no sentido de rentabilizar o tempo da enfermagem, libertando-a para outras áreas de trabalho.

O desequilíbrio entre o aumento do consumo e os recursos financeiros gera um desequilíbrio na gestão de recursos, que requer planeamento e controle de fluxo eficiente na prestação de cuidados. Não sendo possível prever a afluência de doentes no serviço, a existência de stocks torna-se imperativa para garantir recursos e eficiência operacional no SU (Ramos et al., 2018a). Os recursos em quantidade e qualidade são essenciais para a prestação de cuidados de excelência ao utente, constituindo uma enorme responsabilidade na gestão do SU, para a continuidade do tratamento e assistência ao utente.

O SU de Lamego já tem reposição por níveis para os fármacos dispondo de uma tecnologia avançada *Pyxis MedStation*, que gera informação aos serviços farmacêuticos quando é atingido um nível mínimo ou de rutura, reduzindo a mobilização do pessoal de enfermagem e farmácia em tarefas logísticas e administrativas.

Com o mesmo objetivo apresentei a proposta da criação do *Stock Avançado com Reposição por Níveis*. A mesma já havia sido realizada pela enfermeira gestora ao centro hospitalar, mas devido às barreiras de recursos humanos no aprovisionamento e às dificuldades sentidas neste momento na instituição, ainda não se encontra aprovada. Esta situação foi encarada como uma oportunidade para desenvolver aprendizagens e competências. Assim, aproveitei o momento de estágio para contribuir para este projeto e procedi ao levantamento do material em *stock* e à criação de *stocks* mínimos e máximos (cf. Anexo IV). A maior dificuldade prendeu-se com a necessidade de alocar recursos a duas urgências, COVID e não COVID, contudo, operei, de acordo com os consumos verificados durante o estágio e prevendo um aumento gradativo dos consumos como era expectável nesta fase da pandemia COVID-19. A gestão de materiais englobou, também, a reorganização de algum *stock* durante o período de estágio com o objetivo de distribuir o material armazenado de acordo com o seu uso, tendo sido criadas as prateleiras de material de via aérea e ventilação e de material de cirurgia, permitindo uma utilização facilitada e mais intuitiva do *stock* de recursos materiais, agilizando a verificação de recursos disponíveis e o seu uso por parte de todos os profissionais.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista em EMC, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, 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” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19362). Em todas as etapas de uma catástrofe, que implica a redução dos riscos e a recuperação, o enfermeiro especialista deve definir a sua posição, desempenhando um crucial papel na elaboração de planos de contingência, na formação da equipa multidisciplinar e da comunidade (Silva et al., 2015). No âmbito hospitalar, o planeamento em situação de catástrofe requer a atuação da equipa de enfermagem em todas as etapas, desde a triagem das vítimas até às transferências das mesmas entre serviços (Silva et al., 2015).

O Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, prevê que cada SU deve possuir um plano de emergência/catástrofe/contingência, o que se constituiu como primordial para a resposta da unidade de saúde a situações multivítimas. Esta exigência permitiu identificar uma necessidade no SU, dado que o serviço ainda não tem instituído um plano de catástrofe. Assim, apresentei a proposta de criação do respetivo plano para o SU. Perante as condições

com que o serviço se depara, neste momento, com reorganização constante de áreas de trabalho, não foi encarado como o momento mais oportuno para a elaboração de um plano de catástrofe.

No entanto, a pandemia criou uma situação de catástrofe e contingência no SU, e neste âmbito foi-me proposto, pela enfermeira gestora, elaborar um projeto relativo à definição de circuitos para o utente COVID-19 suspeito ou confirmado, uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) e lavagem das mãos, tendo como objetivos: controlar a contaminação e infeção cruzada, tentando criar circuitos isolados para o doente COVID-19 suspeito ou confirmado, e incorporar novos elementos integrados na equipa de enfermeiros e assistentes operacionais. Assim, realizei uma formação designada “Área COVID do Serviço de Urgência: Prevenção da contaminação e definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito” (cf. Anexo V), que teve como população-alvo Enfermeiros e Assistentes Operacionais e decorreu no dia 6 de janeiro de 2021, entre as 14h às 15h, com recurso a uma apresentação em *PowerPoint* (cf. Anexo VI). Sendo o seu objetivo geral a prevenção da contaminação e transmissão de infeção associada aos cuidados ao utente COVID-19, dei a conhecer a cadeia de transmissão e modos de transmissão, apresentei a definição dos circuitos seguros para o utente COVID positivo ou suspeito e apresentei as normas de desinfeção das áreas comuns e de utilização dos equipamentos de proteção individual de forma adequada e racionada, bem como os procedimentos de higienização das mãos. Para além da formação realizada, realizei formação e acompanhamento individualizado junto da população-alvo, no decorrer de todo o estágio. Neste seguimento, elaborei o procedimento interno do serviço “Área COVID: Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos” (cf. Anexo VII).

Tendo em conta estas atividades, considero ter ficado mais conhecedora do plano de catástrofe, dos princípios de atuação em situações de catástrofe e dos planos de contingência do serviço, como forma de se assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando a segurança do doente e dos profissionais de saúde. A cultura de segurança e a segurança do doente são os alicerces da prestação de cuidados de excelência, nos quais todos os cuidados de saúde se inspiram (Kear & Ulrich, 2015).

Outra necessidade encontrada no SU diz respeito à norma de proteção dos pertences dos doentes, que entrou em vigor na instituição em Abril de 2008, no processo de acreditação pela *Joint Commission International*, tendo sido revista em Abril de 2010. Por terem sido identificadas dúvidas e dificuldades dos profissionais no cumprimento da norma, procedi à identificação da norma institucional, projetando a realização de uma formação (cf. Anexo VIII). No dia 28 de Fevereiro de 2021, realizei uma sessão de formação entre as 14h e as 15h, tendo como população-alvo os enfermeiros do SU, com recurso a uma apresentação em

PowerPoint (cf. Anexo IX), cujos objetivos específicos consistem na apresentação da norma institucional sobre a proteção de pertences dos doentes, apresentação dos pontos fracos e apresentação do procedimento interno para o serviço. No sentido de se agilizar o desempenho dos profissionais de enfermagem e simplificar o processo foi elaborado o procedimento interno: “Proteção de pertences dos utentes” (cf. Anexo X). Esta foi uma atividade proposta pela enfermeira gestora, por lacunas identificadas no serviço. Partiu-se da premissa de que a recolha/guarda e restituição dos pertences e espólios respeitam a privacidade dos utentes e o sigilo profissional. De igual modo, colaborei na reorganização do armário da roupa para acondicionar os pertences.

O SU de Lamego dispõe do Sistema de Informação SClínico, com vertente médica e de enfermagem, tendo sido implementado já há vários anos, baseado numa estratégia do Ministério da Saúde em informatizar o SNS. O *software* tem sofrido várias atualizações no sentido de se tornar numa aplicação única centrada no utente e tem contribuído para uma melhor assistência e acompanhamento dos utentes, dispondo de vários perfis e funcionalidades que permitem registos multidisciplinares. Desenvolvido com base na Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem, permitiu desenvolver uma linguagem comum entre os profissionais e uma uniformização dos registos, facilitando a documentação e o acesso a todo o processo clínico do utente. “Os sistemas de informação em enfermagem são atualmente um instrumento fundamental no apoio à tomada de decisão dos enfermeiros, permitindo uma melhor continuidade, acessibilidade e qualidade da informação sobre os cuidados prestados, mas também uma ferramenta essencial para uma gestão eficiente dos serviços de saúde” (Sá et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros têm sido os profissionais que mais se preocupam com os registos, no entanto existe ainda uma enorme dificuldade de demonstrar nos registos a complexidade dos cuidados e o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde.

Atualmente existe uma maior consciencialização por parte dos enfermeiros em elaborar registos rigorosos que reflitam a sua prática e o impacto dos seus cuidados nos utentes, promovendo uma comunicação mais eficaz e a continuidade dos cuidados, formação, gestão e investigação (Pereira, 2016). O cidadão deve ser acompanhado ao longo de todo o seu ciclo vital, criando a necessidade de integrar toda a informação relativa à assistência e cuidados, tendo a OE definido um conjunto de normas para o desenvolvimento destes sistemas. O SU submeteu um projeto de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, em 2019, do qual se desenvolveram vários programas, que garantam o controlo de requisitos fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e para a formação e investigação com qualidade e segurança. “Este novo processo assenta na criação de mecanismos que garantam o controlo de requisitos

fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem de forma a garantir o desenvolvimento de processos formativos de qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 558/2017, 2017b, p. 23640).

Relativamente à elaboração do processo de enfermagem, está implementado um programa de melhoria, contudo ainda existem algumas dificuldades na utilização do SClínico. Durante o meu período de estágio, colaborei neste projeto, tendo feito um levantamento das principais lacunas na elaboração dos processos e identifiquei algumas necessidades de melhoria no SClínico, que foram reportadas ao enfermeiro parametrizador (cf. Anexo XI), no sentido de ser avaliada a possibilidade de desenvolver algumas funcionalidades que agilizem o processo e culminem em registos mais rigorosos. Para esclarecer dúvidas existentes e também para atualizar e complementar o guia já existente no serviço, realizei uma sessão de formação utilizando uma apresentação em *PowerPoint* (cf. Anexo XII) no dia 28 de janeiro de 2021, que decorreu das 15h às 16h e teve como população-alvo os enfermeiros (cf. Anexo VIII). No seguimento da formação, investi no guia que serve de apoio aos enfermeiros para a elaboração do processo de enfermagem dos doentes que se encontram internados no SU, realizei as respetivas alterações de acordo com as novas indicações e criei novas grelhas de apoio para apoiar os enfermeiros na criação dos processos de enfermagem que permitam rigor dos registos, transparência dos cuidados e impacto dos mesmos na saúde dos utentes (cf. Anexo XIII).

Importa referir que todo o trabalho desenvolvido, em espírito de colaboração, requereu sempre uma aprofundada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e consulta da denominada “literatura cinzenta”, nomeadamente documentação legislativa e consulta de livros. Esta procura reverteu-se num aprofundar de conhecimentos, na abertura para novas aprendizagens. Assim, considero ter mobilizado os conhecimentos adquiridos, aplicando também os conteúdos teóricos adquiridos ao longo do curso de mestrado, como robustecer a minha prática clínica.

O SU, à semelhança do panorama nacional, tem vindo a sofrer várias alterações, com necessidade de reorganização constante e permanente em virtude da afluência crescente ao SU COVID. Por uma questão de estrutura física, a sala de emergência ficou alocada na área COVID, o que criou a necessidade de rapidamente providenciar a criação de uma nova sala de emergência na área não COVID, para dar uma resposta adequada a todos os utentes, sem colocar em risco focos de contaminação e de infeção. A especificidade dos cuidados prestados numa sala de emergência é difícil de mensurar e perante o número de admissões na sala de emergência e à especificidade e complexidade dos cuidados nela prestados, torna imprescindível alocar um enfermeiro em exclusividade à sala de emergência (Ferreira et al., 2020), à semelhança da distribuição por postos de trabalho que é realizada neste campo de

estágio. Habitualmente, o enfermeiro que fica responsável pela sala de emergência é dotado de competências profissionais, técnicas e humanas específicas, consideradas essenciais para um excelente desempenho em situações de emergência, com competências Médico-Cirúrgicas, de SAV e de Suporte Imediato de Vida.

Esta é uma área funcional que representa o espaço dedicado à estabilização do doente crítico, grave e emergente e rápido encaminhamento para o serviço apropriado onde receberá o tratamento definitivo, devendo estar preparada para a mais correta e eficiente abordagem ao mesmo. Encontra-se integrada na estrutura física do serviço, sendo a sua ativação habitualmente por uma sirene de aviso.

Neste SU, a organização das salas de emergência obedece à norma institucional, em vigor desde setembro de 2010, aplicada a todos os serviços clínicos do centro hospitalar. Esta reconhece a necessidade de uma intervenção precoce e adequada às situações de emergência como forma de salvar vidas, devendo o modelo de resposta ser construído com base num modelo lógico de sobrevivência e num programa de emergência hospitalar com critérios alargados de ativação enraizados na prevenção e tratamento das causas de paragem cardiorrespiratória (PCR).

Esta necessidade imediata do SU foi encarada como mais uma oportunidade para o desenvolvimento de competências durante o meu estágio e neste pressuposto procedi à reorganização do espaço que foi criado para alocar a nova sala de emergência e com base na norma instituída e nos critérios definidos pela equipa de emergência intra-hospitalar, tendo em atenção os recursos disponíveis na sala de emergência COVID e com a missão de conceber uma sala de emergência para utentes não COVID que cumpra os mesmos requisitos. Comecei por dotar o carro de emergência que foi cedido ao serviço com os fármacos e recursos materiais previstos e elaborei respetiva *checklist* (cf. Anexo XIV). O espaço físico adotado para esta sala de emergência é de menor dimensão, tendo sido aplicadas estratégias de disposição de material essencial à abordagem inicial e estabilização do doente crítico grave ou emergente, com elaboração da respetiva *checklist* (cf. Anexo XV).

Ainda durante este período foi cedido um ventilador Hamilton T1, ao serviço que me criou mais uma oportunidade de aprendizagem. Com base na situação pandémica em que o serviço se encontra, ainda não foi possível receber formação sobre o mesmo. No entanto, a elevada afluência de doentes graves do foro respiratório, exige cada vez mais recursos e equipamentos de ventilação, portanto em conjunto com as enfermeiras especialistas em EMC, procedemos à leitura do manual de instalação e do manual do operador e à pesquisa bibliografia com a missão de operacionalizar o ventilador. Este equipamento é dotado de funcionalidades inteligentes como a ventilação de suporte adaptativo (ASV), que permite que

o ventilador ajuste continuamente as frequências respiratórias, o volume corrente e o tempo inspiratório dependendo da mecânica do pulmão e do esforço do utente. Inclui também estratégias de proteção pulmonar no sentido de evitar o barotrauma e estimula a respiração espontânea. Para além desta funcionalidade, dispõe, também, do modo de ventilação não invasiva, que tem sido o modo mais utilizado neste SU, especialmente nesta fase, daí ter encarado esta oportunidade com o maior envolvimento e dedicação, no sentido de aprovar o serviço de um equipamento que pode aumentar a capacidade de resposta aos utentes graves que dão entrada no serviço.

O ventilador ficou operacional, entretanto elaborei um guia de utilização para os testes e calibração e para a instalação do sistema de ventilação (cf. Anexo XVI), que ficou exposto em ambas as salas de emergência. Dada a complexidade do ventilador, foi solicitada formação para a equipa ao grupo de emergência intra-hospitalar para se explorar todas as funcionalidades das quais dispõe.

Os doentes que recorrem ao SU, podem apresentar uma enorme variedade de queixas e patologias, com descompensações hemodinâmicas com repercussões clínicas que podem conduzir a situações de risco de vida ou de falência orgânica/multiorgânica.

Após admissão do doente, o primeiro local por onde passa é o posto de triagem, onde um enfermeiro com competências e qualificações adequadas recolhe os dados e objetivamente faz uma pré-avaliação do doente. O enfermeiro é o profissional que classifica o doente quando este é admitido, sendo fundamental conhecimentos e competência, habilidade técnica, raciocínio clínico, capacidade de escuta e comunicacional, requerendo capacidade de tomada de decisão e responsabilidade (Amthauer & Cunha, 2016). Habitualmente já realizo triagem de *Manchester* no desempenho das minhas funções como enfermeira no SU, aplicando os fluxogramas que melhor se adequam às queixas e reconheço a complexidade da mesma. A triagem baseia-se em critérios de gravidade, sendo que triar os doentes por prioridade impõe grande responsabilidade ao enfermeiro triador que tem que se manter desperto e disponível para reavaliar continuamente todos os doentes até que sejam observados.

Na ala 1 e 2 são habitualmente tratados os doentes à responsabilidade da clínica geral e na ala Cirurgia e Medicina são tratados os doentes à responsabilidade das especialidades de Medicina e Cirurgia.

Na sala de emergência são recebidos os doentes emergentes, provenientes do gabinete de triagem, das alas, do OBS ou do exterior, sendo acionado um alarme interno que permite alertar imediatamente, todos os profissionais. No decurso do EC foram múltiplas as situações clínicas que encontrei na sala de emergência.

Nesta fase da pandemia COVID-19, grande parte das emergências estavam relacionadas com infecção por Sars-CoV-2, com afluência de doentes com Insuficiência Respiratória Severa, às vezes em choque. Este foi o cenário que mais me marcou, não apenas pela gravidade da situação, mas pelo risco de exposição à infecção e contaminação, exigindo medidas rígidas de controlo de infecção e contaminação, para que nenhum elemento da equipa fosse exposto.

No entanto tive oportunidade de abordar outras situações clínicas em sala emergência, nomeadamente convulsões, Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Disritmias, PCR e Intoxicações. Em todos as metodologia de abordagem foi a ABCDE (Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) e sempre que possível procedi à realização dos procedimentos invasivos e não invasivos exigidos, ou colaborei na sua execução, tais como SAV em contexto PCR, Bradicardia e Taquicardia, colocação de acesso venoso central (CVC), entubação endotraqueal, ventilação mecânica (VM), colocação de dreno torácico e paracentese.

O SU recebe doentes adultos e pediátricos, exigindo um leque de conhecimentos mais alargado e direcionado, pois tratar uma criança requer medidas específicas e protocolos próprios.

O período de estágio revelou-se muito enriquecedor e permitiu-me desenvolver muito enquanto profissional, fomentando a aplicação dos conhecimentos aprendidos durante o ensino teórico e o desenvolvimento de práticas mais seguras e adequadas ao doente crítico, grave e emergente. Contribuiu para o meu desenvolvimento e crescimento enquanto profissional responsável e competente na área da EMC. Os enfermeiros não são prescritores mas devem ser detentores de conhecimentos que lhe permitam uma atuação adequada e eficaz, identificar situações de risco e participar na escolha do tratamento sem dificuldade, independentemente da complexidade da situação.

3. Avaliação por competências

O exercício reflexivo sistemático do estudante durante a aprendizagem clínica, supervisionado pelos tutores e orientadores contribui para a construção do pensamento em enfermagem, com responsabilidade assumida por todos os intervenientes, implicando proatividade, iniciativa e empreendedorismo, apesar da complexidade com que o EC se assume perante o estudante (Pereira-Mendes, 2016).

As oportunidades de aprendizagem foram várias, permitindo aquisição e desenvolvimento de competências várias ao nível dos cuidados especializados, nos diferentes domínios da enfermagem e em enfermagem especializada em EMC na área da PSC, que explico a seguir. Apesar de ser realizada uma avaliação por competências, devo referir que os vários domínios se encontram interligados e só assim me foi permitido um completo desenvolvimento e aperfeiçoamento na área da EMC.

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

O EC em SU foi orientado pela Ética e Deontologia da profissão e a tomada de decisão foi orientada pela minha contínua educação e procura de conhecimentos que me permitiram prestar cuidados seguros, adequados, atualizados e eficazes no tratamento dos doentes, tendo em conta o seu estado clínico e as suas necessidades e da sua família.

Como estudante do mestrado em EMC fui várias vezes abordada por colegas durante a resolução de problemas, tendo procurado incorporar os melhores conhecimentos para a resolução dos mesmos.

A problematização favorece a reflexão crítica, a reflexão diária dos cenários de trabalho, que carece de educação permanente para compreensão da realidade e contribui para a melhor qualificação profissional e organização do trabalho (Campos et al., 2017).

O ensino teórico e a investigação em bases de dados científicas forneceu-me conhecimentos a vários níveis que apoiaram a minha tomada de decisão no desempenho das minhas funções no SU, permitindo a prestação de cuidados de qualidade ao mais alto nível. Permitiu-me, também, adquirir uma posição no seio da equipa contribuindo para a reflexão dos casos clínicos e para a decisão dos melhores tratamentos e procedimentos.

A interação contínua do enfermeiro com a educação e o serviço favorece a autonomia, tornando-o num agente ativo na prestação de cuidados integrais e globalizantes ao doente família e comunidade (Mackuch & Zagonel, 2017). Fui envolvida em problemáticas do SU e

colaborei na sua resolução através de pesquisa bibliográfica e através de várias intervenções realizadas no serviço (cf. Anexo III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV e XVI).

Durante o EC consegui ter uma tomada de decisão de acordo com as normas deontológicas e liderar os processos de tomada de decisão da área da especialidade em EMC, tal como avaliar os processos e resultados da tomada de decisão.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.
- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4746).

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na minha prestação de cuidados, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, respeitando as crenças e os valores dos doentes, abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e segurança em cada procedimento que efetuava ou colaborava. O respeito pelo estado físico e emocional do doente e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais também foram uma preocupação constante.

O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Desde o início do meu percurso profissional que tento reger-me pelo CDE, pela Ética e pela Moral. A Deontologia diz respeito a um conjunto de normas definidas pelos próprios profissionais alicerçadas na Moral e no Direito e caracterizando-se por um dever de ser profissional e o enfermeiro tem o dever de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e conhecimentos ético-deontológicos, com as melhores práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Durante o meu EC tentei respeitar a dignidade dos doentes e famílias, abordando-os na sua globalidade e respeitando as suas crenças, religião e valores. O doente tem o direito à sua humanidade e a ser tratado com respeito e dignidade.

A minha postura passou sempre por corretamente me identificar perante o doente e identificar o doente. Num SU com elevada afluência pode ser difícil, por vezes conseguir conhecer todos os doentes, no entanto tentei encontrar as melhores estratégias para a correta identificação do doente. Doentes conscientes e orientados podiam facilmente identificar-se, no entanto relativamente a doentes com algum tipo de limitação cognitiva ou défice neurológico esta tarefa assumia outros contornos, requerendo a identificação pela pulseira de admissão.

A relação com o doente tem-se revelado fundamental nos cuidados ao doente e tentei sempre criar uma relação empática que potenciou o desenvolvimento de confiança nos cuidados prestados. Procurei ser assertiva e ter uma boa capacidade de comunicação com o doente e família, prestando esclarecimentos e fornecendo a informação a que o doente tem direito, mas salvaguardando a confidencialidade.

A privacidade representa um desafio no SU, pelo elevado número de doentes no corredor e pela rapidez com que algumas intervenções têm que ser realizadas pela instabilidade clínica, no entanto procurei utilizar salas de tratamentos, cortinas e biombo, de acordo com cada situação, no sentido de preservar a privacidade e a dignidade dos meus doentes.

Antes de qualquer procedimento procedi à minha identificação, à identificação do doente, ao fornecimento de esclarecimentos relativamente aos procedimentos, esclarecimento de dúvidas e obtenção do consentimento livre e esclarecido do doente.

A conduta profissional foi desenvolvida com eficácia, orientada por princípios de igualdade, não só no que diz respeito a características económicas, políticas, sociais, étnicas, culturais, religiosas e ideológicas, mas também garantindo que todos os doentes tivessem direito aos mesmos cuidados, preservando o direito dos doentes serem abordados salvaguardando os princípios ético-deontológicos, sem qualquer tipo de discriminação e respeitando a justiça e dignidade do doente.

No final deste EC consegui proteger os direitos dos doentes e uma prestação de cuidados de enfermagem que promovem a segurança, dignidade e privacidade dos doentes.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Promove a proteção dos direitos humanos.

- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A qualidade e a segurança para além de serem uma obrigação ética, oferecem um desafio aos profissionais de enfermagem e são temas que estiveram presentes durante todo o meu EC.

O enfermeiro tem um papel fundamental no desenvolvimento destas estratégias e no seu sucesso, podendo funcionar como um importante elo na criação de programas de melhoria da qualidade, na sua implementação e na sua monitorização.

O EC contribuiu para o desenvolvimento desta competência, proporcionando várias oportunidades de intervenção que eu aproveitei, para garantir qualidade no serviço e intervenções prestadas e maior segurança para o doente e profissional.

Durante o EC consegui mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e orientar projetos na área da qualidade (cf. Anexo III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV e XVI).

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
- Orienta projetos institucionais na área da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Prática de qualidade implica um domínio teórico vasto e fundamentado em conhecimentos científicos, que procurei obter ao longo deste percurso, com base nos conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico e na pesquisa em bases de dados científicas.

Um dos meus objetivos era identificar lacunas ou oportunidades de melhoria, promovendo um desempenho com o mais elevado nível de qualidade no cuidar. Foram identificadas algumas oportunidades de melhoria e a pandemia COVID-19, que inicialmente

atormentou todo o SNS, acabou por criar oportunidades de intervenção que eu aproveitei para obter o máximo desempenho no seio da equipa e do serviço.

Inicialmente foram logo identificadas duas necessidades, uma relacionada com a norma de proteção de pertences dos doentes e outra relacionada com o circuito do doente COVID. A intervenção relacionada com o circuito do doente COVID foi priorizada dada a situação em que o serviço se encontrava, com necessidade urgente de reorganização dos espaços para garantir uma prática segura e controlo da contaminação e infeção. Esta criou outra necessidade, a de organizar uma sala de emergência na área não COVID.

Entretanto fui intervindo noutra focos identificados, tentando colaborar com a equipa no desenvolvimento de uma política assente na qualidade dos cuidados, com recurso a pesquisa bibliográfica, formação da equipa, criação de um procedimentos internos e reorganização de espaços (cf. Anexos III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV e XVI).

Desta forma consegui, durante o EC, avaliar a qualidade das práticas clínicas, planear programas de melhoria contínua e liderar programas de melhoria contínua, usando a melhor evidência científica, estabelecendo prioridades e definindo estratégias de intervenção.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Avalia a qualidade das práticas clínicas.
- Planeia programas de melhoria contínua.
- Lidera programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Durante o EC procurei promover um ambiente terapêutico seguro centrado no indivíduo como um todo, no intuito de promover a sua saúde e garantir a segurança dos cuidados.

O SU é um ambiente caracterizado por uma variedade cultural imensa, dado a diversidade de doentes que a ele ocorrem. Assim abordei cada pessoa como um só, singular, com identidade própria, respeitando os seus valores culturais e espirituais. Apesar de a abordagem em contexto de urgência requerer maior rapidez na tomada de decisão, os princípios e valores do indivíduo devem ser considerados e respeitados.

A administração de terapêutica obedeceu a critérios de segurança, não só na preparação como na administração. Dado o ambiente mais caótico do serviço, a probabilidade de erros encontra-se aumentada. Alguns doentes já têm algum défice neurológico ou

encontram-se numa situação de maior susceptibilidade pelo que a preparação e administração de medicação exige para além da adequada preparação, que o doente seja corretamente identificado. Neste SU essa identificação foi sempre realizada através do nome completo, data de nascimento e número de episódio de urgência. Sempre que possível através da identificação pelo próprio utente e nas situações em que tal não era possível, através da pulseira de identificação. A mesma abordagem foi utilizada para a realização de todos os procedimentos.

A privacidade do doente foi respeitada e a confidencialidade dos dados foi mantida. Como elemento dinamizador dos Sistemas de Informação em Enfermagem, procurei algumas soluções no sentido de agilizar os registos de enfermagem e o processo informático utilizado no SU, no sentido de facilitar a sua utilização por todos os elementos da equipa.

Neste contexto, de maior risco pela pandemia COVID-19, foram insentivados procedimentos de segurança adicionais no sentido de promover a saúde dos utentes e dos profissionais. A necessidade de prevenção de infeção e de contaminação obrigou a cuidados acrescidos. Como estagiária e já envolvida no projeto de definição de circuitos para o doente COVID positivo ou suspeito, acompanhei de perto todos os elementos da equipa colaborando em práticas mais seguras e eficazes.

No domínio desta competência pude intervir em áreas emergentes para o serviço, ao nível da criação de circuitos para o doente COVID-19, ao nível do processo de enfermagem e da proteção de pertences dos doentes (cf. Anexos V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII e XIII).

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.

- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747-4748).

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

O meu percurso caracterizou-se por uma postura de colaboração para com a equipa e enfermeira gestora, aceitei as tarefas que me foram delegadas e procurei aceitar os desafios lançados com o desenvolvimento de atividades propostas.

O ensino teórico permitiu-me a aquisição de um vasto leque de conhecimentos em diferentes áreas que apoiaram a minha prática, permitindo um envolvimento total e

responsável nas decisões em equipa. A auto-reflexão e a análise racional consciente permitiu-me uma prática com qualificação profissional na assistência ao doente.

A prática reflexiva assumiu particular importância ao nível da minha aprendizagem, com impacto no desenvolvimento da minha autonomia profissional e crítica, permitindo-me ser autoconsciente e prestar melhores cuidados na minha prática. A incorporação da componente teórica e a sua interação com a prática culminou num desenvolvimento profissional superior e numa prestação de cuidados efetiva e de maior qualidade.

A tomada de decisão constitui uma das ferramentas essenciais à enfermagem e procurei desenvolver este processo com a maior efetividade. Decidir e tomar decisões, essencialmente num SU, em que este processo deve ser rápido, tornam-se essenciais, requerendo planeamento, negociação e capacidade de liderança, requerendo habilidades e conhecimentos teóricos. O SU exige uma tomada de decisão rápida e muitas vezes imediata, face a doentes gravemente doentes com instabilidade hemodinâmica ou em risco de falência multiorgânica (Ferreira et al., 2020). Apenas uma base sólida de conhecimentos científicos permite uma tomada de decisão racional e profissionalmente responsável na assistência ao doente.

O SU já tem implementado um Sistema de Informação em Enfermagem, que utilizei durante a prestação dos cuidados ao doente, desde a avaliação inicial à identificação de necessidades e problemas à elaboração de focos de atenção e intervenções de enfermagem. Em SU o módulo de registos ainda não se encontra completamente implementado, havendo recurso a fichas de urgência e registos manuais ou registos informáticos. Realizei um levantamento de algumas necessidades que podem facilitar a completa implementação pela equipa, transmiti a informação ao enfermeiro responsável pela parametrização e procedi à formação da equipa com atualização do guia de apoio (cf. Anexos IX, X, XI, XII e XIII).

O encaminhamento dos doentes pode ser realizado para as especialidades de Clínica Geral, Cirurgia ou Medicina, podendo ser admitidas crianças ou adultos. No posto de triagem tentei realizar a melhor abordagem possível de cada doente, através de uma escuta ativa e de uma observação detalhada que me permitisse orientar os doentes para a especialidade mais adequada para a melhor resposta possível. Neste sentido, procurei, também durante todo o estágio articular-me com toda a equipa, reconhecendo falhas e limitações e solicitando apoio sempre que necessário para uma correta e eficaz resposta, com segurança, qualidade e efetividade.

Em sala de emergência recorri a todo o portfólio teórico adquirido no sentido de dar a melhor resposta ao doente crítico gravemente doente, implementando a melhor evidência

científica possível e respeitando os protocolos implementados. Participei na tomada de decisão em equipa e assumi o papel de *team* líder sempre que me foi possível.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A enfermeira gestora assume as funções de gestão do serviço, no entanto, muitas vezes delegou funções que eu assumi com a maior seriedade. A gestão de um serviço de urgência reveste-se de enorme complexidade num SU, essencialmente numa fase em que o SU se vê obrigado a dividir-se para garantir as condições de segurança e de prevenção de infeção exigidas pela pandemia COVID-19.

A alocação de novos elementos no serviço foi um desafio, alguns sem experiência profissional, outros sem experiência num SU. No entanto procurei participar na rápida e efetiva integração destes elementos, acompanhando-os nas atividades desenvolvidas e prestando todos os esclarecimentos necessários para uma rápida resposta às exigências e elaborei um procedimento interno que serviu de apoio à definição de funções por posto/área de trabalho (cf. Anexo III).

Relativamente aos recursos materiais colaborei sempre na gestão dos mesmos, na minha prática, realizando uma utilização responsável evitando desperdícios e junto da enfermeira gestora, na gestões dos stocks. Desde a fase inicial do EC colaborei na gestão, com a contagem do material, previsão do consumo, realização de encomendas, recepção e armazenamento do material.

Apesar de não ter sido considerada oportuna a criação de um stock avançado neste momento, como sugeri no início do EC, procedi ao levantamento do material disponível e à atualização da lista de material disponível, com os respetivos códigos. Para além disto defini os stocks mínimos e máximos, com base nos consumos verificados e afluência ao serviço, criando uma lista que pode ser utilizada à posteriori num momento mais oportuno para a criação do stock avançado (cf. Anexo IV).

Em diversos momentos foi necessária negociação com o armazém, dado ser um momento para a instituição de consumos superiores aos habituais, o que conduziu a alguma

escassez de recursos. Desta forma a negociação com o armazém revelou-se fundamental para garantir recursos materiais adequados em quantidade e qualidade. Uma das minhas maiores preocupações foi garantir EPI's em quantidade adequada para que os enfermeiros pudessem ter as condições de segurança necessárias para prestar cuidados neste momento de pandemia. Durante o EC sempre conseguimos garantir os mesmos, com uma adequada gestão e racionalização.

Para uma abordagem completa, com envolvimento total da equipa, foi necessário desenvolver competências de liderança. Procurei identificar as características particulares de cada profissional e respeitar a sua identidade, estive próxima de toda a equipa e disponível para melhorar protocolos e procedimentos, o que conduziu a uma maior visibilidade no seio da equipa que me encarou como um elemento dinamizador nas atividades e frequentemente me procurou para esclarecer dúvidas e para desenvolver novos projetos.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749-4750).

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

O doente tem crenças, valores, medos, receios, uma identidade própria que influencia a sua atitude e resposta no processo de doença. Nesta linha, também os profissionais de saúde têm identidade que instiga determinada postura. A capacidade de ouvir e perceber os outros facilita a relação interpessoal e agiliza as relações, diminuiu os conflitos interpessoais e reações emocionais excessivas.

Durante o EC conservei esta postura e procurei desenvolvê-la, evitando julgamentos e explorando a individualidade dos doentes e dos profissionais, o que me permitiu estabelecer um ambiente facilitador de relações de empatia com ganhos no meu desempenho, no desempenho da equipa e do tratamento do doente.

Situações de doença ou de risco de vida tendem a provocar reações emocionais excessivas, sentimentos de revolta, negação ou mesmo agressividade. Compreender estas reações e demonstrar essa mesma compreensão agilizou as reações. O doente, em sofrimento ou risco de vida e sua família merecem ser compreendidos e têm o direito a manifestar as suas preocupações ou emoções. A relação assertiva e empática favoreceu

competências comunicacionais adaptadas à situação e facilitou o processo de ajuda ao doente, família e equipa multidisciplinar.

Em situações de maior hostilidade ou agressividade tentei mediar, calmamente as reações, procurando expressar a minha preocupação e compreensão e fornecendo informações que ajudaram no estabelecimento de uma relação forte e de confiança.

Em situações de maior stress dirigi a minha conduta no sentido de manter a calma e o pensamento assertivo, reflexivo e crítico. O carácter urgente e emergente da maioria das situações num SU obrigam a tomadas de decisão rápidas, no entanto, procurei utilizar todos os conhecimentos teóricos adquiridos e experiência profissional nessas tomadas de decisão no sentido de ser eficaz e eficiente e não causar mais stress ou qualquer dano.

No percurso de enfermagem a formação e o desenvolvimento de competências são contínuas durante o processo de aprendizagem. O EC constituiu um ambiente rico de oportunidades para desenvolver estas aprendizagens, que eu aproveitei e explorei, contribuindo com bases teóricas científicas. Procurei compreender os diferentes casos clínicos com que tive contacto através de pesquisa e reflexão crítica de forma a desenvolver habilidades e competências na assistência à PSC.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4750).

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A minha prática e tomada de decisão baseou-se num pensamento reflexivo, em conhecimentos científicos e em habilidades profissionais.

No início do EC identifiquei algumas necessidades de formação no serviço, tendo sido propostas três formações em serviço, que foram anunciadas à equipa que se mostrou bastante colaborante nas mesmas.

Para realizar as formações procurei realizar apresentações com base em sólidos conhecimentos teóricos, adquiridos em contexto do ensino teórico e na pesquisa em bases de dados científicas. Procurei também seguir as recomendações da DGS e as normas do centro hospitalar, para que pudessemos desenvolver uma prática atual e adequada.

As formações decorreram num momento definido, no entanto, acompanhei a equipa no decorrer do EC, em contexto prático, no sentido de esclarecer dúvidas, agilizar procedimentos e desenvolver melhores práticas. Posso afirmar que senti apoio da equipa, que frequentemente me abordou como enfermeira estagiária, procurando novos saberes, desenvolvimento profissional e o desenvolvimento de competências e habilidades.

A minha postura distinguiu-se pelo interesse formativo com a proposta de formação e criação de novos procedimentos para contribuir para melhores práticas no SU, que me permitiram um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional a um nível mais elevado (cf. Anexos III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV e XVI). As competências adquiridas permitiram uma abordagem do doente e família em situação crítica e uma prática de maior qualidade.

O crescimento pessoal e profissional proporcionado por este percurso revelou-se na aquisição e desenvolvimento de competências que me permitiram saber agir na prestação de cuidados ao doente/família em estado crítico, em situação de urgência ou emergência, promovendo a segurança e a qualidade dos procedimentos realizados, assentes num vasto leque de conhecimentos científicos válidos e atualizados.

Este campo de estágio agilizou uma prática clínica baseada em evidência científica, dado que a equipa mostrou enorme interesse de aprendizagem e de desenvolvimento de novas intervenções e a receptividade demonstrada com as formações e procedimentos elaborados agilizou a aquisição de novas competências.

As situações complexas e de imprevisibilidade favoreceram os processos de tomada de decisão, de estabelecimento de prioridades, de atuação sob pressão e de gestão de cuidados, com base nas responsabilidades éticas, deontológicas e sociais, baseadas em evidências científicas.

Assim, de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
- Suporta a prática clínica em evidência científica.

- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4750).

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

O enfermeiro do SU presta cuidados a uma vasta diversidade populacional, neste caso, adultos e crianças, com múltiplas patologias e quadros clínicos, o que requer competências técnicas e humanas e conhecimentos científicos atualizados e efetivos.

Durante o EC demonstrei particular interesse na abordagem do doente crítico, na sua atempada identificação e na resposta mais rápida e adequada possível. Desenvolvi intervenções nas várias áreas de trabalho e procurei sempre fazer parte da equipa de emergência. As minhas experiências com doente crítico foram significativamente diferentes e senti-me uma profissional mais capaz e mais perspicaz. O ensino teórico forneceu-me conhecimentos que me permitiram um envolvimento mais responsável na abordagem do doente crítico, reduzindo medos ou inseguranças.

Situações de emergência ou de risco de vida geram um stress adicional, requerendo uma capacidade de resposta rápida. Procurei gerir o stress, refletir sobre as ações e incorporar na minha intervenção as competências teóricas e práticas adquiridas.

Para além desta abordagem, mantive observação atenta do doente crítico no sentido de identificar precocemente complicações no decurso dos tratamentos ou terapêuticas instituídas, mantendo uma monitorização e vigilância hemodinâmica contínua.

Cada doente e família tem uma resposta individual ao processo de doença, muitas vezes inflênciado por valores, crenças, vivências e conhecimentos. A minha abordagem baseou-se na premissa do respeito pelo doente e pelo seu estado de doença/saúde. Mantive uma comunicação assertiva com o doente e família, identificando dúvidas e fornecendo esclarecimentos que permitissem uma melhor gestão das emoções. Esta comunicação envolveu ainda a prestação de todos os esclarecimentos acerca da terapêutica e procedimentos instituídos, respeitando a dor e o sofrimento causado pelo estado clínico.

Perante a pandemia COVID-19, uma das alterações foi a restrição de acompanhantes no SU, pelo que tentei fornecer apoio adicional ao doente e fornecer informações à família sempre que possível, limitando este distanciamento causado pelas medidas de controlo de infeção e contaminação.

No seio da equipa multidisciplinar implementei a metodologia ISBAR na transmissão de informação, ferramenta simples de utilizar e que se revelou extremamente útil na passagem de informação relativa ao doente, favorecendo a continuidade de cuidados.

A dor é uma característica comum à maioria dos doentes que recorrem ao SU, causando sofrimento ou incapacidades, sendo por vezes subjetiva de avaliar, dado que o doente nem

sempre está consciente e/ou capaz de transmitir essa informação. Nesse sentido procurei sempre avaliar a dor objetivamente em todos os doentes, sempre que era possível, e instituir medidas de controlo/redução da mesma, utilizando a terapêutica prescrita ou outras medidas de conforto como posicionamentos ou aplicação de gelo. No doente incapaz de comunicar procurei queixas subjetivas como choro, gemido, agitação, movimentos corporais ou mesmo alterações fisiológicas, como sudação e taquicardia.

O processo de morte e de luto é também um acontecimento frequente no SU, e a pandemia veio aumentar a sua frequência. Assim ao doente ofereci o conforto que era possível mediante a sua situação clínica e estado hemodinâmico, procurando envolver a família sempre que permitido, fornecendo informação objetiva e clara e favorecendo a sua presença física se o serviço permitisse, garantindo as medidas de prevenção de infeção.

Assim, de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista da EMC na área da PSC cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19363).

E2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

O SU ainda não tem um Plano de Catástrofe instituído e desta forma sugeri a criação do mesmo, mas não foi considerado o momento oportuno pela situação causada pela pandemia COVID-19.

De facto as catástrofes podem ser ambientais, estruturais e neste momento particular o SU deparava-se com uma situação de catástrofe decorrente da evolução pandémica em curso.

O serviço teve que ser complementamente re-estruturado para dar resposta à elevada afluência de doentes através de dois circuitos diferentes no sentido de conter o surto e controlar a infeção e contaminação.

Esta tarefa assumiu elevada complexidade e foi um desafio estimulante. A afluência crescente de doentes à urgência COVID-19 obrigou à ocupação de espaços por etapas, de acordo com as necessidades. Os espaços tiveram que ser rapidamente preparados com alterações estruturais e alocação de dispositivos médicos que permitissem uma adequada resposta.

O meu envolvimento foi total, sendo que logo no início do EC foi identificada a necessidade de definir os percursos, tendo sido estudadas várias alternativas até à definição final e passou pelo estabelecimento de circuitos desde o SU até ao serviço de internamento COVID, Imagiologia e Morgue. Foi rapidamente e urgentemente preparada uma formação em serviço para os colaboradores, que teve continuidade com formação diária e acompanhamento contínuo nos vários procedimentos (cf. Anexos V, VI e VII).

A escassez de recursos era uma preocupação para o serviço, principalmente no que dizia respeito a EPI's dado o consumo elevado, e geradora de stress nos profissionais de saúde. Foram mobilizados recursos humanos para o serviço que foram devidamente acompanhados para agilizar a integração. Os recursos materiais foram calculados e previstos e apesar de em determinados momentos ter que ter existido alguma insistência e negociação com o armazém, sempre existiram em quantidade suficiente para a adequada proteção e prestação de cuidados.

Apesar de não me ter sido permitido o desenvolvimento do Plano de Catástrofe que era um objetivo meu, definido para enriquecer o meu desempenho, pude participar ativamente em toda esta dinâmica de avaliação, previsão e gestão da situação de contingência que o SU se encontrava a atravessar.

Para além desta, investi em aprofundar os meus conhecimentos acerca do PEI do SU, estudando os procedimentos em situação de emergência interna, que me permitem, agora, estar mais bem preparada para o caso de uma situação real se verificar.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.
- Planeia resposta à situação de catástrofe.
- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19363-19364).

E3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As IACS contribuem para o aumento da mortalidade, morbilidade e do tempo de hospitalização, traduzido num aumento do custo financeiro associado aos cuidados de saúde.

Num SU este tema assume extrema importância e os esforços exigem que os cuidados sejam instigados dada a natureza urgente e emergente de grande parte dos doentes e da necessidade de resposta rápida que pode comprometer os procedimentos no controlo de infeção.

Durante o EC adoptei uma postura de tolerância zero e reuni esforços para potenciar a resposta do serviço face às ameaças. Os procedimentos realizados seguiram as orientações do GCL-PPCIRA e as orientações da DGS.

O doente crítico e emergente, muitas vezes com instabilidade hemodinâmica carece de procedimentos invasivos e não invasivos que aumentam o risco de infeção. A minha abordagem seguiu as orientações de controlo de infeção, mesmo em situação de emergência em que é exigida uma rápida resposta, em procedimentos simples e complexos, desde a lavagem das mãos, cateterismo venoso periférico e arterial, cateterismo vesical à paracentese, toracocentese e controlo de via aérea/ventilação. Em todos os momentos procurei desenvolver boas práticas de controlo de infeção e instigar essa política no serviço.

Neste momento particular o risco de infeção e contaminação encontrava-se especialmente potenciado pela pandemia COVID-19 e pela afluência aumentada de doentes ao SU. Aliadas às alterações ao nível da estrutura e circuitos e à recepção de novos elementos no serviço, levantaram uma preocupação adicional neste âmbito. Assim, logo no início do estágio desempenhei intervenções no sentido de controlar a infeção e contaminação no serviço, através de pesquisa contínua das normas emanadas pela DGS e pelo GCL-PPCIRA

e de literatura científica que apoiasse melhores práticas. A formação em serviço foi uma constante e acompanhei o cumprimento dos procedimentos diariamente junto dos profissionais de saúde.

A minha intervenção foi ilimitada e procurei apoiar a equipa neste momento mais vulnerável, incorporando medidas de prevenção de infeção para o doente e para o profissional de saúde e de prevenção da contaminação do SU (cf. Anexos V, VI e VII).

Desta forma, de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC cumpri os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a p. 19364).

Parte II - Estágio em contexto de Cuidados Intensivos

4. Competências específicas adquiridas

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, (...). A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

A educação permanente permite refletir sobre a realidade da saúde e dos serviços e o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo com novas formas de pensar e agir que permitem revolucionar os processos de trabalho (Campos et al., 2017). O processo de transformação individual que concede a transformação de conteúdos mais simbólicos em conteúdos mais complexos representa o desenvolvimento de competências (Marinho-Araújo & Almeida, 2016). De acordo com os mesmos, as competências exigem um domínio de conhecimentos científicos e tecnológicos, concedendo capacidade e habilidade para determinadas atividades profissionais, permitindo ao profissional avançar do “saber fazer” ao desenvolvimento de operações cognitivas complexas que mobilizem conhecimentos científicos, habilidades e atitudes.

Assim, a realização do EC em UCIP contribuiu para a incorporação de todos os conhecimentos adquiridos e aprendidos na prática clínica e o desenvolvimento das várias competências comuns ao enfermeiro especialista.

De acordo com a OE, as competências comuns do enfermeiro especialista são:

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
2. Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade:

1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
2. Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C – Domínio da gestão dos cuidados:

1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
2. Reconhece a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) define o enfermeiro especialista como o enfermeiro, que considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, revela pensamento crítico, análise reflexiva e tomada de decisão, dispondo de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem que se reflete em competências especializadas em determinado domínio de intervenção.

Para além das competências comuns, foram ainda adquiridas e desenvolvidas várias competências específicas na área de especialidade em EMC na área de PSC:

E1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

E2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

E3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 439/2018, 2018a, p. 19360).

A articulação entre a educação permanente e a realidade dos serviços implica co-responsabilidade, aumento da qualidade e desenvolvimento da aprendizagem nas práticas clínicas, surgindo o EC como uma oportunidade para desenvolver conhecimentos e transformações que garantam melhores práticas (Campos et al., 2017).

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Os princípios éticos e deontológicos estiveram na base da minha intervenção ao longo do EC, regulada pelos princípios da Moral e do Direito, com respeito pela profissão e pelos

direitos dos doentes. De acordo com a OE (2015a) são estas normas que orientam as boas práticas da profissão.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, esta competência pressupõe um corpo de conhecimentos ético-deontológicos, o exercício profissional seguro e ético, que deve obedecer aos princípios éticos e deontológicos e respeitar os direitos humanos e profissionais (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os enfermeiros regem-se pelo CDE, que define os princípios gerais que regulam a profissão de enfermagem e que define os direitos e deveres do enfermeiro no exercício da sua prática. 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 representam valores universais a considerar nas intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), e o enfermeiro especialista desenvolve a sua prática profissional orientada pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

De acordo com o CDE o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e família e respeita, defende e promove o direito da pessoa ao consentimento informado (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Em contexto de medicina intensiva, a maioria dos doentes encontra-se em perigo de vida e com alteração do estado de consciência, pelo que, desta forma, não é possível obter o consentimento informado pela sua condição clínica, pressupondo-se a existência do consentimento presumido nestas situações e em casos de urgência em que a não intervenção pode criar riscos comprovados para o próprio, como nos refere os artigos 39.º e 156.º do Código Penal (Decreto Lei n.º 48/95, Diário da República, 1995). A vontade prévia do doente deve ser conhecida e caso não existam DAV, em forma de testamento vital, e o doente não nos ter conseguido demonstrar a sua vontade, a família revela-se uma importante parceira.

Durante a prática de enfermagem, a tomada de decisão representa o processo que orienta o exercício autónomo de enfermagem, permitindo a implementação na prática de todos os conhecimentos adquiridos no seu estudo e investigação e o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas com o doente. Este, em conjunto com a sua família, tem o direito de ser envolvido, se assim o desejar e o enfermeiro deve respeitar esse direito.

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE conjuntura a tomada de decisão como um processo sistematizado, em que se identificam as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa, família ou comunidade, definindo as intervenções para com o problema(s) ou necessidade(s) identificada(os) (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A educação contínua desenvolve o pensamento crítico, dependendo do envolvimento dos profissionais e educação contínua. Pensar criticamente em enfermagem permite o desenvolvimento de habilidades e da capacidade de tomar decisões mais adequadas em relação às intervenções autónomas e interdependentes (Campos et al., 2017).

De acordo com Leal et al. (2018) a aprendizagem e o desenvolvimento de competências clínicas tais como a postura, cuidados ao doente, conhecimento teórico-prático e raciocínio clínico, liderança e tomada de decisão, comunicação, gestão de recursos humanos e materiais, relacionamento interpessoal e trabalho em equipa, relacionam-se diretamente com a formação. Em Medicina Intensiva a incorporação dos melhores conhecimentos na prática, orientada pelos direitos e deveres do doente e pelo CDE garante uma prática profissional ética, segura e de qualidade.

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Enfermagem, como profissão autorregulada, possui definidos, quer ao nível do CDE, quer do REPE, os princípios éticos e deontológicos que alicerçam o seu exercício. Tanto no que se refere à enfermagem generalista, como à enfermagem especializada, estes dois documentos legais são fundamentais para o exercício e boa prática da profissão.

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ministério da Saúde, Lei n.º 161/96, 1996, p. 2960).

O CDE e o REPE são documentos fundamentais ao exercício da profissão, definindo os princípios éticos e deontológicos que regulam a enfermagem e as boas práticas.

A responsabilidade ética relacionada com a prestação de cuidados ao doente crítico motiva conflito ético (Mealer & Moss, 2016), como acontece em contexto de Medicina Intensiva. Diariamente, o enfermeiro vê-se confrontado com os direitos, deveres e o respeito pela pessoa doente, quer em contexto de prestação de cuidados, quer nas relações multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica.

O enfermeiro tem o dever de manter o sigilo profissional e respeitar as preferências, valores, costumes e crenças dos doentes e os doentes têm direito à privacidade e confidencialidade. O doente e família devem ser envolvidos no processo em articulação com a equipa multidisciplinar e os valores humanos e dignidade da pessoa devem ser preservados.

Os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia regem a conduta do enfermeiro e devem estar presentes na sua conduta profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O enfermeiro deve respeitar a privacidade e intimidade da pessoa e os sentimentos de pudor e interioridade, de forma a proteger a sua vida privada e da sua família, que pode ser facilitado pela moderação do tom de voz nos diálogos, utilização de cortinas e biombos, entre outras medidas que salvaguardem a intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Os princípios, valores e normas deontológicas, a proteção dos Direitos Humanos e o CDE, orientaram a minha conduta, permitindo uma prática de cuidados assente na segurança, privacidade e dignidade do doente/família.

De acordo com o CDE, o enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 91). Assim o enfermeiro deve refletir toda a sua prática clínica, desenvolver auto-reflexão, a sua capacidade de tomada de decisão e orientar-se pelos direitos e deveres e pelo CDE, de forma a atingir a excelência e a qualidade da sua prática profissional.

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

No quotidiano das instituições de saúde a temática da qualidade dos cuidados é onnipresente. A Ordem dos Enfermeiros (2015b), ao redigir as orientações na forma de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, objetiva o desenvolvimento e implementação de ferramentas que promovam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das instituições de saúde. Reforça o caráter multidisciplinar na procura da qualidade em saúde, sendo que a sua obtenção não é exclusivamente dependente da ação do enfermeiro, mas é de vital importância o exercício profissional e o esforço do enfermeiro.

A qualidade em saúde deve ser entendida como um instrumento de gestão indispensável para medir e orientar esforços, voltado para alcançar a excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Todas as pessoas são dignas de respeito e consideração e quando se encontram numa situação de maior vulnerabilidade e fragilidade em contexto de doença, como acontece na UCIP, exigem ao enfermeiro um maior empenho na prevenção e tratamento da doença e na promoção da sua saúde.

O despacho n.º 5613/2015 define a estratégia nacional para a qualidade na saúde como uma “estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores da responsabilidade e transparência (...), pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde (...), a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas, da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.” (Portugal, Despacho n.º 5613/2015, Diário da República, 2015, p. 13550-13551).

A qualidade e a segurança são uma obrigação ética, contribuindo decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados, devendo ser contínua e envolver todos os intervenientes no processo. A necessidade de reunir dados epidemiológicos que permitissem evidenciar a qualidade dos cuidados prestados já remonta aos primórdios da profissão, com Florence Nightingale, no século XIX.

O enfermeiro, deve orientar a sua prática incorporando conhecimentos científicos válidos, recentes e adaptados às situações com empenho na prevenção e tratamento da doença e na promoção da saúde dos indivíduos, deve ser um agente ativo no seio da equipa e estar desperto à identificação de lacunas, necessidades de melhoria e ao desenvolvimento de projetos que promovam boas práticas.

Desde o início da minha formação e no decurso de todo o meu percurso profissional a garantia da qualidade é um tema premente e tento dirigir a minha prática no sentido de otimizar, melhorar e aperfeiçoar a qualidade das minhas práticas. A identificação de lacunas ou necessidades de melhoria, também é uma característica que me tem acompanhado, no sentido de desenvolver programas e estratégias que permitam e garantam a melhor qualidade dos cuidados prestados ao doente.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

O Plano Nacional para a qualidade na Saúde preocupa-se com a qualidade e segurança do doente, promovendo processos de melhoria contínua para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Apoiada neste plano, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde objetiva a equidade, efetividade, eficiência, acesso, segurança, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo indivíduo, família e comunidade.

Em UCIP o doente crítico encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade, gravemente doente e com instabilidade hemodinâmica que muitas vezes coloca a sua vida em risco, sendo fundamental a implementação de estratégias que defendam e promovam uma cultura de segurança e qualidade. É um serviço polivalente que dá resposta às mais variadas patologias exigindo alto nível de conhecimentos, destreza e habilidades para que seja assegurada a qualidade das intervenções.

Segundo Ribeiro et al. (2017), a saúde é uma área dinâmica e progressiva e a melhoria é um processo contínuo que envolve a equipa multidisciplinar. As necessidades de desenvolvimento são uma constante permitindo o acompanhamento dos avanços científicos e a concretização dos padrões de qualidade.

Os enfermeiros regem a sua prática de forma tendencialmente congruente com os padrões de qualidade, valorizando mais frequentemente as dimensões da responsabilidade e rigor e prevenção de complicações, sendo as atividades inerentes às dimensões promoção da saúde, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional, as menos executadas (Ribeiro et al., 2017).

A UCIP fornece uma visão diferente, dado que se verifica uma enorme preocupação com as dimensões da responsabilidade e rigor e prevenção de complicações no tratamento do doente crítico e com instabilidade hemodinâmica, no entanto, as restantes dimensões são igualmente valorizadas e desde o primeiro dia de internamento. Para além de ver a doença e a instabilidade, a preocupação com o bem-estar do doente, autocuidado, promoção da sua saúde e a reabilitação funcional são uma constante no dia-a-dia durante a prestação de cuidados ao doente crítico, no sentido de abordá-lo na sua totalidade e globalidade e de promover a restituição de todas as suas potencialidades e funcionalidades o mais precocemente possível.

O centro hospitalar é acreditado pela JCI que tem como missão melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados na comunidade internacional, através da oferta de educação, publicações, consultadoria e serviços de avaliação (Joint Commission International, 2014). Como tal, a UCIP dispõe de padrões de atuação para as boas práticas nos cuidados de saúde. O serviço de UCIP tem protocolados vários procedimentos e intervenções específicas, que contribuem para a uniformização dos cuidados, melhoria da segurança e da qualidade da prestação de cuidados.

Enquanto futura enfermeira especialista, reconheci a importância na colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e das boas práticas de enfermagem. A enfermeira tutora desempenhou um papel essencial, orientando-me sempre que possível na

consulta dos protocolos e no meu desempenho profissional, com base nas normas de boas práticas no âmbito da qualidade.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Os cuidados de saúde inspiram-se na cultura de segurança do doente, representando um pilar no qual a prestação de cuidados assenta (Kear & Ulrich, 2015). Procedimentos seguros e adequados às necessidades dos doentes devem orientar a prática dos profissionais de enfermagem.

Os doentes internados na UCIP têm uma prescrição terapêutica própria, realizada no diário clínico e atualizada diariamente pelos médicos assistentes. É frequente terem vários fármacos em perfusão e como a prescrição é realizada de forma manual no diário e transcrita, manualmente pelo enfermeiro responsável pelo doente para a folha de enfermagem, pode criar aqui uma oportunidade de erro acrescida. Torna-se imperativo mover todos os esforços no sentido de evitar erros e manter a segurança na utilização de medicação.

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (Portugal, 2015), devem ser desenvolvidas normas, sistemas de informação e práticas seguras na administração de medicação. A informatização do processo ainda não está completamente implementada na UCIP e apesar de o serviço dispor de dois sistemas de informação: *SClínico* e *Glintt* todo o processo desde a prescrição à administração de medicação obedece a registos manuais. A informatização do processo certamente seria uma mais valia para a unidade, objetivando os registos de enfermagem e diminuindo a oportunidade de erro, facilitada pela transcrição repetida das prescrições.

O ambiente stressante numa UCIP, a gravidade do estado crítico em que o doente se encontra e a necessidade de uma abordagem muitas vezes rápida e dirigida pode aumentar a oportunidade de erro, sendo da responsabilidade dos profissionais e das instituições moverem todos os esforços para prevenir a sua ocorrência.

O doente tem o direito a cuidados de qualidade e a segurança é um alicerce fundamental à sua efetividade (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A segurança é um fator essencial para a credibilidade dos cidadãos no sistema de saúde e no SNS em particular (Faria et al., 2014; Araújo et al., 2016).

De acordo com OE (2017a, p. 12), “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Portanto, a reflexão sobre a segurança e qualidade permitem uma adequada gestão do risco no serviço e a criação de mecanismos e estratégias que permitam criar um ambiente terapêutico seguro e uma prática de qualidade.

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

No domínio da competência da gestão dos cuidados, prevê-se uma optimização da resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional através de uma adequada gestão adequada dos cuidados, de forma a garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O processo de enfermagem na unidade não está informatizado, havendo recurso às folhas de registo de enfermagem para efetuar todos os registos e programar todas as intervenções. Nestas, existe um campo que permite selecionar diagnósticos/focos de atenção, que orientam e permitem planear as intervenções, nas quais se deve concentrar a atenção por parte do enfermeiro.

Na UCIP 2, a gestão dos recursos compete ao enfermeiro responsável que por norma, é um enfermeiro especialista ou o enfermeiro com mais experiência, saberes e competências na equipa ao nível da prestação de cuidados em cuidados intensivos, adaptando e liderando a gestão dos recursos às situações e ao contexto, tendo em vista a otimização da qualidade dos cuidados, sendo um cuidado do enfermeiro chefe escalar pelo menos um enfermeiro com mais experiência por cada turno. Neste domínio de competência, o enfermeiro especialista deve otimizar a resposta da equipa de enfermagem, articulando essa gestão no seio da equipa multiprofissional.

Durante o EC acompanhei a minha enfermeira tutora no desempenho destas funções, sendo várias as tarefas de gestão para um adequado funcionamento do serviço. A distribuição de doentes na UCIP 2 é assumida pelo enfermeiro responsável de turno, que, habitualmente obedece ao critério de continuidade de cuidados, permitindo, sempre que possível que os enfermeiros prestem cuidados aos mesmos doentes.

No âmbito da gestão de cuidados, na UCIP é utilizada a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que se tem revelado uma ferramenta útil na correlação com a gravidade da doença e na medida do volume de trabalho, dado que classifica os doentes de acordo com o número de intervenções terapêuticas, fornecendo um *score* que representa a carga de trabalho (Macedo et al., 2016). Apesar de não estar a ser utilizada como meio para efetuar a distribuição dos doentes. De acordo com a TISS, o número de intervenções

terapêuticas está frequentemente relacionado com a gravidade da condição clínica do doente, pressupondo que a maior gravidade implique maior número de intervenções necessários e maior tempo de cuidados (Mendes-Rodrigues et al., 2017), o que nem sempre é real. Avaliando 28 atividades, diariamente, permite obter um perfil evolutivo do doente, sendo fácil de utilizar.

Relativamente à gestão de recursos materiais a unidade dispõe de stock avançado com reposição por níveis, que não se encontra a funcionar na sua plenitude, pois sempre que algum material fosse removido do *stock* deveria ser dada saída do mesmo informaticamente para manter os níveis atualizados, no entanto ainda existem alguns constrangimentos nesta etapa, pelo que semanalmente o aprovisionamento desloca-se ao serviço para contagem de material e levantamento das necessidades de reposição.

Por ser um serviço adaptado, a UCIP 2 dispõe do *stock* de materiais da UCIP 1 e no próprio serviço de um pequeno *stock* para as necessidades diárias, sendo uma atividade do enfermeiro responsável de turno garantir o aprovisionamento do material necessário à prestação de cuidados. O *stock* de medicação é reduzido e diariamente é realizado um levantamento das necessidades de aprovisionamento, sendo realizado pedido no *Glintt* que gera nota de encomenda na farmácia.

De acordo com a OE, a qualidade e a segurança do trabalho desenvolvido dependem da adequada gestão dos enfermeiros, contribuindo para ganhos em saúde, devendo este trabalho ser “reconhecido, validado e certificado pela Ordem” no processo de “desenvolvimento e valorização profissional” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 76/2018, 2018b, p. 3478).

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A gestão de recursos na UCIP é habitualmente desempenhada pelo enfermeiro chefe, podendo este delegar tarefas a outros elementos da equipa de enfermagem, que assumem um papel de extrema responsabilidade na manutenção da segurança e qualidade dos cuidados.

A pandemia COVID-19 obrigou a UCIP a triplicar espaços, com alterações importantes ao nível dos recursos humanos, materiais e de cuidados. A ocupação e adaptação de enfermarias foi um desafio às equipas, tal como a integração de novos elementos.

Os serviços de saúde são constituídos por profissionais que trabalham em cooperação para alcançar objetivos comuns estabelecidos, funcionando em ambientes próprios e

característicos, mobilizam esforços para alcançar cuidados de alta qualidade. A equipa de enfermagem que trabalha na UCIP deve ser detentora de alto nível de conhecimentos, aprofundados no cuidado à PSC capaz de manipular toda a tecnologia envolvente, utilizada para monitorização e tratamento do doente crítico, que é variada e sofisticada, dependendo da patologia ou necessidades de tratamento ou de manutenção de órgãos (Queiroz et al., 2018).

A gestão de cuidados, pelo enfermeiro chefe passa por assegurar que todos os recursos se encontram disponíveis à prestação de cuidados de alta qualidade à PSC. Realiza, também a distribuição dos enfermeiros no início do turno da manhã, e apesar de já ter abordado outras estratégias, neste momento a distribuição é realizada antes da passagem de turno para que o enfermeiro responsável pelo doente possa concentrar toda a sua atenção nos seus doentes. Participa na passagem de turno, realizada à cabeceira do doente e mobiliza esforços diários, com levantamento de necessidades e resolução de problemas. Em cada turno assegura a presença de pelo menos um enfermeiro com mais experiência, o que contribui para um maior apoio à gestão da unidade.

Qualquer prestação de cuidados na unidade requer gestão de cuidados, habitualmente cada enfermeiro fica com dois doentes à sua responsabilidade, podendo ter que colaborar na prestação de cuidados, intervenções ou procedimentos a outros doentes, se a sua situação clínica e/ou hemodinâmica assim o exigir, o que obriga a gerir adequadamente os cuidados de forma a manter ou preservar a assistência e excelência do trabalho desempenhado.

A liderança promove o trabalho em equipa, a confiança, a delegação de funções e a valorização dos liderados, exigindo o desenvolvimento pessoal e profissional para uma liderança eficaz (Silva et al., 2017), que assume um papel fundamental nas relações de confiança na equipa.

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A tomada de decisão em frequentar este curso de Mestrado era extremamente desafiante e complexa, pois envolvia uma necessária adaptação às novas circunstâncias na perspetiva pessoal e profissional. De acordo com o CDE, artigo 88º da excelência do exercício: “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 91).

Existem vários recursos ao nosso dispor no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas próprias experiências e a sua respetiva partilha, as

experiências e conhecimentos de outros profissionais e a disponibilidade/facilidade no acesso a bases de dados científicas como referenciais teóricos justificativos da prática (Makuch & Zagonel, 2017).

O dever de atualização e necessidade de formação persistiu ao longo de todo o meu percurso profissional. O doente tem o direito a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem e eu tenho o dever e a necessidade de formação, de aquisição de conhecimentos científicos válidos e atuais e de desenvolvimento de habilidades e competências que me tornem capaz de desenvolver a minha prática com excelência.

A aquisição de novos saberes e o desenvolvimento de habilidades e competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, permitindo uma maior compreensão da sua dimensão, num ambiente seguro (Campos et al., 2017).

O EC é um momento de grandes desafios que favorecem o desenvolvimento e aperfeiçoamento do profissional. A UCIP é um serviço acreditado pela JCI, com um conjunto de normas institucionais próprias, para além de possuir um vasto portfólio de procedimentos internos no próprio serviço.

A investigação favorece a manutenção e desenvolvimento desta política de qualidade, que representa um tema com o qual existe grande comprometimento por parte da equipa, havendo enorme disponibilidade para o desenvolvimento, o que motivou ainda mais o meu desempenho nos projetos trabalhados.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A prestação de cuidados na UCIP assenta numa política de qualidade, sendo variado o portfólio de normas orientadoras de que a unidade dispõe. A equipa encontra-se envolvida em projetos de melhoria da qualidade, procedem à revisão de protocolos e à elaboração de outros, de acordo com o avanço da tecnologia e dos conhecimentos científicos.

Várias normas institucionais regulam a atividade da equipa e, em conjunto com os procedimentos implementados orientam para atitudes e intervenções específicas que contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O tratamento do doente crítico é complexo e está em constante mudança, exigindo aprendizagem e treino constante. A formação e a aquisição de conhecimentos científicos

recentes assumem particular importância para uma prática com qualidade e a incorporação de conteúdos teóricos científicos atualizados, baseados em evidência científica, garante a excelência dos cuidados (Campos et al., 2017).

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades da PSC e sua família.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, da OE o enfermeiro especialista favorece a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências. De acordo com Makuch & Zagonel (2017) a aquisição de conhecimentos e a formação promovem a autonomia e permitem ao enfermeiro desempenhar um papel ativo no cuidar.

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

O doente crítico carece de uma abordagem multidisciplinar e o enfermeiro especialista como parte integrante desta equipa torna-se fundamental para a monitorização, vigilância, manutenção e recuperação do mesmo.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos e habilidades várias que permitam abordar situações complexas de saúde e a pessoa em situação de doença crítica como um todo e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a).

O meu percurso profissional tem-se desenvolvido na área da urgência/emergência, sendo comum a instabilidade/risco de instabilidade orgânica e hemodinâmica do doente crítico que habitualmente abordo. A UCIP partilha esta característica comum com o serviço de urgência, no entanto oferece a oportunidade de evoluir no campo de intervenção de enfermagem, permitindo uma atuação mais extensa e holística. O tempo de contacto com o doente é prolongado e contínuo, requerendo competências na estabilização das funções vitais afetadas, mas também na recuperação e reabilitação a longo prazo.

A UCIP caracteriza-se por ser um ambiente altamente tecnológico, permitindo-me refletir que a atualização de conhecimentos e uma intervenção humanizada são fulcrais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, como nos refere o CDE no artigo 88º, no qual o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 91).

O doente crítico e/ou em falência orgânica, a viver um processo agudo/crónico de doença apresenta necessidades reais exigindo adequada e permanente vigilância hemodinâmica e ventilatória. O trabalho do enfermeiro passa também, por envolver o doente e família no seu processo de saúde/doença informando, educando e agilizando o processo de tomada de decisão. A comunicação permite criar uma ligação com a pessoa em risco de vida e atenuar medos e receios, tal como apoiar esta tomada de decisão devidamente informada.

De acordo com a DGS (2017b) a transição de cuidados representa o momento em que existe a transferência da responsabilidade dos cuidados entre os profissionais de forma a garantir a sua continuidade, devendo ser objetiva, cuidada e precisa. A mnemónica ISBAR é uma ferramenta simples que auxilia a transmissão de informação complexa de forma completa, inequívoca e integral e a ser facilmente percebida pelo recetor (Direção-Geral da Saúde, 2017b), podendo ser adoptada não só nas transferências de serviço, mas também durante a passagem de turno.

Em UCIP a comunicação de más notícias é uma temática real, estando habitualmente relacionada com situações de grande stress quer nos profissionais como no doente crítico e família, devendo ser verdadeira, objetiva e clara (Fontes et al., 2017).

O enfermeiro representa um apoio fundamental no processo de recuperação do doente crítico e no apoio à família durante o decurso da situação clínica, sendo essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica durante o processo de tratamento e recuperação.

E2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Em situação de emergência é fundamental uma resposta calma, objetiva e estruturada que permita satisfazer, de forma ordenada, todas as necessidades afetadas, gerir os recursos e restabelecer a normalidade.

“A Emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 361/2015, 2015b, p.17241).

Catástrofe é “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente

as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 361/2015, 2015b, p.17240).

De acordo com Veenema et al. (2017) as catástrofes representam eventos cada vez mais frequentes e complexos, desde as doenças infecciosas, aos conflitos humanos e às alterações climáticas. E os enfermeiros constituem um importante recurso na resolução de problemáticas em situação de catástrofe, por serem detentores de conhecimentos e habilidades essenciais.

Uma catástrofe está normalmente relacionada com experiências de dor e sofrimento, representando um evento traumático que transforma a realidade tal como a conhecemos (Vertzman & Romão-Dias, 2020). No início do meu EC, iniciei funções numa UCIP criada e adaptada para dar resposta a uma situação de catástrofe para o SNS e de verdadeira contingência, devido à pandemia COVID-19.

Os enfermeiros são reconhecidos como líderes, com capacidade para desenvolver uma resposta a situações de crise (Veenema et al., 2017).

E3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19364), esta competência permite responder de forma rápida e eficaz ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos”.

A Direção-Geral da Saúde (2017a) tem demonstrado preocupação com as IACS e com o aumento da RAM, por se encontrarem intimamente ligadas ao aumento da morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e complicações no estado clínico do doente crítico.

O GCL-PPCIRA, na UCIP tem implementadas várias medidas para prevenção e controle de IACS e da RAM. No serviço existe um procedimento interno desenvolvido pelos profissionais de enfermagem que vai de encontro às recomendações da DGS, que passa pela monitorização dos procedimentos invasivos realizados ao doente crítico e podem constituir

ameça/risco de infecção. São eles a entubação orotraqueal, a ventilação mecânica, o cateterismo venoso central e o cateterismo vesical.

No entanto é função do enfermeiro especialista que assiste o doente crítico garantir a efetivação destas políticas e garantir a sua monitorização e eficácia. No momento da admissão, após observação e colheita de dados é realizado registo no modelo institucional destes procedimentos, se os mesmos foram realizados à PSC, colocando data de início da intervenção. Quando algum destes procedimentos é suspenso, é colocada data de fim. Este registo permite monitorizar o risco que os doentes admitidos detêm em termos de IACS.

A PSC está em alto risco de IACS, pelo elevado número de procedimentos invasivos prestados e pelo número de vezes que os acessórios ou equipamentos são manipulados exigindo uma intervenção com precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Em UCIP o doente crítico e os procedimentos invasivos constituem um risco potencial de infeção, sendo uma competência fundamental do enfermeiro a gestão da segurança do doente, da sua família e da equipa. Os procedimentos invasivos realizados são vários, urgentes/emergentes e no contexto atual de pandemia COVID-19, com riscos acrescidos.

A grande maioria dos doentes internados na UCIP estão com intubação endotraqueal que constitui um risco acrescido de infeção. A Direção-Geral de Saúde (2019b) elaborou uma norma com os feixes de intervenção de prevenção da pneumonia associada à intubação, com as seguintes medidas:

- “Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;

- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;

- Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;

- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;

- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;

- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O” (Direção-Geral das Saúde, 2019b, p. 1).

Relativamente ao cateterismo vesical, é um procedimento mais rotineiro na minha prática diária, mas também neste, existe preocupação por parte da equipa da UCIP na prevenção das IACS, através da implementação do feixe de intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, que pode ser monitorizada através do número de Infeções do trato urinário que surgem durante o internamento (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

O plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 descreve as infeções associadas aos cuidados de saúde e o impacto no tratamento do doente, causando barreiras e aumentando taxas de morbilidade e mortalidade (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

De acordo com Pappa et al. (2020), os serviços de saúde devem ser funcionais e incluir medidas de proteção individual e elaboração e implementação de programas para os profissionais de saúde, de acordo com as políticas nacionais de saúde e segurança ocupacional, de forma a garantir a segurança dos doentes e dos profissionais. Desta forma, espera-se a implementação de políticas que incluam prevenção e controlo de infeção, através de projetos de melhoria contínua da qualidade.

5. Evidências das atividades realizadas

O estágio realizado assentou nos princípios éticos e legais que orientam a conduta profissional, que desde início do meu exercício profissional sempre estiveram presentes. Procurei exercer a minha prestação de cuidados de acordo com as normas institucionais, protocolos do serviço e com os princípios ético-deontológicos. O dever de ser profissional diz respeito a um conjunto de normas, pautadas pelos princípios da Moral e do Direito, que tendo por base as características da profissão, evoluem no sentido de se adaptarem às circunstâncias, orientando para as boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O doente de cuidados intensivos está altamente fragilizado e exposto, na maioria do tempo sedado, em estado crítico e em risco de falência multiorgânica e, como profissional de enfermagem, tenho o dever de garantir a sua privacidade, individualidade e humanidade.

Como profissional responsável regi-me pelos princípios, valores e normas deontológicas e CDE, promovendo a proteção dos direitos humanos e uma prática de cuidados que visou a segurança, a privacidade e a dignidade do doente/família. No próprio CDE se refere que o profissional tem como dever a procura da excelência e qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Na minha prática diária desenvolvi as minhas ações com eficácia, orientada por princípios de igualdade, não só no que diz respeito a características económicas, políticas, sociais, étnicas, culturais, religiosas e ideológicas, mas também garantindo que todos os doentes tivessem direito aos mesmos cuidados.

Durante o EC procurei envolver o doente e família, devidamente informados, durante todo o processo de tratamento desde a admissão. Por norma, é recolhido o contacto da pessoa responsável pelo doente e diariamente, o médico assistente contacta essa pessoa responsável e partilha as informações pertinentes acerca do estado clínico. Quando a condição física, mental e psicológica do doente permite, também pode ser realizada uma videochamada entre doente e familiar, que aumenta a proximidade à família, oferecendo mais conforto e segurança ao doente, revelando-se uma ferramenta fundamental no processo de cura. As visitas são agendadas pelo médico assistente e os familiares são recebidos na unidade pelo enfermeiro responsável pelo doente, que após prestar um breve esclarecimento acerca das medidas de controlo de infeção, ajuda na colocação dos EPI's e prepara os familiares para a realidade que vão visualizar, muitas vezes violenta por todos os procedimentos invasivos e meios tecnológicos envolvidos, atividade na qual me envolvi sempre que me foi permitido.

A família é envolvida no processo de tomada de decisão, no entanto, sempre que o estado clínico do doente o permita, o mesmo é envolvido nesse processo. A tomada de

decisão na UCIP é realizada em equipa, num momento em que os médicos e enfermeiros partilham informação com o intuito de decidir algumas intervenções e procedimentos para o tratamento de cada um dos doentes, baseados em valores éticos e deontológicos. Como estagiária, comecei a sentir-me mais integrada na equipa no momento em que também era envolvida nestes momentos, procurando responder prontamente e após reflexão devidamente fundamentada em conhecimentos científicos.

A comunicação de más notícias em saúde constitui uma das problemáticas mais complexas no contexto da prestação de cuidados e relações interpessoais. Quando é decidido em equipa que o doente já não beneficia dos cuidados ou não tem potencial de recuperação e se toma a decisão de limitar o esforço terapêutico, a família é informada e, se possível, convidada a visitar o doente, favorecendo a humanização do cuidado e o processo de despedida/luto da família. São situações que geram perturbações quer na pessoa que recebe a notícia quer na que transmite a notícia pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação, devendo ser objetiva, clara e detalhada, sem ambiguidade e totalmente verdadeira (Fontes et al., 2017).

O doente que encontrei nos cuidados intensivos exigiu determinado tipo de cuidados de acordo com a sua situação clínica que o levou ao internamento, no entanto, uma característica é comum: a vulnerabilidade. O doente habitualmente está em estado crítico e dependente de uma abordagem personalizada e dirigida, muitas vezes sedado ou mesmo curarizado, incapaz de comunicar e expressar as suas necessidades. Assim sendo, depende do profissional garantir o cuidado, o tratamento e o igual acesso aos cuidados. Para além de que depende, também, do profissional que o trata, que a sua autonomia seja restabelecida. Observei este cuidado nos profissionais com quem trabalhei desde o primeiro dia de estágio e adoptei-o precocemente, tentando sempre restabelecer a autonomia dos doentes de forma a que adquirissem um estado o mais próximo possível do seu estado basal normal.

A UCIP 2 é constituída por duas salas amplas, estando cada cama separada apenas por uma cortina, enquanto que na UCIP 1 existem biombos. Devido á limitação espacial e estrutural da UCIP 2, é difícil assegurar completamente a privacidade, no entanto orientei a minha prática no sentido de preservar sempre que possível e o mais possível, a privacidade e intimidade do doente. Na UCIP estão vários utentes, com entrada e saída de médicos, assistentes operacionais ou visitas, sendo fundamental garantir a dignidade do doente. No transporte do doente para realização de exames, são utilizados corredores onde circulam outras pessoas externas ao serviço e o doente tem o direito a ser protegido e dignificado.

No que diz respeito à sedação, curarização e analgesia farmacológica, todos os dias existe cuidado na redução das perfusões, tentando manter o equilíbrio entre o bem estar do doente e a recuperação precoce do seu estado de consciência normal, desde que o estado clínico o permita. A ventilação é frequentemente ajustada de acordo com as necessidades ventilatórias e gasimétricas do doente. Todos os dias, em todos os turnos esta atividade foi uma constante preocupação. Esta, aliada à reabilitação precoce e a outras permite que o doente crítico recupere a sua capacidade funcional e autonomia de forma antecipada.

A UCIP caracteriza-se por receber doentes com elevada instabilidade (elétrica e/ou hemodinâmica), com grande risco de vida e com condições de saúde sujeitas a constantes alterações. É um serviço de complexidade tecnológica, dotado de instrumentos e equipamentos sofisticados que, isolados, não resolvem os problemas de saúde dos doentes em estado crítico, que se encontram num ambiente altamente tecnológico. De modo a poder-se dar resposta às necessidades de prestação de cuidados, é exigido aos profissionais que aí exercem funções, intervenções rápidas e eficazes (Kelly *et al.*, 2014).

A tecnologia é um aliado à prática de cuidados intensivos ao doente crítico, mas para além dos aspetos técnicos, atividades administrativas, gerenciais e burocráticas, o cuidar em UCIP deve caracterizar-se por ser humanizado, cuidando o doente de forma holística, tratando-o como um todo e de forma singular, devendo prevalecer o senso crítico aos equipamentos tecnológicos, de forma racional e responsável. Na UCIP existe, também, o cuidado em tentar tornar o doente progressivamente menos dependente destas tecnologias, desde que garantida a sua estabilidade ventilatória e hemodinâmica.

A UCIP representa uma unidade que utiliza tecnologia avançada na monitorização e tratamento do doente crítico, no entanto, todos estes meios são utilizados na medida em que são necessários e essenciais e sempre com o objetivo de tornar o doente independente dos mesmos em todas as suas dimensões.

Durante o meu estágio guiei a minha conduta pelos conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico e procurei integrar os protocolos utilizados no serviço. No sentido de colaborar de forma mais envolvente com o serviço e tornar a minha presença mais produtiva, em conjunto com as alunas do 7º Curso de CEMEC e do 8º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEMC) da ESSI, que realizaram estágio em simultâneo na unidade, abordámos os enfermeiros tutores e enfermeiro chefe no sentido de procedermos à elaboração/revisão de protocolos que estivessem menos atualizados. Por sugestão do enfermeiro chefe decidimos elaborar o procedimento de “Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos” (cf. Anexo XVII) com respetiva justificação para alteração ao protocolo, com base nos dados científicos recolhidos durante a nossa pesquisa (cf. Anexo

XVIII). Para além deste, realizamos, também por sugestão do enfermeiro chefe, o procedimento “Transporte intra-hospitalar do Doente Crítico: Lista de verificação para transporte do doente para realização de MCDT’s” (cf. Anexo XIX) e respetiva “Lista de Verificação para transporte do Doente para realização de MCDT’s” (provisória) (cf. Anexo XX) que foi revista até à elaboração da “Lista de Verificação para transporte do Doente para realização de MCDT’s” (cf. Anexo XXI).

A higiene oral assume particular importância na prática de enfermagem, contribuindo para o conforto do doente e para a prevenção da infeção, nomeadamente a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) (Freitas & Cruz, 2020). Este procedimento representa um item das *bundles* de prevenção da PAV. As *bundles* são os feixes de intervenções que quando implementados de forma integrada conduzem a um melhor resultado com maior impacto do que o total de cada uma das intervenções realizadas individualmente, permitindo tratamentos e cuidados baseados na evidência (Direção-Geral de Saúde, 2019b).

A prática da higiene oral deve ser inserida no contexto diário dos cuidados de enfermagem a todos os doentes, e é um importante item das *bundles* de prevenção da PAV (Direção-Geral da Saúde, 2019b; Wei & Yang, 2019; Freitas & Cruz, 2020).

O risco de aspiração de biofilme colonizado por microorganismos relacionados com a PAV é acrescido em UCIP, pelo que a prática de uma higiene oral cuidada e rigorosa constitui extrema importância. Neste serviço já existe um protocolo que é cumprido escrupulosamente, no entanto após pesquisa em diferentes bases de dados, surgiram dados que sugerem a utilização de clorhexidina como solução antisséptica, sendo comprovada a sua eficácia na redução das taxas de incidência da PAV (Direção-Geral de Saúde, 2019b; Dale et al., 2019; Jackson & Owens, 2019; Alecrim et al., 2019; Malhan, et al. 2019; Branco et al., 2020; Cotoia et al., 2020; Zhao et al., 2020; Gershonovitch et al., 2020); de 26% para cerca de 18%, quando comparado ao placebo ou aos cuidados habituais (Zhao et al., 2020); e sem impacto significativo na mortalidade associada (Lee et al., 2019). A prática da higiene oral na UCIP já é um procedimento que se encontra bem enraizado no serviço e contribuir para a sua melhoria foi deveras satisfatório, já que permite melhorar os cuidados prestados ao doente, reduzir as complicações e melhorar o conforto e recuperação da PSC.

A realização de exames na UCIP é, sempre que possível, realizada à cabeceira do doente e quando não é possível é realizada no serviço específico. Durante o EC tive a oportunidade de acompanhar o doente para realizar TAC, sendo que o procedimento foi sempre preparar o doente antecipadamente e a transferência de forma a demorar o mínimo tempo possível e realizar o transporte nas melhores condições de segurança para o doente, mantendo o nível dos cuidados prestados. O transporte do doente crítico é comum, mas por

acontecer dentro das instalações do hospital e por ser acompanhado por profissionais de saúde, é frequentemente desvalorizado, podendo representar um conjunto de riscos que podem comprometer a segurança do doente crítico, mais vulnerável a eventos adversos. Durante o transporte os doentes correm um risco aumentado de complicações e eventos adversos (Parveez et al., 2020). A hipotensão e hipóxia representam os eventos fisiológicos mais frequentes, a extubação traqueal, exteriorização de acessos venosos, aporte inadequado de oxigénio, avaria do ventilador de transporte, exteriorização de drenos e falta de bateria nos equipamentos, sendo, estes erros muitas vezes detetados já no serviço de destino (Pires et al., 2015). O treino e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e o uso de *checklists* está relacionado com menor incidência destes eventos adversos (Canellas et al., 2020).

O transporte intra-hospitalar está relacionado com uma alta incidência de eventos adversos e o tempo de transporte e uso de fármacos sedativos e vasoativos foram relacionados com este achado. Falhas na comunicação foram encontradas como frequentemente relacionadas com os eventos adversos (Veiga et al., 2019). São identificados problemas no funcionamento dos equipamentos e dispositivos e a *checklist* representa uma ferramenta que incorpora barreiras de proteção para o doente e tem potencial para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, representando um conjunto de medidas simples, podendo ser aplicada por todos os profissionais (Silva et al., 2020). O uso de ventilador portátil e drogas vasoativas e equipas treinadas foi relacionado com um menor risco de ocorrência da PCR durante o transporte (Min et al., 2019).

O princípio da transferência intra-hospitalar é manter o óptimo atendimento do doente, no percurso e no serviço de destino, os eventos adversos devem ser previstos e os protocolos devem ser adaptados para melhorar a qualidade (Ismail et al., 2020).

A Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) apresentou uma *checklist* em 2008 para o transporte do doente crítico. Durante a nossa pesquisa foram identificados os eventos adversos mais comuns durante a transferência intra-hospitalar do doente crítico, foram consultadas várias *checklists* e com base na *checklist* da OM e da SPCI, foi criada uma: “Lista de Verificação para transporte do Doente para realização de MCDT’s (provisória)” abrangente que compilava todas as intervenções identificadas que poderiam contribuir para evitar a ocorrência de eventos adversos e aumentar a segurança da transferência. Esta foi apresentada ao enfermeiro chefe e aos enfermeiros tutores e discutida com os enfermeiros da equipa. No sentido de se adaptar à realidade do serviço e às expectativas criadas, foi sendo reduzida para se tornar o mais objetiva possível, adaptada ao serviço e de fácil e rápido preenchimento.

Os doentes internados em UCIP estão frequentemente sedados, dependentes de terceiros para que a sua identificação seja correta. O enfermeiro tem um papel fundamental neste procedimento. Qualquer doente que seja admitido na unidade é imediatamente identificado através de pulseira colocada no membro superior, com o nome completo, número do processo e data de nascimento. Os danos decorrentes da inadequada identificação dos doentes, podem surgir em qualquer fase da prestação dos cuidados, dado que a necessidade de resposta rápida a situações agudas como ocorre em contexto de urgência e emergência pode desencadear esse tipo de incidentes, podendo ocorrer troca de procedimentos invasivos ou potencialmente perigosos, troca de medicação, de resultados analíticos ou de outros procedimentos (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A identificação inequívoca dos doentes deve ocorrer previamente à realização de qualquer procedimento ou intervenção e sempre orientei a minha prática nesse sentido.

Durante o EC tive em consideração os direitos dos doentes, em todos os momentos. Na UCIP o doente, por norma, não tem pertences consigo, no entanto acontece, em determinadas situações ter consigo as próteses dentárias, por uma questão de conforto, mas também porque contribuem para que a alimentação oral seja adequada. É fundamental proteger estes pertences e efetuar registos cuidadosos no processo do doente.

O processo de enfermagem do doente utilizado é manual, sendo que cada doente dispõe de folhas de monitorização/registo diárias e de um processo com vários modelos institucionais: TISS, Vigilância das IACS, Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UP), Avaliação de doentes com Restrição Física, Carta de Transferência de Enfermagem, Avaliação de Doentes com Queda no Serviço.

A TISS representa um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem em UCI e deve ser preenchida diariamente, independentemente do diagnóstico do doente, baseia-se na quantidade de procedimentos prestados, traduzindo-se em maior número de horas de cuidados prestados. A escala avalia 28 atividades, permitindo avaliar também a evolução do doente (Rengeiné et al., 2020). Na UCI, os comportamentos de cuidados dos enfermeiros encontram-se relacionados com os fatores relacionados com a pessoa com problemas graves de saúde e em risco de vida, dependendo de meios avançados de suporte das funções vitais e com a variabilidade da carga de trabalho em enfermagem (Shalaby et al., 2018). Na UCIP 2 avaliei a escala diariamente, apesar de, por norma, não ser utilizada na distribuição dos doentes ou elaboração das escalas de trabalho. Habitualmente estão 4 enfermeiros de serviço, em cada turno, e sendo o número total de camas 8, cada enfermeiro fica com dois doentes à sua responsabilidade, independentemente do *score* da TISS. Esta distribuição obedece, habitualmente ao princípio da continuidade de cuidados,

sendo que, sempre que possível é realizado o esforço de distribuir os mesmos doentes ao mesmo enfermeiro em dias consecutivos.

A passagem de turno é realizada à cabeceira do doente, para que todos os enfermeiros de turno possam conhecer todos os os doentes e as necessidades e cuidados dos mesmos, no entanto a distribuição é realizada antes da passagem de turno para assegurar que o enfermeiro responsável pelo doente possa concentrar toda a sua atenção nos seus doentes. Uma das questões que me preocupou foi a confidencialidade e proteção da informação do processo clínico dos doentes. De acordo com o CDE, todos os doentes têm o direito à confidencialidade da informação clínica e elementos identificativos que lhe dizem respeito, (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) que à semelhança da própria intimidade acabam por ficar expostas a todos os doentes da enfermaria, porque a unidade tem uma dimensão muito reduzida e sendo a passagem de dados à cabeceira dos doentes, mesmo falando num tom de voz mais baixo, os restantes doentes podem ouvir informações confidenciais.

A avaliação das IACS engloba os procedimentos de Ventilação Mecânica, Entubação Endotraqueal, CVC e Cateterismo Vesical. Durante o meu EC procedi a este registo diariamente no modelo próprio no processo do doente, à admissão do doente, sendo atualizado sempre que alguma destas intervenções se inicie ou suspenda. A origem das IACS é multifatorial podendo ter origem no hospital ou na comunidade e as estratégias adotadas na sua prevenção traduzem-se em potenciais ganhos na saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Este modelo implementado na unidade contribuiu para rastrear o potencial risco de desenvolvimento de IACS para cada doente.

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP também foi realizada em modelo institucional próprio, diariamente e utilizando a Escala de *Braden*, representando um dos indicadores de qualidade do serviço. A prevenção da ocorrência de UP é, também, um dos objetivos estratégicos da DGS devendo ser realizados registos e auditorias institucionais para medir a sua ocorrência (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Na UCIP encarei a prevenção da ocorrência de UP com seriedade e, apesar de a maioria dos doentes internados, serem de alto risco, na realidade é raro haver desenvolvimento de UP, as quais são consideradas um problema de saúde pública e um indicador dos cuidados prestados, que influenciam, promovendo ou diminuindo, a qualidade de vida dos doentes (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Os doentes estão frequentemente sedados, impossibilitados de se mobilizarem, na mesma posição, supina/dorsal. No entanto apesar de o decúbito prevalente ser este, realizamos alívio das zonas de pressão, utilizando almofadas, aliado à massagem da pele e aplicação de creme hidratante, uma atividade realizada a todos os doentes, durante todos os posicionamentos, que contribui para evitar a ocorrência de UP.

O simples alívio das zonas de pressão revelou ser muito eficaz não só na prevenção de UP como no processo de tratamento e cura de UP já instaladas.

A avaliação de doentes com restrição física engloba várias ações e o registo é também efetuado em modelo próprio no processo do doente. A restrição física é uma medida de última linha, no entanto, para própria segurança do doente, por vezes necessária. O registo engloba a razão da restrição física, alternativas administradas, complicações durante e após restrição e as medidas tomadas após verificação dessas complicações. Por vezes vem associada ao risco de queda do doente, sendo, também usada na prevenção da extubação endotraquel e exteriorização de acessos endovenosos essencialmente, quando o doente se encontra confuso ou agitado. A minha postura passou primariamente pela implementação de medidas de reorientação, buscando a compreensão do doente e a sua colaboração com os procedimentos para sua própria proteção e evicção de eventos adversos.

O processo clínico dispõe ainda de modelo institucional para registo da avaliação dos doentes com queda no serviço, representando mais um dos indicadores de qualidade do serviço e indo de encontro aos objetivos estratégicos da DGS, que defende que sejam implementadas medidas para prevenção e redução das quedas (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A carta de transferência de enfermagem, também é outro modelo próprio incluído no processo do doente, que é preenchido aquando a alta da UCIP para outro serviço. Durante o estágio tive a oportunidade de programar a alta de doentes da unidade e transferência para outros serviços, sendo que em todas as situações, a carta foi preenchida para ser entregue no serviço de destino, reunindo informações importantes do estado de saúde/doença do doente, permitindo que a equipa que recebe o doente possa ter uma visão abrangente da evolução clínica e dos cuidados prestados, podendo dar continuidade aos cuidados prestados assertivamente, respondendo eficazmente às necessidades dos doentes.

A transição dos cuidados de saúde representa “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p. 4). A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite a “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor sendo a mnemónica ISBAR um “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p. 4). Durante a transmissão da informação quer na transferência de doentes para outro serviço, quer no próprio serviço durante as passagens de turno, integrei

esta ferramenta que me apoiou na passagem de informação de forma mais célere e objetiva de forma a contribuir para uma compreensão inequívoca, objetiva e abrangente de toda a informação relevante por parte dos profissionais que receberam os doentes.

A folha de registos de enfermagem é diária e contem as prescrições, os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, monitorização e um campo de registos. As prescrições são transcritas manualmente do diário médico, redobrando o esforço do enfermeiro e aumentando a oportunidade de erro. Os registos de balanço hídrico também são realizados manualmente, condicionando uma parte significativa do tempo de enfermagem dispendido nesta tarefa. A unidade dispõe de dois programas informáticos, o *SClínico* e o *Glintt*, que representam ferramentas relevantes para a equipa multidisciplinar, em termos de planeamento dos cuidados e na gestão dos mesmos, permitindo o acesso à informação clínica do doente, utilização e partilha de dados e a sistematização dos mesmos. Dada a minha experiência profissional aproveitei para partilhar os meus conhecimentos no domínio dos sistemas de informação em enfermagem, dando noções do funcionamento em termos de prescrições e em termos de processo e plano de cuidados no *SClínico*. A utilização de sistemas de informação tem maior aplicabilidade e objetividade e o processo informatizado contribui positivamente para a assistência em enfermagem com implicações diretas na prática, refletindo-se em maior tempo disponível para os cuidados ao doente (Domingos et al., 2017).

Os doentes internados na UCIP têm uma prescrição terapêutica própria, realizada no diário clínico e atualizada diariamente pelos médicos assistentes. É frequente terem vários fármacos em perfusão e como a prescrição é realizada de forma manual no diário e transcrita, manualmente pelo enfermeiro responsável pelo doente para a folha de enfermagem, pode criar aqui uma oportunidade de erro acrescida. Assim, movi todos os esforços no sentido de evitar erros e manter a segurança na utilização de medicação. De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (Ministério da Saúde, 2015), devem ser desenvolvidas normas, sistemas de informação e práticas seguras na administração de medicação. A informatização do processo ainda não está completamente implementada na UCIP e apesar de o serviço dispor de dois sistemas de informação: *SClínico* e *Glintt* todo o processo desde a prescrição à administração de medicação obedece a registos manuais. A informatização do processo certamente seria uma mais valia para a unidade, objetivando os registos de enfermagem e diminuindo a oportunidade de erro, facilitada pela transcrição repetida das prescrições.

No início do EC a minha enfermeira tutora sugeriu a elaboração de um póster relativamente ao algoritmo de SAV, por o póster existente no serviço já se encontrar desatualizado, desafio aceite de imediato.

Apesar de ainda recentemente ter realizado o curso de SAV, a elaboração deste trabalho permitiu-me atualizar os meus conhecimentos com as mais recentes recomendações. As diretrizes do *European Resuscitation Council* (ERC) foram, entretanto, alteradas, tendo sido publicado um artigo com as *Guidelines 2021* em Março deste ano. Aproveitei, ainda alguns momentos para expor as alterações à minha enfermeira tutora e realizar a leitura e interpretação do algoritmo. Este projeto tornou-se aliciante e acabamos por elaborar três pósteres: “Suporte Avançado de Vida” (cf. Anexo XXII), “Taquicardia” (cf. Anexo XXIII) e “Bradycardia” (cf. Anexo XXIV), impressos em duplicado para afixar na UCIP 1 e UCIP 2.

O SAV para adultos aborda a prevenção e o tratamento da PCR hospitalar e extra-hospitalar, o algoritmo, a desfibrilhação, a abordagem da via aérea, os fármacos e as situações especiais durante a reanimação. As *Guidelines* foram baseadas no *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) e no *Consensus on Science with Treatment Recommendations* (CoSTR), complementadas por revisões da literatura realizadas pelo ERC (Soar et al., 2021). A UCIP é uma unidade que presta cuidados à PSC, havendo alto risco de PCR devido à instabilidade elétrica e/ou hemodinâmica dos doentes, pelo que este trabalho se revelou de extrema significância como mais um contributo para a qualidade dos cuidados.

Desde o início do EC que a minha enfermeira tutora me permitiu assumir um doente em todos os turnos, supervisionando e dando-me apoio sempre que alguma dúvida me surgisse o que contribuiu para o meu desempenho e autonomia. No entanto, apesar do método de enfermeiro responsável ser o implementado, está também implementado o método em equipa. Em qualquer situação que assim o exija, os enfermeiros mobilizam-se para prestar os cuidados necessários quer aos seus doentes quer aos doentes de outros colegas, tendo como meta a assistência, eficiência e qualidade dos cuidados. Passa por aqui, também a gestão dos cuidados. Nem tudo pode ser previsto e a nossa atuação deve ser adaptada às exigências dos doentes e do serviço.

Por sugestão da minha enfermeira tutora, agendei um turno para acompanhar o enfermeiro chefe nas funções de chefia, que me mostrou a dinâmica das suas funções relativamente à gestão de cuidados, recursos humanos e recursos materiais, salientando que é na gestão de recursos humanos que habitualmente tem que dispendir mais atenção. A pandemia COVID-19 obrigou à mobilização de enfermeiros para a UCIP, alguns sem experiência na área, com taxa de ocupação de 100% ou próxima disso na maioria dos dias nos últimos meses, acrescentando maior cuidado e preocupação tanto ao enfermeiro chefe como aos enfermeiros da unidade. A exaustão desta equipa é visível e compreensível, após meses a realizarem um número de horas mensal acrescido ao previsto. Na distribuição das equipas pelas três unidades houve cuidado em realizar uma distribuição equitativa, também dos enfermeiros mais experientes em UCIP para que ficasse garantida a qualidade do

desempenho da equipa, sendo inspirador ver a motivação e os esforços que esta equipa continua a manifestar apesar da sobrecarga de trabalho. Durante o meu EC integrei-me na equipa e sinto que acabei por contribuir para o alívio da carga de trabalho à medida que me fui tornando mais autónoma na prestação de cuidados à PSC. A qualidade do trabalho foi uma preocupação e a equipa reúne forças para manter o nível de desempenho.

O ensino e a aprendizagem representam um conjunto de atividades articuladas, com momentos de responsabilidade e compromisso e o EC surge com o propósito de integrar a teoria e a prática, promovendo, também a capacidade de reflexão sobre problemas reais, potenciando as habilidades e a capacidade de identificar problemas e de reflexão sobre a concepção de soluções criativas e originais (Caetano, 2019). Permitiu-me o desenvolvimento de várias atividades, a integração dos conhecimentos adquiridos na prática e a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e competências.

A tomada de decisão em frequentar este curso de Mestrado era extremamente desafiante e complexa, pois envolvia uma necessária adaptação às novas circunstâncias na perspetiva pessoal e profissional. De acordo com o CDE, artigo 88.^a da excelência do exercício: “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 91).

Ao longo do EC aproveitei todos os desafios lançados para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos meus conhecimentos científicos. Era meu propósito contribuir com algum trabalho de investigação para o serviço, no entanto cedo me apercebi, que para além de ser um serviço acreditado pela JCI, dispõe também de um vasto portfólio de procedimentos próprios internos. Pude observar que existe um grande comprometimento da equipa com a qualidade, havendo enorme disponibilidade para o desenvolvimento.

A UCIP caracteriza-se por ser um serviço rico em experiências pela diversidade clínica, oferecendo oportunidades de prestação de cuidados de enfermagem a doentes com variadas patologias ou descompensações hemodinâmicas, no entanto, no início do EC foi constante o elevado número de doentes com patologia respiratória associada à infeção por Sars-CoV-2, provenientes da UCIP 1, por terem reunido os critérios de cura da doença. A maioria com o diagnóstico de Pneumonia associada à infeção por Sars-CoV-2.

A doença COVID-19 foi declarada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Março de 2020 e tem afetado todo o SNS, com impacto mais significativo nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva, pelo aumento exponencial das taxas de procura destes serviços, obrigando os serviços a rápida adaptação e obrigando a esforços adicionais

e contínuos por parte dos profissionais, com a “formação rápida em Medicina Intensiva e PBCI a profissionais de saúde capacitados para assumir funções, sob supervisão, nos Serviços e Unidades de Cuidados Intensivos” (Direção-Geral da Saúde, 2020a), exigindo aos enfermeiros um esforço adicional para suportar o cansaço físico e mental e manter o seu desempenho.

Estes doentes tinham em comum diagnósticos do foro respiratório associadas à infeção por Sars-CoV-2, com compromisso ventilatório e instabilidade na função respiratória, que culmina em choque ou falência multiorgânica, exigindo uma abordagem em termos ventilatórios mais dirigida e agressiva. Hipóxia e diminuição da *compliance* pulmonar é um quadro frequente e os tempos de internamento são prolongados, com recurso a ventilação mecânica invasiva dirigida à especificidade do quadro clínico e mais prolongada pela dificuldade encontrada no recrutamento alveolar destes doentes (Valente et al., 2020).

O modo de VMI na UCIP é selecionado de acordo com as necessidades ventilatórias do doente, sendo progressivamente adaptado de acordo com a resposta e necessidades ventilatórias e/ou hemodinâmicas. A doença COVID-19 caracteriza-se pela utilização de volumes correntes mais elevados pela hipóxia persistente no doente (Valente et al., 2020). A SPCI recomenda uma estratégia de entubação orotraqueal precoce, em detrimento da estratégia tardia habitualmente instituída na UCIP, em virtude da insuficiência respiratória hipoxémica. Recomenda ainda, a utilização de PEEP elevadas, que auxiliam na expansão alveolar, melhorando as trocas gasosas e a oxigenação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2020).

Os doentes com esta patologia, aos quais prestei cuidados, encontravam-se em patamares distintos do processo da doença. Em comum, todos foram submetidos a traqueostomia, embora tenha tido a experiência de prestar cuidados a doentes sedados e ventilados com volume/pressão controlada, sedados e ventilados com pressão de suporte, em respiração espontânea e, após remoção da cânula de traqueostomia. Ou seja, forneceu-me um leque de conhecimentos mais alargado e favoreceu o meu desempenho e desenvolvimento de competências no campo da ventilação mecânica invasiva (VMI). De realçar que, independentemente do tipo de ventilação utilizada, foi permanente o cuidado em favorecer o desmame ventilatório do doente, no sentido de reduzir o risco PAV, com objetivo major de reabilitar o doente. Em muitas situações foi necessário alterar modos ventilatórios por alteração do estado ventilatório e/ou hemodinâmico do doente, com adequados ajustes na sedação, o que garantiu uma aprendizagem alargada e plena neste domínio.

A traqueostomia é um procedimento frequente na UCIP, representando um procedimento cirúrgico que, ao abrir a traqueia permite suporte ventilatório prolongado, seguro

e mais confortável ao doente, facilitando a aspiração de secreções e a limpeza da via aérea, para além de contribuir para o desmame da prótese ventilatória e redução da sedação durante a VMI (Costa et al., 2019). O EC permitiu-me prestar cuidados à traqueostomia diariamente, desde a ventilação, à aspiração, à higiene, à colocação de válvula fonatória.

À medida que o meu EC se foi desenvolvendo e acompanhando a evolução da pandemia, a diversidade de doentes admitidos aumentou, proporcionando-me outras oportunidades, nomeadamente na área do doente neurocrítico, doente politraumatizado e doentes provenientes do Bloco Operatório (B.O), no período pós-operatório.

A taxa de admissão de doentes do B.O no pós-operatório aumentou e tive especialmente contacto com doentes de neurocirurgia, que pela gravidade da disfunção do sistema nervoso, órgão nobre, podem ter a sua vida em risco. A função neurológica exige reconhecimento e tratamento precoces, para a melhoria do estado clínico e dos resultados finais, sendo fundamental adoptar condutas e cuidados essenciais na prevenção de lesões secundárias com os tratamentos realizados na fase aguda da doença e na optimização do prognóstico do doente no decurso do tratamento e a longo prazo (Livesay et al., 2020).

A etiologia do doente neurocrítico é variada e multifaceta e eu tive o privilégio de cuidar doentes neurocríticos no pós-operatório de intervenção a patologia prévia ou por lesão traumática. Independentemente da etiologia a abordagem foi sempre cuidada e dirigida com a preocupação da recuperação vital do doente e com vista ao restabelecimento da função neurológica. A prestação de cuidados ao doente neurocrítico abrange várias condições médicas e envolve múltiplos profissionais de diferentes especialidades (Livesay et al., 2020). O tipo de intervenções realizadas, ricas em aprendizagens pela sua particularidade, motivaram ainda mais o desenvolvimento das minhas competências aliciando-me a desenvolver habilidades e a aprofundar o meu corpo de conhecimentos.

A sua especificidade forneceu-me oportunidades de realização de intervenções mais específicas como monitorização do doente neurocrítico. A pressão Intracraniana (PIC) representa a pressão do líquido cefalorraquidiano, mas pode variar de acordo com as alterações da tensão arterial, respiração e posicionamento, variando de acordo com o volume dentro de uma ou várias áreas cerebrais. A sua monitorização pode ser direta, através de uma sonda diretamente introduzida no ventrículo ou indiretamente através de um transdutor que permite medir a PIC e ao mesmo tempo drenar líquido cefalorraquidiano, quando atinge pressões superiores às desejadas. Durante o EC tive experiências com os dois tipos de monitorização enunciados, sendo que a manipulação do dreno ventricular externo foi o procedimento que me causou maior desafio pela maior complexidade, exigindo-me outro nível de conhecimentos, destreza e sensibilidade.

Para além da PIC, também a pressão de perfusão cerebral (PPC) assume extrema importância e a sua vigilância e monitorização devem ser constantes, para vigiar a capacidade do cérebro manter um fluxo sanguíneo constante dentro de valores normais, intervenção que, também desempenhei ao longo do tratamento a estes doentes, acompanhando continuamente a sua capacidade de auto-regulação (Jeremy & Lee, 2016). Sempre que a PIC era monitorizada, eu efetuava o cálculo da PPC, para vigiar a perfusão cerebral e detetar precocemente alterações que pudessem colocar o doente em risco de vida ou de lesão neurológica.

A vigilância neurológica envolveu, também medidas mais simples, não invasivas, com as quais já estou mais familiarizada na minha prática diária, como o nível de consciência e a avaliação pupilar. À semelhança de outras patologias, também a reabilitação precoce é recomendada e começa precocemente nesta unidade (Livesay et al., 2020).

Algumas das características que todos têm em comum é a gravidade do seu estado clínico, instabilidade hemodinâmica, gravidade e risco de vida pelo que a monitorização deve ser rigorosa e isenta de falhas ou erros.

A sedação em unidades de cuidados intensivos é essencial em doentes ventilados mecanicamente e é administrada de acordo com a avaliação individual e necessidades de cada doente. A gestão eficaz da sedação e da dor pode reduzir significativamente o tempo de ventilação mecânica e a permanência na unidade (Taran et al., 2020). A optimização das necessidades de sedativos e analgésicos surge associada à diminuição do tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos e é uma preocupação constante dos enfermeiros na unidade.

Para avaliar o nível de sedação na UCIP, foi adotada a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), uma escala mais completa por incluir os níveis de sedação, mas também de agitação. O tipo de doença, doenças associadas, gravidade da doença e intervenções necessárias de suporte afetam as necessidades de sedação e analgesia. A gestão eficaz da dor e da sedação podem reduzir significativamente a permanência em unidades de cuidados intensivos e o tempo de hospitalização total, contribuindo também para a redução da taxa de mortalidade e dos custos associados ao cuidado a doentes ventilados mecanicamente. A RASS permite avaliar o grau de sedação e agitação de um doente que depende de cuidados críticos, com um sistema de pontuação, sendo constituída por níveis que totalizam 10 pontos (Girard et al., 2008).

O tratamento da dor e a sedação requerem escalas de avaliação que permitam uma monitorização adequada de cada utente, contribuindo para o conforto e bem-estar do doente e para uma boa adaptação à prótese ventilatória, que se reflete numa recuperação mais rápida

e propícia. A escala de RASS permite determinar o nível de sedação, facilitar o controlo adequado da agitação, aliviar a dor, aumentar o nível de consciência e prevenir o excesso de sedação. Facilita a avaliação e gestão da sedação dos doentes com VM em UCIP, permitindo aos doentes estarem confortáveis, traduzindo-se em diminuição do tempo de hospitalização e permitindo manter o doente confortável e facilmente despertável (Santos et al., 2016). Favorece a gestão da sedação e analgesia eficaz, que para além de fármacos sejam utilizadas medidas de conforto e alívio da dor do utente, em conjunto com outras medidas como a diminuição do ruído da unidade, posicionamento do doente e tração óssea adequada (Taran et al., 2019). O alívio da dor influencia a recuperação adequada do doente principalmente quando o doente tem lesões em vários órgãos.

A analgesia e sedação na UCI é complexa e influenciada por comorbilidades, interações farmacológicas e disfunções de órgãos (Sakata, 2020). Para facilitar o desmame da prótese ventilatória e a dependência de sedativos é utilizada uma gestão diária da sedação e analgesia, que consiste na diminuição progressiva dos sedativos e analgésicos, permitindo que o utente desperte, desde que o tolere, contribuindo para evitar a sedação excessiva e para a avaliação das necessidades de sedação (Olsen et al., 2021). A diminuição da dependência de sedativos diminui o excesso de sedação e o internamento na unidade de cuidados intensivos. Quando o doente se encontra alerta permite a avaliação do nível de consciência e da função neurológica (Urden et al., 2008), facilita um estado de consciência mais lúcido, a recuperação e reabilitação doente (Olsen et al., 2021). O controlo da dor e sedação é um foco de atenção corrente por parte dos enfermeiros, que estando continuamente ao lado do doente, podem desempenhar um papel muito importante na avaliação da dor e sedação do mesmo e contribuir para a gestão adequada das mesmas.

No doente consciente habitualmente é utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), devendo o utente estar consciente dos seus pensamentos e ações identificando a sua dor de forma objetiva, pressupondo que o utente esteja acordado com boa acuidade visual e capacidade cognitiva.

A instabilidade hemodinâmica na UCIP é um atributo partilhado por todos os doentes admitidos e os diferentes cenários exigem monitorização contínua e fidedigna para garantir um bom débito cardíaco na pessoa em situação crítica, evitando variações excessivamente altas. A monitorização da pressão arterial invasiva (PAI) assume, assim, um papel fundamental, que permite vigilância adequada, monitorização contínua e ajustes terapêuticos eficazes (Rook et al., 2017). Habitualmente é escolhida a artéria radial por ter uma localização mais superficial, representando um procedimento comum na UCIP, oferece a possibilidade de monitorizar a pressão arterial continuamente e realizar colheita de amostras de sangue de forma rápida e segura (Nunes et al., 2020).

A monitorização hemodinâmica evoluiu ao longo dos tempos e a tecnologia foi sendo alterada, permitindo a monitorização da pressão arterial e das formas de onda. As formas de onda estão relacionadas com a otimização e permeabilidade do cateter arterial. A monitorização da pressão arterial invasiva permite esse registo e tem a vantagem adicional de permitir colheita de sangue mais rápida, contribuindo para uma vigilância contínua de valores séricos de gasimetria. (Esper & Pinsky, 2014). O registo destes níveis, para além do registo da pressão arterial invasiva e das formas de onda, permite monitorização contínua e tratamento dirigido a cada utente (Rook et al., 2017).

A monitorização da PAI é uma intervenção descomplicada e segura, mas não é isenta de riscos e apresenta indicações muito específicas podendo em alguns momentos estar contra-indicada ou apresentar complicações, no entanto investigações científicas recentes sugerem que na monitorização da pressão arterial invasiva por linha invasiva, os benefícios ultrapassam os riscos (Nunes et al., 2020). As complicações graves da monitorização invasiva, como trombose e infeção, são raras, tornando o cateterismo arterial um procedimento seguro, sendo utilizado por um período normalmente curto e removido aquando a alta da UCIP (Marouane et al., 2018). Assim, desenvolvi a minha prática no sentido de prevenir estas complicações, com vigilância ativa na deteção de qualquer complicação, com atenção nas formas de onda e permeabilidade do cateter.

Para além destas, também tive experiência no tratamento de doentes vítimas de trauma, e nestes, para além da comum monitorização e vigilância, acrescia uma particularidade, a manutenção de medidas que permitissem adequada mobilização assegurando que nenhuma outra lesão fosse causada do decurso da minha intervenção. Um doente politraumatizado representa um enorme risco, em primeiro lugar porque já é detentor de múltiplos traumas que afetam a sua vida e depois, porque exigem do enfermeiro uma atuação mais cuidada para evitar défices neurológicos. A estabilização da coluna cervical e coluna são fundamentais durante todo o tratamento até à fixação de fraturas ou consolidação, para que o doente não sofra um dano acrescido (Certain & Ferraz, 2020).

6. Avaliação por competências

De acordo com Pereira-Mendes (2016), o exercício reflexivo em contexto de EC é um processo contínuo, desde o momento de execução das intervenções à necessidade de reflexão das práticas diárias, que contribui para a aquisição e desenvolvimento de competências e para a estruturação do pensamento em enfermagem.

O EC na UCIP revestiu-se de várias oportunidades que eu aproveitei para adquirir e desenvolver competências nos diferentes domínios da enfermagem em enfermagem especializada em EMC na área da PSC. As competências adquiridas são dissertadas a seguir, sendo que apesar de ser realizada uma avaliação por competências, estas encontram-se interligadas nos vários domínios permitindo um completo desenvolvimento da minha prática diária na abordagem ao doente crítico.

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Na prática do cuidar em UCIP tentei exercer um pensamento refletido e crítico, explorar e procurar conhecimentos científicos atuais e devidamente fundamentados que apoiassem a minha prática de enfermagem à PSC. A minha intervenção baseou-se na ética e deontologia profissional, respeitando os direitos dos doentes a cuidados personalizados e dignificantes.

Algo que tive sempre presente foi procurar desenvolver e demonstrar uma atitude ética e deontológica, adotando uma conduta marcada pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelos doentes, colegas e restantes profissionais. Procurei respeitar a privacidade e intimidade dos doentes e promover um ambiente calmo e acolhedor.

O enfermeiro especialista deve orientar a sua prática diária tomando decisões baseadas em princípios e valores bem fundamentados. Durante o EC compreendi a importância da tomada de decisão fundamentada no exercício da nossa profissão, pois é na tomada de decisão que o enfermeiro especialista mais se evidencia relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais. A reflexão sobre o modo de agir em enfermagem perante problemas de natureza ética surge quando está em causa a proteção de uma pessoa e a defesa da dignidade humana, originando a construção de uma decisão que tem como fim a prática de uma ação tida como intervenção de enfermagem (Mealer & Moss, 2016).

A equipa abordou-me várias vezes para a resolução de problemas, oportunidades que eu aproveitei para incorporar os conhecimentos adquiridos em intervenções de qualidade. De acordo com Campos et al. (2017), a reflexão diária do trabalho realizado exige educação permanente e reflexão crítica para compreensão dos cenários clínicos, permitindo a melhor qualificação profissional e organização do trabalho. O ensino teórico forneceu-me

conhecimentos vários que apoiaram os meus processos cognitivos de resolução de problemas e a minha tomada de decisão no desempenho das minhas funções na UCIP, permitindo a prestação de cuidados de qualidade a um nível mais elevado. Permitiu-me, ainda, assumir uma posição no seio da equipa contribuindo para a reflexão dos casos clínicos e para a decisão dos melhores tratamentos e procedimentos.

A educação contínua e a prática clínica contribuem para a autonomia do enfermeiro, que se assume como um agente ativo na prestação de cuidados integrais e globalizantes ao doente família e comunidade (Mackuch & Zagonel, 2017). Durante o EC tomei a iniciativa de identificar as principais necessidades formativas na UCIP, junto da enfermeira tutora, enfermeiro chefe e equipa e envolvi-me no desenvolvimento de projetos de melhoria através de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (cf. Anexos XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII e XXIV).

Durante o EC consegui ter uma tomada de decisão de acordo com as normas deontológicas e liderar os processos de tomada de decisão da área da especialidade em EMC e PSC, tal como avaliar os processos e resultados da tomada de decisão.

Na minha opinião, a melhor aprendizagem é aquela que parte do interesse em descobrir. Não é apenas aquilo que nos ensinam, mas aquilo que pesquisamos porque gostamos e temos vontade de saber. Neste sentido, procurei sempre pesquisar sobre as problemáticas que foram surgindo, sobre os temas que me traziam dúvidas e refletir sobre as atividades que ia desenvolvendo diariamente. Isto permitiu-me identificar melhor as minhas necessidades de aprendizagem e, assim, empenhar-me mais na resolução dos meus pontos fracos. Permitiu-me também, consolidar os conhecimentos integrando-os na prática e consolidando a minha aprendizagem e desenvolvimento.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.
- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o EC respeitei os direitos humanos, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, respeitando as crenças e os valores dos doentes, abstendo-me de juízos de valor e procurando estabelecer uma relação de ajuda com o doente crítico.

A dignidade dos doentes e famílias foi uma das minhas principais preocupações, e desenvolvi a minha prática tratando o doente de forma global, no seu todo, respeitando as suas crenças, religião e valores. O doente tem o direito à sua humanidade a ser tratado com respeito e dignidade (Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A relação com o doente tem-se revelado fundamental nos cuidados e a empatia contribui para o desenvolvimento de uma relação de confiança nos cuidados prestados (Queiroz et al., 2018). A minha prática profissional alicerça-se nestes princípios desde o início da minha formação, e tento aprimorá-la para garantir uma prática profissional, ética e legal. Prestar cuidados garantindo todos estes princípios é um projeto pessoal meu, para além de ser uma obrigação como profissional de enfermagem, garantir uma postura adequada, prestar cuidados seguros, eficazes e adequados, garantindo a proteção do doente e dos seus direitos, objetivando a eficácia e qualidade do meu desempenho.

Ao longo do EC, procurei desempenhar funções baseadas numa prática segura de forma a salvaguardar a privacidade dos doentes, respeitar as suas preferências, manter a confidencialidade e respeitar os seus valores, costumes e crenças. O cuidar do doente crítico envolve fazer escolhas, tomar decisões, seja na dimensão do assistir, gerir, ensinar ou investigar.

Procurei, durante o cuidar e na tomada de decisão, para além de envolver a valorização dos princípios e valores humanos, envolver o doente, a sua família e o resto da equipa multidisciplinar.

Antes de qualquer procedimento procedi à minha identificação, à identificação do doente, ao fornecimento de esclarecimentos relativamente aos procedimentos, esclarecimento de dúvidas e obtenção do consentimento livre e esclarecido do doente. A privacidade e dignidade do doente foram mantidas durante todos os procedimentos, assim como a confidencialidade.

A conduta profissional foi desenvolvida com eficácia, orientada por princípios de igualdade, não só no que diz respeito a características económicas, políticas, sociais, étnicas, culturais, religiosas e ideológicas, mas também garantindo que todos os doentes tivessem direito aos mesmos cuidados, preservando o direito dos doentes serem abordados

salvaguardando os princípios ético-deontológicos, sem qualquer tipo de discriminação e respeitando a igualdade, justiça e dignidade do doente.

No final deste EC consegui proteger os direitos dos doentes e garantir uma prestação de cuidados de enfermagem que promovem a segurança, dignidade e privacidade dos doentes.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Promove a proteção dos direitos humanos.

- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A OE define a qualidade dos cuidados como um tema universal nos serviços de saúde que permite uma gestão eficaz e cuidados de excelência, devendo ser omnipresente na prestação de cuidados de todos os doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Ao longo deste EC, tentei articular as bases teóricas com os cuidados prestados, expressando as minhas dúvidas e aceitando com humildade todas as orientações e críticas construtivas que ocasionalmente me foram dirigidas. Procurei sempre ter iniciativa e abertura para a aprendizagem, pois, a meu ver, todas as pequenas oportunidades são construtivas. Com o decorrer do EC fui adotando um conjunto de comportamentos baseado no perfil de competências do enfermeiro especialista ao nível dos diversos saberes, desde o saber, o saber-fazer, o saber-ser, o saber-aprender, com o intuito de saber-transformar.

Os padrões de qualidade definidos pela OE visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e das instituições de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) e o enfermeiro assume um papel primordial no desenvolvimento de metodologias que permitam a sua implementação.

A UCIP caracteriza-se por ser um serviço exigente e stressante, exigindo capacidade de resposta rápida, dirigida e eficaz a todas as pessoas, dignas de respeito e consideração e do melhor tratamento, devendo o enfermeiro orientar a sua prática com base em conhecimentos científicos válidos, recentes e adaptados às exigências de cada situação.

O EC permitiu-me mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e orientar projetos na área da qualidade (cf. Anexos XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII e XXIV).

Os estágios representam um ambiente rico de oportunidades, permitindo o desenvolvimento alargado de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

- Orienta projetos institucionais na área da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Prática de qualidade implica um domínio teórico vasto e fundamentado em conhecimentos científicos, que procurei obter ao longo deste percurso, com base em pesquisa em bases de dados científicas.

Um dos meus objetivos era identificar lacunas ou oportunidades de melhoria, promovendo um desempenho com o mais elevado nível de qualidade no cuidar. Para tal recorri à minha enfermeira tutora, enfermeiro chefe e restante equipa, no sentido de desenvolver projetos proeficientes para a unidade.

Assim, após pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas foi elaborado o procedimento de “Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos” (cf. Anexo XVII) com respetiva justificação para alteração ao protocolo, com base nos dados científicos recolhidos durante a nossa pesquisa (cf. Anexo XVIII). Para além deste, realizamos, também por sugestão do enfermeiro Chefe, o procedimento “Transporte intra-hospitalar do Doente Crítico: Lista de verificação para transporte do doente para realização de MCDT’s” (cf. Anexo XIX) e respetiva “Lista de Verificação para transporte do Doente para realização de MCDT’s” (provisória) (cf. Anexo XX) que foi revista até à elaboração da “Lista de Verificação para transporte do Doente para realização de MCDT’s” (cf. Anexo XXI).

Para além destes, foram ainda realizados os pósteres de SAV, Taquicardia e Bradicardia (cf. Anexos XXII, XXIII e XXIV), com as novas diretivas emitidas em 2021.

Entretanto fui intervindo noutro focos identificados, tentando colaborar com a equipa no desenvolvimento de uma política assente na qualidade dos cuidados, com recurso a conhecimentos científicos atualizados e válidos.

Desta forma consegui, durante o EC, avaliar a qualidade das práticas clínicas, planejar programas de melhoria contínua e liderar programas de melhoria contínua, usando a melhor evidência científica, estabelecendo prioridades e definindo estratégias de intervenção.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpro, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Avalia a qualidade das práticas clínicas.

- Planeia programas de melhoria contínua.

- Lidera programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O ambiente em UCIP caracteriza-se por ser altamente tecnológico e sofisticado, dependente de uma vasta gama de equipamentos que auxiliam a vigilância e monitorização do doente crítico e os seus tratamentos. O enfermeiro tem a responsabilidade adicional de dominar esta tecnologia, conhecer os *softwares* e modo de funcionamento. Durante o EC tentei compreender o funcionamento de todos os equipamentos, tendo alguns determinadas particularidades de acordo com a marca e/ou modelo apesar de serem utilizados com a mesma finalidade.

Durante o EC procurei promover um ambiente terapêutico seguro centrado no indivíduo como um todo, no intuito de promover a sua saúde. O doente foi abordado como um só, singular, com identidade própria, respeitando os seus valores culturais e espirituais, respeitando os seus princípios e valores.

A administração da medicação foi sempre em segurança, cumprindo as medidas de prevenção da infeção associado à manipulação do CVC, dado que normalmente toda a medicação é administrada por esta via. Consultei o protocolo relativo à manipulação do CVC e questionei várias vezes a enfermeira tutora para esclarecer dúvidas que surgiam, de forma a cumprir escrupulosamente o procedimento, dado que não só é mandatário evitar o risco de infeção, como é igualmente fundamental administrar os fármacos nos lúmens corretos para evitar incompatibilidades ou interações medicamentosas indesejáveis.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em EMC o enfermeiro especialista “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” (Regulamento n.º 429/2019, Diário da República, 2018a, p.19362).

No que diz respeito a esta competência penso que consegui desenvolver as minhas habilidades e aproveitei para alargar os meus conhecimentos na pesquisa bibliográfica para implementar na minha prática diária, consultando, também, os protocolos da unidade para atuar em conformidade com as normas institucionais e locais como elemento devidamente integrado na equipa.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.

- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4747-4748).

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

O período de integração para trabalhar autonomamente na UCIP é variável de enfermeiro para enfermeiro, sendo, habitualmente longo, acompanhado de tutoria de um enfermeiro especialista ou com mais experiência em cuidados intensivos. Durante este período de adaptação o enfermeiro é objeto de avaliação contínua construtiva no sentido de se facilitar e agilizar o seu desempenho e desenvolvimento de autonomia nas diversas áreas de cuidado. Só após estar completamente autónomo em todas as intervenções e procedimentos poderá assumir doentes sem supervisão de um enfermeiro tutor. Como aluna estagiária do CMEMC senti-me neste papel e tentei ao longo do meu percurso ir desenvolvendo competências que me fossem permitindo autonomia nos diferentes procedimentos.

Durante o EC colaborei com a equipa e aceitei todas as tarefas delegadas, aceitei os desafios lançados e desenvolvi projetos de melhoria para a prestação de cuidados. Procurei articular os conhecimentos teóricos adquiridos para apoiar a minha prática, o que possibilitou um envolvimento total com a equipa multidisciplinar e apoiou a minha tomada de decisão. A incorporação da componente teórica e a sua interação com a prática culminou num desenvolvimento profissional superior e numa prestação de cuidados efetiva e de maior qualidade.

Na UCIP existe uma variedade de doenças/patologias, sendo exigente o nível de conhecimentos e habilidades que o enfermeiro que ali trabalha deve deter. Durante o EC fui realizando pesquisa bibliográfica, aprofundando conhecimentos científicos dos quadros

clínicos que iam surgindo no serviço, questionando e esclarecendo dúvidas com a equipa, sempre com o objetivo de chegar ao final do estágio com autonomia para tratar a PSC. Foi desafiante e sem dúvida muito enriquecedor, contribuindo para a minha capacidade, habilidade e autonomia na UCI.

A tomada de decisão constitui uma das ferramentas essenciais à enfermagem e procurei desenvolver este processo com a maior efetividade prática (Makuch & Zagonel, 2017). Decidir e tomar decisões, em contexto de cuidados intensivos, em que os doentes estão maioritariamente em estado crítico com instabilidade/em risco de instabilidade hemodinâmica, requer planeamento, negociação e capacidade de liderança, habilidades e conhecimentos teóricos. Perante doentes gravemente doentes apenas uma base sólida de conhecimentos científicos permite uma tomada de decisão racional e profissionalmente responsável na assistência ao doente.

O processo de enfermagem do doente utilizado é manual, sendo que cada doente dispõe de folhas de monitorização/registo diárias e de um processo com vários modelos institucionais: TISS, vigilância das IACS, avaliação de risco de desenvolvimento de UP, avaliação de doentes com restrição física, carta de transferência de enfermagem, avaliação de doentes com queda no serviço.

Ao longo do estágio efetuei registos claros e objetivos no sentido de fornecer uma visão de todos os cuidados, intervenções e procedimentos prestados e da evolução clínica do doente, fomentando a continuidade de cuidados e comprovando o trabalho de enfermagem realizado.

O EC permitiu-me observar a gestão ao nível dos cuidados, recursos humanos e recursos materiais, contribui sempre que me foi possível, sendo na gestão de cuidados que mais me fortaleci. Mobilizei-me sempre para participar na gestão dos cuidados ao doente, colaborando sempre que tive oportunidade na transferência de doentes para outros serviços, acompanhamento para realização de MCDT's e na admissão de doentes na unidade.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A gestão de uma UCIP reveste-se de enorme responsabilidade, especialmente num momento em que o serviço se vê triplicado, devido à pandemia COVID-19, com três unidades em funcionamento, que exige uma gestão muito adequada de cuidados e recursos humanos e materiais.

Procurei em todo o percurso do EC acompanhar o enfermeiro gestor ou o enfermeiro responsável, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar e acompanhando as orientações das atividades a executar ou tarefas a delegar. Considero que esta foi uma importante experiência de aprendizagem, valorizando o papel do responsável numa equipa, como líder e gestor de conflitos. Percebi a importância das suas funções e dei cumprimento a uma competência relativa ao domínio da gestão dos cuidados.

Relativamente aos recursos materiais colaborei sempre na gestão dos mesmos, na minha prática, realizando uma utilização responsável evitando desperdícios e junto da enfermeira tutora e enfermeiro chefe procurei compreender todo o processo de um stock avançado com reposição por níveis.

Durante o EC procurei respeitar a individualidade de cada profissional e identificar as suas características particulares para desenvolver competências de liderança que possibilitaram um envolvimento total com a equipa multidisciplinar. Estive sempre disponível para melhorar protocolos e procedimentos, que me permitiu uma melhor articulação com a equipa.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.
- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749-4750).

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Neste percurso tive oportunidade de refletir sobre várias situações e colocar-me em papéis que nunca antes tinha colocado. O meu autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das minhas virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observador. Adotei uma

postura de iniciativa na procura de situações de aprendizagem procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente.

Como pessoa e profissional tenho procurado manter uma postura profissional ímpar, com desenvolvimento da assertividade e do auto-conhecimento profissional. Apesar da minha personalidade, crenças e valores tentei desenvolver uma maior capacidade de afirmação que permita o desenvolvimento da minha auto-confiança.

Como profissional de saúde investi numa comunicação assertiva com o doente e família e com a equipa multidisciplinar. A capacidade de saber escutar e de perceber o que os outros sentem facilitou a minha avaliação e intervenção no estabelecimento de uma relação de ajuda.

A formação e a aquisição de competências na profissão de enfermagem é vista como um processo contínuo de aprendizagem. Na minha perspetiva, existem vários recursos ao nosso dispor no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas próprias experiências e a sua respetiva partilha, as experiências e conhecimentos de outros profissionais e as bases científicas.

Durante o EC foram várias as oportunidades de melhoria e aprendizagem e as situações clínicas com que tive contacto, favorecendo o meu desenvolvimento profissional e de investigação. Diariamente fui realizando pesquisas sobre temas que me causavam maior dúvida, interesse ou curiosidade. Os diferentes casos clínicos com que tive contacto constituíram, também, mote de pesquisa, no sentido de aperfeiçoar o meu desempenho no cuidado ao doente crítico, que desenvolvo a seguir, no domínio das competências específicas.

Em situações de maior stress dirigi a minha conduta no sentido de manter a calma e o pensamento assertivo, reflexivo e crítico. Estabeleci um ambiente facilitador de relações de empatia com ganhos no meu desempenho, no desempenho da equipa e do tratamento do doente.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, p.4750).

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Durante o EC na UCIP desenvolvi uma postura de pesquisa constante em bases de dados científicas, que em conjunto com os conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico permitiram uma intervenção mais segura e adequada às necessidades do doente crítico.

O pensamento reflexivo foi permanente e permitiu-me identificar falhas, lacunas e oportunidades de melhoria no meu desempenho e no próprio serviço. Procurei junto da enfermeira tutora e enfermeiro chefe conhecer algumas necessidades de formação ou de melhoria onde pudesse intervir de forma a contribuir para os padrões de qualidade do serviço.

Assim foram desenvolvidos dois procedimentos para a UCIP com base em sólidos conhecimentos teóricos, adquiridos em contexto do ensino teórico e na pesquisa de bases de dados científicas (cf. Anexos XVII, XVIII, XIX, XX e XXI). Foram ainda realizados três pósteres impressos em separado para afixar na UCIP 1 e UCIP 2 (cf. Anexos XXII, XXIII e XXIV).

O doente crítico exige um domínio seguro dos conhecimentos e o dever de atualização e necessidade de formação persistiu ao longo de todo o meu percurso neste EC, para uma intervenção de qualidade, de acordo com as mais recentes evidências científicas.

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

O EC tornou possível desenvolver uma prática clínica baseada em evidência científica, dado que a equipa mostrou enorme interesse de aprendizagem e de desenvolvimento de práticas de qualidade, fomentando a aquisição de novas competências.

Assim, de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista cumpri, os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
- Suporta a prática clínica em evidência científica.

- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4750).

E1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

A UCIP constitui um meio de assistência a pessoas com múltiplas patologias e necessidades e o meu desempenho de funções caracterizou-se por uma atitude de constante vigilância e monitorização dos utentes em risco de/ou em falência orgânica/multiorgânica. A variedade das situações clínicas características de uma UCIP exige competências técnicas humanas e conhecimentos científicos do mais alto nível.

Com o decorrer do estágio fui tentando aproveitar as oportunidades para desenvolver as minhas competências de forma responsável e com comprometimento com a unidade e com o doente, facultando o desenvolvimento de capacidades e habilidades, conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao doente crítico, respondendo com eficácia e efetividade, às necessidades afetadas, promovendo a reabilitação e recuperação do doente.

Inúmeras foram as experiências e oportunidades, consegui alargar os meus conhecimentos através de uma pesquisa sistemática ao longo do EC e adquirir habilidades e competências na prestação de cuidados ao doente crítico, independentemente do seu quadro clínico ou estado de estabilidade e/ou instabilidade hemodinâmica, tendo gerido a minha atuação de forma a participar proativamente em todas as atividades da unidade.

Em UCIP o doente em estado crítico é uma constante e o risco de instabilidade hemodinâmica é elevado pelo que, identificar o risco de descompensação hemodinâmica ou de falência orgânica/multiorgânica foi uma preocupação diária durante a minha abordagem.

A variedade de situações clínicas com as quais tive contacto permitiu-me desenvolver as minhas competências técnicas e humanas, tornando-me numa profissional mais completa, com um adequado domínio teórico e prático em contexto de cuidados intensivos. O ensino teórico permitiu-me adquirir uma base sólida de conhecimentos que apoiassem a minha prática e a pesquisa sistemática em bases de dados científicos ao longo do EC em conjunto com a abordagem diária do doente crítico consolidaram as minhas competências na área da especialidade em EMC e na PSC.

Situações de emergência ou de risco de vida são geradoras de stress adicional, que aliado à ausência de prática em UCIP constitui algum receio e ansiedade. Durante o EC procurei gerir o stress, refletir sobre as minhas intervenções e incorporar todos os conhecimentos teóricos adquiridos e as minhas habilidades técnicas de forma a atingir um desempenho de alta qualidade ao doente gravemente doente.

A monitorização e vigilância hemodinâmica contínua do doente crítico foi uma preocupação diária, no sentido de identificar precocemente complicações no decurso dos tratamentos ou terapêuticas instituídas, para uma abordagem dirigida, eficaz e em tempo útil.

Durante o EC preservei o respeito pelo doente e pelo seu estado de doença/saúde, mantendo uma comunicação assertiva com o doente e família, identificando dúvidas e fornecendo esclarecimentos que permitissem uma melhor gestão das emoções. A resposta ao processo de doença é variável para cada doente e família, sendo influenciado por valores, crenças, vivências e conhecimentos, pelo que procurei prestar todos os esclarecimentos acerca da terapêutica e procedimentos instituídos.

Na UCIP as visitas são restritas, no entanto toda a equipa se envolve no processo de forma a garantir apoio adicional ao doente em situação crítica e à sua família e eu procurei facilitar a presença familiar nos diferentes contextos, aquando a visita na unidade ou durante videochamada.

A comunicação assentou na metodologia ISBAR, ferramenta simples de utilizar e que se revelou extremamente útil na transmissão de informação relativa ao doente, favorecendo a continuidade dos cuidados.

A compreensão da dor em UCIP é complexa, podendo causar sofrimento, incapacidade ou instabilidade, pelo que para a avaliar utilizei sempre as escalas implementadas no serviço, de acordo com o estado de consciência do doente. A sedação e analgesia na UCIP são essenciais no controlo da dor, mas foram sempre aliadas a medidas de conforto ao doente.

De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista da EMC na área da PSC considero que cumpri os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19363).

E2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

O EC permitiu-me abordar, o PEI instituído no serviço, que sistematiza as normas e procedimentos em cenários de emergência, definindo os recursos materiais, a resposta dos meios humanos e os procedimentos adequados de atuação, com o objetivo de retomar o mais precocemente às condições normais de funcionamento. Representa um conjunto de medidas de autoproteção desde a prevenção, planeamento, atuação em caso de emergência e a reposição da normalidade.

Apesar de não ter ocorrido nenhuma situação que levasse à ativação do PEI, todos os funcionários devem ser conhecedores do plano e ter formação que contribua para uma adequada resposta numa situação real. Como estagiária dirigi atenção para este procedimento manifestando algumas dúvidas que me foram sendo esclarecidas, dado que numa eventual situação de crise deveria estar preparada para integrar a resposta no sentido de providenciar ao doente as adequadas intervenções de prevenção de complicações minimizando os riscos.

A situação causada pela pandemia COVID-19 representa em si uma catástrofe para o SNS e todos os hospitais. O centro hospitalar viu-se obrigado a reorganizar os serviços e a UCIP foi forçada a rapidamente ver o seu serviço triplicado, repartido, com entrada de novos profissionais, muitos deles sem experiência na área dos cuidados intensivos, enquanto a equipa do serviço foi espartilhada pelas diferentes unidades. Como Verztman & Romão-Dias (2020) afirmam, ao nos tornarmos participantes de uma catástrofe, somos conduzidos a um mundo novo.

Esta situação foi prontamente resolvida pela UCIP, que se organizou perante a conjuntura atual e teve uma resposta de extrema eficácia e qualidade. No início do EC o número de camas tinha passado de 8 para 26, a equipa estava constituída por enfermeiros provenientes de outros serviços e hospitais, alguns ainda em integração. No entanto a capacidade de resposta e tratamento ao doente foi sempre exemplar, com toda a dedicação daqueles profissionais, que foram forçados a abrir uma UCIP em enfermarias do serviço de internamento, com condições estruturais muito limitadas e recursos adaptados.

Ao longo do EC adaptei-me à realidade do serviço, que apesar de causar maiores dificuldades permitiu o tratamento dos doentes de igual forma e com igual comprometimento. Apenas no fim do estágio pude sentir a verdadeira diferença, quando tive oportunidade de realizar estágio na UCIP 1, serviço completamente equipado e adaptado para tratar o doente crítico em risco de vida.

Durante o EC, a experiência de catástrofe que tive foi a gerada pela pandemia COVID-19, no entanto aproveitei para aprofundar os meus conhecimentos nesta área e conhecer o PEI.

Assim, considero ter atingido parcialmente esta competência de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC:

- Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.
- Planeia resposta à situação de catástrofe.
- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19363-19364).

E3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A equipa da UCIP demonstra real preocupação com a infeção e eu, enquanto parte integrante, fiz cumprir as normas da DGS, institucionais e procedimentos da unidade, minimizando os riscos não só para os doentes como para mim e para a restante equipa multidisciplinar.

A PSC está habitualmente submetida a grande risco de IACS, pelo número de procedimentos invasivos. A linha arterial é um procedimento comum a todos os doentes tal como o CVC. Na manipulação destes cateteres tive sempre em atenção não só a lavagem e desinfeção das mãos como a manipulação limpa e assética dos mesmos, procedendo sempre à desinfeção com solução aloólica dos obturadores antes de abrir o sistema, como é prática habitual da equipa.

A intubação orotraqueal/traqueal e ventilação mecânica representam, também procedimentos comuns na PSC e riscos acentuados de IACS. Durante o EC cumpri as diretivas da DGS, que se encontram bem implementadas na UCIP e o registo foi adequadamente realizado na folha de enfermagem, no entanto no que diz respeito à higiene oral, está a ser utilizado cloridrato de benzidamina. O enfermeiro chefe lançou-nos o desafio

de alteração do procedimento de higiene oral instituído no serviço. Assim, na revisão da literatura foram encontradas evidências da utilização de clorhexidina pelo que incluímos essa alteração no procedimento elaborado (cf. Anexos XVII e XVIII).

Ainda de encontro à VMI e risco de PAV, existe cuidado contínuo na aspiração de secreções da cavidade oral e do tubo endotraqueal, com técnica asséptica, sempre que se verifique limpeza das vias aéreas ineficazes ou quando recomendado. Cada cama tem uma mesa de apoio com material vário, que permite trocar dispositivos do circuito ventilatório sempre que se encontrem com secreções ou se verifique compromisso da sua integridade.

A monitorização permite um acompanhamento contínuo e documenta o risco, no entanto, o controlo das IACS passa pela atitude comportamental da equipa, que observei ser muito eficaz e organizada, pelo que a minha intervenção se tornou mais simples.

A higiene das mãos é uma medida simples e com elevada taxa de eficácia, tal como a utilização de solução antissética de base alcoólica (SABA), e a efetivação dos cinco momentos para a higiene das mãos, sendo da responsabilidade das unidades de saúde a definição de políticas de uso de antissépticos e desinfetantes, através de GCL-PPCIRA e em articulação com os serviços farmacêuticos (Direção-Geral da Saúde, 2019a).

Na unidade cada cama tem disponível um SABA, lembrando, permitindo e facilitando a desinfeção correta e adequada das mãos sempre que nos aproximamos do meio envolvente ao doente. A minha prática teve sempre em atenção esta política e em todo o EC fiz cumprir a correta higiene das mãos. De igual modo, tive em consideração a mesma política nos procedimentos realizados ao doente.

Durante o EC cumpri as recomendações relativamente à prevenção da infeção e procurei ser um agente ativo na equipa na promoção de medidas de segurança na prestação de cuidados ao doente crítico, no que diz respeito ao controlo de infeção. As recomendações implementadas relativamente à doença COVID-19 foram cumpridas, tais como as medidas relativas à prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA.

Os “feixes de intervenção normalizados pela DGS decorrem de revisões da literatura, apoiados em grau de evidência, representando medidas simples de fácil aplicabilidade, reduzido custo e que podem ter significativo resultado nos cuidados ao doente, com diminuição das taxas de infeção, morbidade e mortalidade. São *bundles* porque a implementação de uma medida não apresenta taxa de eficácia significativa devendo ser cumpridas e implementadas na sua totalidade nas unidades de saúde, com envolvimento da equipa multidisciplinar (Direção-Geral da Saúde, 2019a). Durante o EC orientei a minha intervenção cumprindo estas normas e *bundles*, que foi uma tarefa simples e fácil, dado estarem tão bem implementadas no serviço.

As PBCI estão bem implementadas na unidade pelo que foi relativamente simples cumprir todas as orientações. Durante o EC tentei realizar um uso adequado e racional dos EPI's, para controlo da infeção e reduzindo desperdícios e desenvolvi as políticas de prevenção das IACS de forma segura e contínua.

Assim, de acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC cumpro os critérios de avaliação das unidades de competência:

- Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS e de RAM perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 429/2018, 2018a, p. 19362).

Parte III - Trabalho de Investigação: "As vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19"

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA COVID-19

EXPERIENCES OF NURSES WITH THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT IN A COVID-19 EMERGENCY DEPARTMENT

EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN UN SERVICIO DE URGENCIA COVID-19

RESUMO

Introdução: A pandemia por doença de Coronavírus de 2019 (COVID-19) teve uma rápida evolução e afetou os profissionais de saúde, que foram obrigados a usar equipamentos de proteção individual (EPI's) para reduzir o risco de contrair ou transmitir a doença Coronavírus. Os EPI's têm constituído um desafio à prestação de cuidados ao doente, relacionamento interpessoal e na saúde e bem-estar dos profissionais.

Objetivos: Descrever as vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual, num serviço de urgência COVID-19.

Métodos: Foi aplicada uma metodologia qualitativa fenomenológica-hermenêutica, que permitiu uma reflexão sobre as estruturas básicas das experiências vividas, relatadas pelos participantes, tendo sido entrevistados 11 enfermeiros, num hospital na zona norte de Portugal.

Resultados: Da análise das entrevistas emergiram 4 temas relativos às vivências dos enfermeiros e relativamente ao tema em estudo foram identificadas várias categorias: dificuldades e obstáculos, implicações na utilização, duração da utilização e atitudes dos utentes e familiares. Dentro destas foram identificadas várias sub-categorias, cuidadosamente analisadas neste estudo.

Conclusões: O estudo evidenciou vários efeitos adversos e limitações decorrentes do uso de EPI's, sugerindo o desenvolvimento de políticas e estratégias que garantam o bem-estar dos enfermeiros e melhor capacidade de desempenho na realização de procedimentos e prestação de cuidados.

Palavras-chave: Infecções por Coronavirus; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Equipamento de Proteção Individual.

ABSTRACT

Introduction: The 2019 Coronavirus disease pandemic (COVID-19) has rapidly evolved and affected healthcare workers, who have been required to wear personal protective equipment (PPE) to reduce the risk of acquiring or transmitting Coronavirus disease. PPE has been a challenge to patient care, interpersonal relationships and the health and well-being of professionals.

Objetives: To describe the nurses' experiences with the use of personal protective equipment in a COVID-19 emergency service.

Methods: A hermeneutic phenomenological qualitative methodology was applied, which allowed for a reflection on the basic structures of the lived experiences reported by the participants. 11 nurses were interviewed in a hospital in northern Portugal.

Results: From the analysis of the interviews, four themes emerged regarding the nurses' experiences and, in relation to the theme under study, several categories were identified: difficulties and obstacles, implications for use, duration of use, and attitudes of users and relatives. Within these categories, several subcategories were identified and carefully analysed in this study.

Conclusion: The study evidenced several adverse effects and limitations arising from the use of PPE, suggesting the development of policies and strategies to ensure the well-being of nurses and better performance capacity in performing procedures and providing care.

Keywords: Coronavirus Infections; Nursing; Qualitative Research; Personal Protective Equipment.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de enfermedades por Coronavirus de 2019 (COVID-19) ha evolucionado rápidamente y ha afectado a los trabajadores sanitarios, a los que se les ha exigido el uso de equipos de protección individual (EPI) para reducir el riesgo de contagio o transmisión de la enfermedad por Coronavirus. Los EPI han supuesto un reto para la atención al paciente, las relaciones interpersonales y la salud y el bienestar de los profesionales.

Objetivos: Describir las experiencias del personal de enfermería con el uso de equipos de protección individual en un servicio de urgencias COVID-19.

Métodos: Se aplicó una metodología cualitativa fenomenológica hermenéutica, que permitió reflexionar sobre las estructuras básicas de las experiencias vividas relatadas por los participantes. Se entrevistó a 11 enfermeras en un hospital de la zona norte de Portugal.

Resultados: Del análisis de las entrevistas surgieron cuatro temas sobre las experiencias de las enfermeras y, en relación con el tema estudiado, se identificaron varias categorías: dificultades y obstáculos, implicaciones para el uso, duración del uso y actitudes de los pacientes y familiares. Dentro de estas categorías, se identificaron varias subcategorías que se analizaron cuidadosamente.

Conclusiones: El estudio evidenció varios efectos adversos y limitaciones derivadas del uso de los EPI, sugiriendo el desarrollo de políticas y estrategias que garanticen el bienestar de las enfermeras y una mejor capacidad de desempeño en la realización de procedimientos y prestación de cuidados.

Palabras Clave: Infecciones por Coronavirus; Enfermería; Investigación Cualitativa; Equipo de Protección Personal.

INTRODUÇÃO

A pandemia por doença de Coronavírus de 2019 (COVID-19) apresentou uma rápida evolução, afetando toda a comunidade mundial. Os profissionais de saúde têm trabalhado eficazmente contra a COVID-19, enfrentando um risco substancial de infecção (designada de SARS-CoV-2), sendo fundamentais para o cuidado contínuo e seguro aos doentes e para o controlo dos surtos (Chang et al., 2020).

Inicialmente o conhecimento da doença, patogenicidade, forma de transmissão e tratamento da doença, não era bem conhecido, o que aumentou o nervosismo e falta de confiança em lidar com a doença, obrigando, num curto espaço de tempo, a adquirir conhecimentos e a desenvolver novas competências nos procedimentos prestados a estes doentes (Liu et al., 2020).

Entre outras inúmeras práticas, os profissionais de saúde passaram a utilizar equipamentos de proteção individual (EPI's) como meio de barreira para prevenir a infecção por SARS-CoV-2 e a potencial transmissão da doença através das mucosas como nariz, boca e olhos.

Por se tratar de um contexto relativamente recente, emerge a necessidade de compreender que implicações teve esta realidade para a prática clínica de enfermagem. Com este estudo, pretende-se dar uma resposta empírica à questão de investigação formulada: Quais as

vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual, num serviço de urgência COVID-19?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros representam uma “linha crítica de defesa”, confrontados com desafios únicos relativamente à sua proteção individual e da sua família, trabalham sob maior stress e com sobrecarga de trabalho em condições mais limitadas pelos EPI’s (Iheduru-Anderson, 2020). Líderes na promoção de comunicação e colaboração nos cuidados de saúde, os enfermeiros têm demonstrado uma enorme responsabilidade, reunindo esforços no alívio do sofrimento dos doentes (Liu et al., 2020). Apesar do impacto da pandemia e da impossibilidade de estarem preparados para esta crise, movem todos os esforços para salvar vidas humanas, fornecendo um cuidado holístico a todos os doentes (Iheduru-Anderson, 2020).

Uma vez que a transmissão do vírus é causada essencialmente por contacto ou através de gotículas a cerca de 1 metro de distância da pessoa infetada, os profissionais de saúde encontram-se em risco de contágio, sendo que, por via aérea, o risco ocorre durante procedimentos técnicos geradores de aerossóis (Cook, 2020). Durante estes procedimentos é necessário a utilização de proteção complementar através de dispositivos de proteção respiratória (Coca et al., 2017). A utilização de EPI’s adequada aos diferentes tipos de transmissão potencial de cada doente reduz o risco de transmissão (Cook, 2020).

A literatura dá especial destaque à importância ao uso de EPI’s nos profissionais que cuidam de doentes com COVID-19 (comumente designados de profissionais “da linha da frente”), como forma de reduzir o contágio e proteger a sua saúde e bem-estar, essenciais na contenção dos surtos (Tabah et al., 2020). Estes enfermeiros devem estar dotados de conhecimentos e competências essenciais, assumindo várias funções desde a triagem para detetar casos suspeitos, à prestação de cuidados essenciais em situações de emergência, com precaução e medidas de controlo de infeção (Iheduru-Anderson, 2020). No entanto, o uso de EPI’s tem-se revelado especialmente desafiante, com consequências negativas quer na prestação de cuidados de saúde aos doentes e no relacionamento interpessoal como na sua própria saúde e bem-estar (Coca et al., 2017; Carter et al., 2020; Gaoua et al., 2011; Morabito et al., 2020; Den Boon et al., 2018).

A natureza impermeável e incapsulante de alguns EPI’s impede a perda de calor, que combinada com o peso adicional e mobilidade restrita, pode aumentar o nível de *stress* por calor, e consequentemente, a tensão térmica nos profissionais de saúde (Coca et al., 2017).

São relatados vários sintomas relacionados com o calor, com o *stress* térmico e com a fadiga, que se revelam prejudiciais no desempenho físico e cognitivo (Davey et al., 2021). O material hermético dos EPI's provoca sudorese excessiva e as roupas dos profissionais rapidamente ficam molhadas, o que em conjunto com a desativação do aquecimento central para reduzir a contaminação, causava frio e desconforto, especialmente durante os turnos noturnos (Liu et al., 2020). A exposição crónica dos profissionais ao *stress* por calor conduziu ao aparecimento de algumas doenças, como insuficiência renal, perturbações do sono, apetite e no relacionamento interpessoal (Carter et al., 2020). Para além disso, o *stress* por calor potencia o surgimento de algumas perturbações cognitivas, essencialmente no que se refere a operações mentais complexas, comprometimento da destreza e visibilidade (Gaoua et al., 2011; Morabito et al., 2020; Den Boon et al., 2018), podendo afetar negativamente o desempenho dos profissionais e assim comprometer a sua segurança e bem-estar.

Em relação aos procedimentos técnicos alguns estudos apontam para dificuldades na execução de punções venosas, ressuscitação cardiopulmonar e realização de avaliações dos utentes (Davey et al., 2021). Outros estudos ainda revelaram dificuldades de atenção e resolução de problemas complexos, cefaleias, dispneia e taquicardia, havendo narrativas de remoção de parte do EPI, para aliviar o desconforto, com conseqüente aumento do risco de exposição ao vírus (Honda & Iwata, 2016; Liu et al., 2020).

Para além disso, alguns estudos destacaram questões específicas relacionadas com alguns itens individuais dos EPI's como a visibilidade reduzida relacionada com o uso de máscara de proteção, óculos e viseira, e dificuldades na respiração e comunicação (Davey et al., 2021), sendo ainda evidenciado o comprometimento do relacionamento com os doentes, pelo encobrimento da expressão facial que dificulta a comunicação verbal e não verbal (Tabah et al., 2020).

O uso prolongado de máscara, óculos e viseira também conduziu ao aparecimento de dermatite de contato na região facial e irritação nos olhos de alguns profissionais de saúde (Tabah et al., 2020; Liu et al., 2020).

A pandemia COVID-19 parece estar associada a vários fatores que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde (Vindrola-Padros et al., 2020) e conhecer as vivências dos enfermeiros, com a utilização de EPI's na prestação de cuidados, medos, receios, dificuldades e formas de adaptação, é relevante para a população em estudo. As experiências vividas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 representam o único meio de se compreender em profundidade as suas vivências e o significado atribuído às mesmas (Ardebili et al., 2020).

2. MÉTODOS

Para desenvolver este estudo foi utilizada uma metodologia qualitativa, por permitir uma compreensão mais aprofundada do complexo comportamento humano (Tombolato & Santos, 2020). Através do método fenomenológico-hermenêutico, um método de reflexão sobre “as estruturas básicas da experiência vivida da existência humana” (Van Manen, 2016, p.26), procurou-se abordar o fenómeno do cuidar vivenciado pelos enfermeiros.

De acordo com este método o investigador envolve-se numa hermenêutica dupla, uma vez que tenta dar sentido à tentativa do participante em dar sentido à sua própria experiência. Partilha com o participante as mesmas capacidades mentais e competências pessoais e a propriedade fundamental humana, apesar de desenvolver um processo mais consciente e sistemático no processo de revelar a experiência relatada (Tombolato & Santos, 2020).

O primeiro passo (*epoché*) exige a leitura da descrição na íntegra de modo a se obter um sentido de totalidade que ajudará a estabelecer o segundo passo, a redução fenomenológica, que permite identificar todas as estruturas e por fim, foi realizada uma descrição dos significados psicológicos atribuídos pelos entrevistados (análise eidética) fundamentada na globalidade dos testemunhos (Van Manen, 2016).

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética do CHTMAD (Parecer n.º R. 1137 do dia 20.05.2021) (anexo 1) e respeitados os princípios éticos fundamentais a considerar em investigação de seres humanos (Princípios de Helsínquia). A natureza voluntária, anónima e confidencial do estudo foi explanada aos participantes, aquando da obtenção do consentimento livre, informado e escrito antes de cada entrevista. Foram ainda cumpridas as recomendações da Declaração da World Medical Association relativas à recolha ética e legal dos dados (World Medical Association, 2008).

Os participantes foram selecionados através do método qualitativo de amostragem proporcional representativa do fenómeno, tendo existido critérios de intencionalidade na seleção dos participantes. Nesse sentido selecionámos enfermeiros que demonstraram vontade em relatar as suas experiências e vivências com a utilização de EPI's num serviço de urgência COVID-19.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista qualitativa semi-estruturada, que permite ao participante exprimir as suas experiências, visões e perceções das suas vivências do fenómeno em estudo, possibilitando ao investigador a extração de um enorme número de dados objetivos e subjetivos e compreender a subjetividade do indivíduo através dos seus relatos.

A realização das entrevistas foi apoiada por um guião elaborado especificamente para este estudo, com questões gerais sobre o tema em análise, como por exemplo: “Que implicações teve para si a pandemia COVID-19?”, “Relativamente à utilização de EPI’s fale-me da sua experiência... que implicações teve na sua prática profissional?”. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, em formato digital, após obtido o consentimento de cada participante, tendo decorrido entre 21 a 26 de Maio de 2021, com uma duração entre 8:14 e 53:12 minutos. A cada entrevista foi atribuído um código E (entrevista) e n (número relacionado com o objetivo de garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados. A recolha dos dados terminou quando os investigadores consideraram ter obtido a saturação teórica dos resultados, à 11ª entrevista, sendo que este número de entrevistas se encontra em concordância com a previsão efetuada inicialmente, com base em estudos anteriores centrados em fenómenos de natureza semelhante.

A análise de dados foi realizada com recurso ao software Nvivo12 (QRS International, EUA, 2018).

Numa primeira fase as entrevistas foram transcritas na íntegra tal como foram verbalizadas (*verbatim*) pelos entrevistados, conservando a sua originalidade e foi realizada leitura e releitura repetida das transcrições. De acordo com Van Manen (2016) deve ser realizada uma leitura holística, uma leitura seletiva e uma leitura detalhada.

Na fase seguinte identificaram-se as várias estruturas das experiências vividas, fragmentando os relatos em unidades significativas, no sentido de se interpretar as vivências relatadas, que permitiu iniciar a codificação das várias unidades. Seguidamente e de acordo com Mozzato et al. (2016) foram criados códigos para cada unidade de significado, sucedida pela organização das ideias em unidades temáticas numa estrutura compreensiva mais complexa. Na última fase as unidades de significado foram transformadas em temas. Os extratos mais ilustrativos de cada categoria foram reportados na explanação dos resultados utilizando pseudónimos, no sentido de manter o anonimato dos participantes.

3. RESULTADOS

As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos. 63,6% dos participantes são do sexo feminino e 36,4% do sexo masculino. 63,6% são casados e 36,4% solteiros. 27,3% têm idade inferior a 30 anos, 63,6% idades entre 30 a 60 anos e 9,1% têm mais de 60 anos. 72,7% dos participantes detêm Licenciatura e 27,3 Mestrado. 90,9% exercem como enfermeiro e 9,1% como especialista.

Mais de metade da amostra, 54,5% tem um tempo de experiência profissional entre 5 a 9 anos. Mais de metade da amostra, 63,6% tem experiência profissional no SU inferior a 6 anos.

As entrevistas permitiram recolher dados relativos a quatro temas experienciais, que são ilustrados na Figura 1.

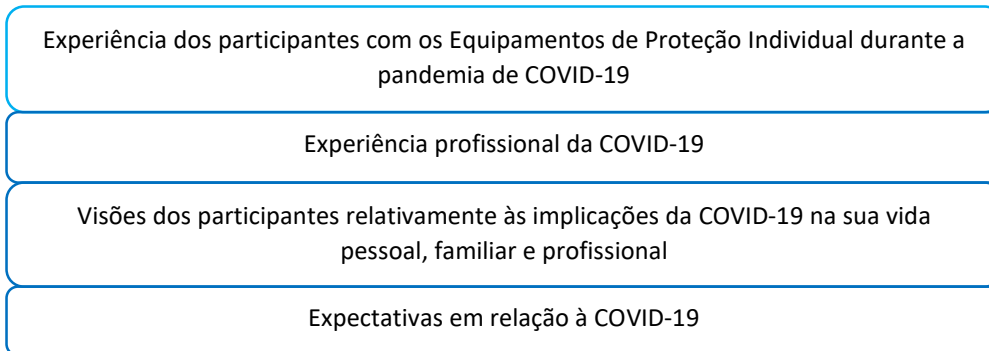


Figura 1 - Temas emergentes das entrevistas qualitativas.

Em cada um dos temas foram identificadas categorias, tendo emergido em cada uma delas diferentes subcategorias. No âmbito deste artigo apenas nos iremos focar no primeiro tema emergente. A estrutura essencial do fenómeno “Experiência dos participantes com os Equipamentos de Proteção Individual durante a pandemia de COVID-19” foi obtida de forma indutiva evidenciando quatro categorias vivenciais como é ilustrado na figura 2.

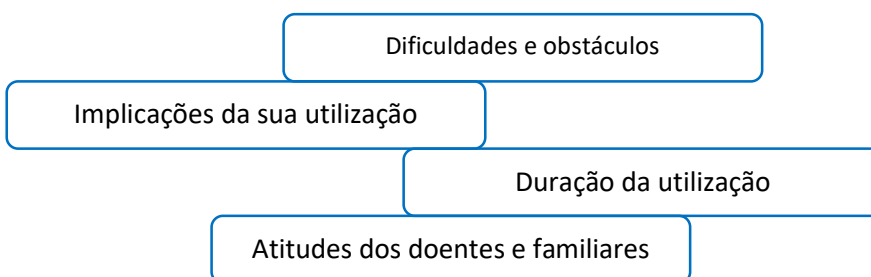


Figura 2 - Categorias emergentes das entrevistas relativamente ao fenómeno vivencial “Experiência dos participantes com os Equipamentos de Proteção Individual durante a pandemia de COVID-19”.

Dificuldades e obstáculos

As principais dificuldades e obstáculos mencionados pelos participantes foram o desconforto físico, evidenciado pelo calor excessivo sentido dentro dos fatos de proteção individual, e a dificuldade na realização de procedimentos de enfermagem e na prestação de cuidados ao doente (Apêndice 1):

“A maior dificuldade era... o calor (em tom de voz mais elevado), era um desespero (...) era muito calor... Eu acho que só mesmo passando pela experiência é que se consegue mesmo dizer, porque... nunca imaginamos utilizar estes equipamentos que estamos a utilizar, nunca imaginamos mesmo, principalmente os fatos completos, é algo que só quando estamos mesmo a vestir o fato é que sentimos, é que sentimos a... a impotência que temos em não conseguir muitas vezes (...) prestar os melhores cuidados devido ao cansaço psicológico e mesmo cansaço físico (...)” E04

“(...) a viseira ficava totalmente embaciada e... havia... uma diminuição da acuidade visual relativamente até na punção... para picar os doentes... para colheita... de análises... isso e outras coisas (...)” E03

Para além disto, os entrevistados referiram ainda que o uso de EPI's causou dificuldades tanto na comunicação entre os profissionais e os doentes como na comunicação entre os próprios profissionais:

“A dificuldade na audição, as pessoas não nos conseguiam ouvir muito bem. Nós próprios não nos percebíamos muito bem. Com os EPI's. Tínhamos que falar sempre mais alto, e falar sempre com mais calma (...)” E02

“Depois a comunicação era horrível entre nós, nós não conseguíamos ouvir-nos uns aos outros (...)” E06

A falta de prática no uso destes equipamentos, as dificuldades de visão e a falta de sensibilidade foram outros dos obstáculos causados pela utilização dos equipamentos mais mencionadas pelos enfermeiros entrevistados. Os participantes referiram ainda outros obstáculos e dificuldades experienciadas como a sudorese excessiva e a incapacidade em suprir necessidades básicas:

“(...) as idas à casa de banho, comer e beber eram muito limitadas (...)” E06

Ainda são referidos o cansaço físico e emocional, o distanciamento entre o profissional e o doente, assim como a mobilidade reduzida:

“(...) os EPI eram muito limitadores, em termos de movimentos, em termos de prestação de cuidados (...) parece que tamos a trabalhar presos, que estamos a trabalhar (...) de

uma certa forma, enferrujados, limitados (...) tudo o que é da nossa competência tava limitado.” E06

Com uma menor expressão, alguns enfermeiros entrevistados mencionaram ainda dificuldades em respirar, em confortar o doente, em reconhecer os colegas de equipa, bem como em vestir e despir toda a parafernália do equipamento.

Implicações da sua utilização

As implicações da utilização dos EPI's foram identificadas em várias sub-categorias (Apêndice 2), as mais prevalentes dizem respeito à exaustão física e emocional sentida pelos participantes e à diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao doente:

“Exausta... molhada... frustrada... sei lá... aquele sentimento que podíamos ter feito mais e que não conseguimos porque estamos com o equipamento vestido! É esse sentimento! (lágrimas nos olhos).” E07

“Muito difícil (...) mesmo que tentassem comunicar, nós [enfermeiros], com as viseiras todas embaciadas, tornava-se difícil... tentávamos fazer o melhor possível (...) Muitas barreiras à comunicação... que nos impediam de, de prestar os cuidados, com mais qualidade (...)” E07

Foram também mencionados problemas de pele, desidratação, stress, marcas psicológicas e frustração, experienciados pelos participantes:

“Vai deixar marcas psicológicas, vai deixar marcas físicas, porque queiramos ou não, foi muito tempo com EPI's que nos modificaram (...) Principalmente as psicológicas, porque as físicas nós vamos ultrapassando, mas as psicológicas vão ficar, porque, essas o tempo não vai apagar (...)” E06

“(...) vestirmos aquilo tudo, o material todo de proteção individual e, depois ainda termos que prestar cuidados e tentar estar concentrados não só no que estamos a fazer, mas ouvir aquilo que nos estão a dizer... era um bocado frustrante (...) Tentar conciliar tudo, tentar entender, tentar prestar os cuidados (...) para que o doente não sentisse com isso (...) Senti frustração, claro que senti. Senti que... que sem aquilo [EPI's] podia fazer muito mais e muito melhor!” E07

Com menor expressão são referidos a necessidade de reorganização do modo de trabalho, a ansiedade experienciada, a diminuição da qualidade do trabalho que potenciava a ocorrência de erros involuntários, rouquidão por utilização de tons de voz mais elevados para que a

comunicação fosse efetiva e emagrecimento, assim como a importância dos EPI's na proteção dos profissionais:

“Implicou (...) menos qualidade se calhar, em termos dos cuidados... prestados (ar de tristeza). Hum... mais stress, podem-nos levar a cometer mais erros... involuntariamente (...) E06

“(...) era a máscara, era a viseira, era tudo mais que abafava o som, o som não passava (...) e era impossível ouvir-se fosse o que fosse (...) utilizávamos muitas vezes muita escrita, na altura, aquela nossa escrita que nós escrevíamos até nas portas pra ser mais fácil a comunicação (...), porque a verbal era muito complicada, porque nem se ouvia nem se conseguia falar. Nós chegávamos ao final do turno roucos (...)” E06

“(...) apesar da dificuldade dos equipamentos, foram eles que nos livraram de problemas mais sérios para nós e para os nossos [familiares e amigos] (...)” E08

Duração da utilização

Relativamente à duração da utilização dos EPI's (Apêndice 3), 7 a 8 horas e 6 horas são as experiências mais relatadas pelos enfermeiros entrevistados:

“Turnos inteiros... Penso que nunca tive mais que 8 horas com o fato vestido (...) revezávamo-nos entre colegas. Acredito que houvesse colegas que tivessem muito mais (...) mas eu acho que nunca estive mais que 8 horas.” E07

“(...) às vezes seguido... 6 horas (...) [aconteceu muitas vezes] (longo suspiro, com lágrimas nos olhos).” E04

Também são relatados, durante as entrevistas a utilização dos EPI's durante 12 horas e durante mais que do que as quatro horas recomendadas pelas orientações internacionais:

“(...) quando fazíamos turnos de 12 horas... chegou a haver turnos que eram as 12 horas de equipamento vestido. Retirávamos apenas para comer e o resto do tempo era sempre de equipamento vestido.” E01

“Nós tínhamos muito receio e até ir à casa de banho tínhamos receio. Por isso. Usei bastantes horas. (...) foi mais [do] que as 4 horas recomendadas (...)” E02

Menos relatadas são as vivências relativas à utilização dos EPI's durante 5 horas e 4 horas:

“No início foram para aí cinco horas, vestido com o fato (...)” E03

Atitudes dos doentes e familiares

As principais atitudes dos utentes e familiares relativamente à utilização dos EPI's mencionadas pelos participantes (Apêndice 4) foram o medo da doença e a falta de compreensão relativamente aos procedimentos utilizados para contenção da pandemia.

*“Eu acho que... os utentes mal entravam na área COVID, eles sentiam-se (...) com medo.”
E10*

“Não acreditavam, diziam mesmo que não era preciso usarmos aquele equipamento todo, porque não tinham COVID (...)” E04

A recusa do diagnóstico também foi frequentemente mencionada nos relatos dos participantes tal como o desrespeito pelas normas instituídas no serviço de urgência COVID-19:

“(...) ninguém aceitava que tinha COVID (...)” E02

“(...) [Não querem] assumir de que estão doentes e depois andam aí na comunidade a... a fazer (...) a disseminação, a transmissão da doença.” E05

O reconhecimento do esforço dos profissionais também foi referido pelos participantes, tal como a ansiedade por notícias e o estarem assustados com a doença:

“(...) as pessoas achavam que iam morrer e nós eramos os únicos que os podiam salvar (...) tratavam-nos bem, porque achavam que iam morrer (...)” E09

“(...) havia sempre aquela ansiedade de saber o que se passa lá dentro [da urgência]. O que é que estão a fazer ao meu pai ou à minha mãe (...)” E11

“(...) deparam-se com uma pessoa totalmente equipada, dos pés à cabeça. Com um fato branco, uma viseira, com uma máscara, com luvas, e... nem conseguem ver a pessoa (...) Vêem a pessoa num fato (...) ter esse impacto, de ver uma pessoa completamente equipada assusta as pessoas (...)” E07

A compreensão do uso de EPI's, a pressão exercida sobre os profissionais, a estigmatização e a recusa em realizar tratamentos são as atitudes dos utentes referidas com menor frequência nas entrevistas:

“Aí acho que houve uma compreensão dos [utentes] (...) de todo o equipamento... todo o aparato (...)” E01

“(...) a partir do momento [em] que as pessoas entravam para dentro [da urgência] (...) notava-se um grande stress a nível das famílias, depois também, a nível de pressão sobre

nós [enfermeiros] para saber informações, saber o que é que se passava [com os familiares] (...)" E06

4. DISCUSSÃO

Os enfermeiros têm desempenhado um papel fundamental no combate à pandemia COVID-19 e o nosso estudo encontrou muitos relatos de desconforto, dificuldades na realização de procedimentos e na comunicação.

Neste estudo foram utilizados os relatos de 11 enfermeiros, tendo todos eles mencionado dificuldades relacionadas com o desconforto físico/calor e com a realização de procedimentos e prestação de cuidados. São também, encontrados relatos de exaustão e *stress* associados à utilização de EPI's, com manifestações de incapacidade em desempenhar tarefas com qualidade. Também os estudos de Coca et al. (2017) e Carter et al. (2020) fazem referência ao *stress* fisiológico aumentado provocado pelo calor, assim como ao impacto negativo no desempenho e na realização de procedimentos. Em alguns estudos, o desconforto físico/calor está associado a sudorese intensa (Liu et al., 2020; Coca et al., 2017). Nesse sentido, proporcionar ambientes de trabalho mais frios podem ter benefícios na redução do *stress* e desconforto (Davey et. al, 2021).

As dificuldades na comunicação são relatadas pela maioria dos entrevistados, tanto na comunicação entre o profissional e o doente como na comunicação entre profissionais, tal como apontado no estudo de Davey et al. (2021), em que se identificaram dificuldades na comunicação entre colegas e utentes. Os entrevistados referem ainda dificuldades em identificar os colegas com o fato vestido e em comunicarem pelo uso de várias barreiras de proteção que diminuía a projeção do som, sendo também relatada rouquidão pelo uso de um tom de voz mais elevado durante o turno de trabalho, como tentativa de estabelecer uma comunicação eficaz.

O encobrimento da face também agravou o processo de comunicação verbal e não verbal, mascarando a expressão facial (Tabah el al., 2020; Vindrola-Padros et al., 2020), como nos foi possível aferir dos relatos. De salientar que, em populações específicas como a idosa, a comunicação é muito dependente da leitura dos lábios (Hoernke et al., 2020). Por isso, devem ser desenvolvidas estratégias de treino e comunicação para que reduzam a angústia e fomentem o conhecimento e as habilidades que garantam eficiência e cuidados de qualidade (Liu et al. 2020).

A falta de prática no uso de EPI's é referida por mais de metade dos participantes, havendo referência ao tempo excessivo gasto na colocação e remoção dos EPI's e ao apoio entre

colegas durante estes procedimentos. Os profissionais de saúde devem ser treinados e formados sobre o uso adequado e os riscos potenciais na utilização dos EPI's como forma de aumentar a eficácia na sua utilização (Vindrola-Padros et al., 2020; Coca et al., 2017; Cook, 2019; Honda & Iwata, 2016; Liu, et al., 2020; Hoernke et al., 2020).

O momento de despir o equipamento era visto como potencialmente favorável à contaminação, exigindo mais tempo e rigor no procedimento, tal como salientado no estudo de Cook (2020) e de Davey et al. (2021), pelo que constituía um momento gerador de mais stress nos participantes. A literatura recomenda que o procedimento deve ser avaliado, monitorizado e supervisionado por alguém que possa fazer correções (Honda & Iwata, 2016) à semelhança de relatos dos enfermeiros que participaram no nosso estudo.

Dificuldades visuais, por utilização dos fatos e pelo embaciamento dos óculos e viseiras são referidas por mais de metade dos entrevistados, problemas estes já documentados em estudos prévios, nos quais também houve destaque para a perda de sensibilidade nas mãos pela utilização de dois pares de luvas, com inconvenientes na realização dos procedimentos de enfermagem (Davey et al., 2021; Vindrola-Padros et al., 2020; Coca et al., 2017; Carter et al., 2020; Hoernke et al., 2020).

O cansaço físico e mental é referenciado e associado a um maior tempo e dificuldade no desempenho de procedimentos de enfermagem, tornando o trabalho dos profissionais mais difícil com incremento no tempo usado para desempenhar tarefas e comprometimento do desempenho dos profissionais de saúde (Davey et al., 2021). De igual forma, todas estas dificuldades potenciavam o risco de cometer erros involuntários. No nosso estudo estas vivências surgem associadas a sentimentos de frustração e ansiedade.

A dificuldade em respirar foi relatada pelos entrevistados tal como no estudo de Morabito et al. (2020), no qual se refere o aumento da frequência respiratória associada ao desconforto, que se estende da superfície corporal a todo o corpo. O uso de viseira aparece relacionada com impacto negativo na respiração (Davey et al., 2021).

A desidratação também foi referida nos relatos, surgindo associada ao *stress* por calor, tal como noutros estudos anteriores (Coca et al., 2017; Hoernke et al., 2020), que mencionam estratégias de hidratação para combater este problema e evitar problemas associados à desidratação como fadiga e diminuição do desempenho, experiências vivenciais encontradas nos relatos dos entrevistados. No mesmo estudo também existe referência a emagrecimento associado a perdas por sudorese, tal como foi encontrado em pelo menos um relato das entrevistas qualitativas.

Alterações na pele, como pele seca, acne ou lesões foram mencionadas em algumas experiências vivenciais e associadas ao uso continuado de equipamentos. As máscaras podem causar dermatites, erupções e pele seca (Hoernke et al., 2020).

Desta forma, mostra-se imperioso uma reestruturação dos procedimentos operacionais e políticas relacionadas com o uso de EPI's em ambientes de saúde, como o agendamento de pausas mais longas, uso de EPI's menos *stressante* termicamente, o aumento da oportunidade de hidratação e trabalho em ambientes com mais refrigeração (Davey et al., 2021).

O trabalho intensivo de combate à pandemia esgotou os profissionais, tanto física como emocionalmente e os enfermeiros assumiram tarefas difíceis, mostrando dedicação e aceitação da exigência de se colocar em risco e com excesso de trabalho (Liu et al., 2020). A necessidade de fazer intervalos durante os turnos foi um aspeto valorizado pelos participantes, apesar de os enfermeiros experienciarem uma dualidade de sentimentos, por um lado a necessidade de o fazer e por outro, a falta de pessoal e o sentimento de culpa pelo desperdício de EPI's (Tabah et al, 2020).

A duração da utilização dos equipamentos surge maioritariamente referida como superior a seis horas, havendo também referência a doze horas, por necessidade de prestação de cuidados e também pelo reconhecimento da necessidade de evitar desperdícios, por parte dos profissionais. Os profissionais experienciaram o sentimento de culpa no desperdício de equipamentos e encaram o processo de remover e voltar a colocar o equipamento como um processo demorado, reconhecendo ainda o risco de contágio aumentado no momento de despir os EPI's (Hoernke et al., 2020). A prestação de cuidados com EPI's por longos períodos de tempo é associada a angústia física (Liu et al., 2020).

O uso de EPI's protege os profissionais e reduz o risco de transmissão de doenças (Cook, 2020) e no nosso estudo são encontrados relatos de enfermeiros que reconhecem a importância dos EPI's na prevenção da contaminação e na importância do seu uso de forma consciente e adequada. Há referências à remoção de parte do equipamento para conseguirem concluir procedimentos e à sua não utilização em situações de emergência e risco de vida para o doente. Em determinadas situações os profissionais admitem a remoção de parte do equipamento, como por exemplo durante a comunicação de assuntos importantes e obtenção do consentimento informado (Hoernke et al., 2020).

A infeção dos profissionais de saúde tem sido um problema e para ajudar a reduzir o medo e a incerteza é essencial melhorar a prevenção e controlo, capacitar para o uso de EPI's, criar um ambiente seguro, oferecer recursos suficientes e ter equipas que treinem, monitorizem e supervisionem a infeção (Liu et al, 2020).

Neste sentido, é urgente melhorar a resiliência dos profissionais de saúde no uso de EPI's durante as pandemias (Davey et al., 2020). A alteração de políticas de saúde, promovendo o fornecimento adequado de EPI's, a rotação de pessoal e programas de gestão de stress, são fundamentais durante as crises de saúde e permitem melhorar a resposta às necessidades de cuidados de saúde da população (Powell et al., 2008). São evidenciadas lacunas no treino da colocação e remoção de EPI's em segurança. A avaliação frequente e precoce do bem-estar psicológico dos profissionais, debriefing e intervenção precoce são fundamentais (Iheduru-Anderson, 2021). As necessidades físicas, segurança da família, aprovisionamento adequado de EPI's, dotação de equipas e períodos adequados de descanso durante os turnos também são preocupações manifestadas (Chen et al., 2020), sendo necessário que as instituições de saúde e seus líderes forneçam serviços físicos adequados e recursos físicos e psicológicos que apoiem e protejam os profissionais de saúde (Iheduru-Anderson, 2021).

No nosso estudo foram encontrados relatos de medo da doença por parte dos doentes e familiares, associado ao uso de EPI'S, tal como a falta de compreensão e desrespeito pelas normas e procedimentos. O encorajamento e apoio pela população é apreciado pelos profissionais (Vindrola-Padros et al., 2020), assim como o reconhecimento do esforço dos profissionais, evidenciado nas vivências experienciais dos enfermeiros entrevistados.

Por fim este estudo teve como limitações representar apenas as vivências dos profissionais que desempenham funções num único serviço de urgência COVID-19. É essencial que futuras investigações incluam outras populações/ profissionais de saúde e que exerçam funções noutros serviços por forma a garantir uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo.

CONCLUSÕES

Este estudo corroborou a dedicação e aceitação dos enfermeiros em prestar cuidados num serviço de urgência COVID-19, utilizando os EPI's. No entanto, identificaram-se vários efeitos adversos, que comprometem o seu bem-estar e desempenho na prestação de cuidados.

O trabalho intensivo esgotou os profissionais fisicamente e emocionalmente, sendo fundamental desenvolver políticas que salvaguardem o bem-estar dos enfermeiros e a prestação de cuidados aos doentes, com qualidade e segurança. A avaliação precoce do bem-estar psicológico dos enfermeiros e a implementação de estratégias de suporte emocional revelam-se de extrema importância perante a pandemia COVID-19.

Modificações nos EPI's ou alteração nas políticas de utilização são fundamentais para reduzir o stress por calor, melhorar o desempenho, a segurança e o bem-estar dos profissionais com impacto positivo nos cuidados prestados aos doentes.

Os enfermeiros reconhecem a importância da utilização dos EPI's para sua segurança e para a prevenção da contaminação, apesar de serem admitidas falhas na sua utilização EPI's decorrentes da necessidade de resposta rápida ao doente e da dificuldade na realização de determinados procedimentos, emergindo a necessidade de rever alterações nos próprios EPI's utilizados e nas pausas durante o turno de trabalho, que permitam alívio dos efeitos adversos sentidos e potenciem um desempenho no trabalho mais seguro e eficaz.

Agradecimentos

Os autores agradecem a contribuição do CHTMAD e dos enfermeiros entrevistados para a realização do estudo. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardebili, M. E., Naserbakht, M. N., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F. Hakimi, H. Ranjbar, H. (2020). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 49(5), 547-554. doi:10.1016/j.ajic.2020.10.001
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38. ISSN 1980- 7031
- Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L. & Dela Cruz, C., S. (2020). Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8, e13. doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7
- Carter, S., Field, E., Oppermann, E., & Brearley, M. (2020). The impact of perceived heat stress symptoms on work-related tasks and social factors: A cross-sectional survey of Australia's Monsoonal North. *Applied Ergonomics*, 82, 102918. doi:10.1016/j.apergo.2019.102918

- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Coca, A., Quinn, T., Kim, J., Wu, T., Powell, J., Roberge, R. & Shaffer, R. (2017). Physiological Evaluation of Personal Protective Ensembles Recommended for Use in West Africa. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(5), 580-586. doi: 10.1017/dmp.2017.13
- Cook, T. M. (2020). Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. *Anaesthesia*, 75(7), 920-927. doi.org/10.1111/anae.15071
- Davey, S. L., Lee, B. J., Robbins, T., Randevara, H., & Thake, C. D. (2021). Heat Stress and PPE during COVID-19: Impact on health care workers' performance, safety and well-being in NHS settings. *Journal of Hospital Infection*, 108, 185-188. doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.027
- Den Boon, S., Vallenias, C., Ferri, M., & Norris, S.L. (2018). Incorporating health workers' perspectives into a WHO guideline on personal protective equipment developed during an Ebola virus disease outbreak. *F1000Research*, 7, 45. doi:10.12688/f1000research.12922.2
- Gaoua, N., Racinais, S., Grantham, J., & El Massioui, F. (2011). Alterations in cognitive performance during passive hyperthermia are task dependent. *International Journal of Hyperthermia*, 27, 1–9. doi: 10.3109/02656736.2010. 516305
- Honda, H., & Iwata, K. (2016). Personal protective equipment and improving compliance among healthcare workers in high-risk settings. *Current Opinion in Infection Diseases*. 29(4), 400–406. doi:10.1097/QCO.0000000000000280.
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Martin, S., Vanderslott, S., & Vindrola-Prados, C. (2020). Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal. *BMJ Open*, 11(1), e046199. doi:10.1136/bmjopen-2020-046199
- Iheduru-Anderson K. (2020). Reflections on the lived experience of working with limited personal protective equipment during the COVID-19 crisis. *Nursing Inquiry*, 28(1), e12382. doi.org/10.1111/nin.12382

- Liu, Q., Luo, D., Haase, J., E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790-e798. doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7
- Morabito, M., Messeri, A., Crisci, A., Pratali, L., Bonafede, M. & Marincho, A. (2020). Heat warning and public and workers' health at the time of COVID-19 pandemic. *Science of the Total Environment*, 738, 140347. doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140347
- Mozzato, A., R., Grzybovski, D., & Teixeira, A., N. (2016). Análises qualitativas nos estudos organizacionais: as vantagens no uso do software NVivo. *Revista Alcance*, 23(4), 578–587. doi.org/10.14210/alcance.v23n4(Out-Dez).p578-587
- Orengo, F., V., Holanda, A., F., & Goto, T., A. (2020). Psicologia Fenomenológica de Husserl – a (In)compreensão de Psicólogos Brasileiros: Um Estudo Empírico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(4), Spe. 1066-1087. doi:10.12957/epp.2020.56651
- Powell, T., Christ, K. C., & Birkhead, G. S. (2008). Allocation of ventilators in a public health disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(1), 20–26. https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181620794
- QSR International Pty Ltd. (2018) NVivo (Version 12), https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home
- Rodriguez, A. & Smith, J. (2018). Phenomenology as a healthcare research method. *Evid Based Nurs October*, 21(4), 96. https://doi.org/10.1136/eb-2018-102990
- Tabah, A., Ramanan, M., Laupland, K. B., Buetti, N., Cortegiani, A., Mellinghoff, J., Conway Morris, A., Camporota, L., Zappella, N., Elhadi, M., Pova, P., Amrein, K., Vidal, G., Derde, L., Bassetti, M., Francois, G., Ssi Yan Kai, N., De Waele, J. J., & PPE-SAFE contributors (2020). Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *Journal of critical care*, 59, 70–75. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.06.005
- Tombolato, M., A. & Santos, M., A. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(3), 293-304. doi.org/10.18065/2020v26n3.5
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge. ISBN 978-1-61132-944-5

Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Dowrick, A., Djellouli, N., Fillmore, H., Bautista Gonzalez, E., Javadi, D., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Mitchinson, L., Mulcahy Symmons, S., Martin, S., Regenold, N., Robinson, H., Sumray, K., Singleton, G., Syversen, A., Vanderslott, S., & Johnson, G. (2020). Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open*, *10*(11), e040503. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040503>

World Medical Association. (2008). Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Obtido de: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer favorável da Comissão de Ética do CHTMAD.

R. 1137 - Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação sobre "Vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamento de proteção individual, numa urgência COVID-19"

CARLA FONTE <carlaf@chtmad.min-saude.pt>

qui, 20/05/2021 18:13

Para: LILIANA FIGUEIREDO <LILIANACF@chtmad.min-saude.pt>

 2 anexos (722 KB)

SVR-IMP1-AD21042316320.pdf; 1137 inf..pdf;

Exma. Senhora Enfa. Liliana Figueiredo

Para conhecimento e devidos efeitos, remete-se documento relativo ao assunto em apreço, sobre o qual a Comissão Ética, em reunião do dia 19 de maio de 2021 emitiu o seguinte parecer:

"Aprovado."

Mais se informa que este parecer foi homologado em reunião do CA dia 20.05.2021.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte

Secretariado do Conselho de Administração

Avenida da Noruega

5 000 - 508 Vila Real

E. carlaf@chtmad.min-saude.pt

T. +351259300508 F. +351259300503



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Categoria “Dificuldades e obstáculos”.

| Sub-categoria | Extratos ilustrativos |
|---|---|
| Desconforto físico/calor | <p>“A maior dificuldade era... o calor (em tom de voz mais elevado), era um desespero que às vezes ficávamos, era muito calor... Eu acho que so mesmo passando pela experiência é que se consegue mesmo hum dizer, porque... nunca imaginamos utilizar estes equipamentos que estamos a utilizar, nunca imaginamos mesmo, principalmente os fatos completos, éeee algo que só quando estamos mesmo a vestir o fato é que sentimos, é que sentimos a... a impotência que temos em não conseguir muitas vezes às vezes prestar os melhores cuidados devido ao cansaço psicológico e mesmo cansaço físico, devido ao calor eee, a tudo do fato (tom de voz mais elevado, lágrimas nos olhos).” E04</p> <p>“(…) uma pessoa não está confortável a trabalhar humm... com aquele equipamento todo. Fica-se muito, com muito calor (…)” E11</p> <p>“Eu acho que so mesmo passando pela experiência é que se consegue mesmo hum dizer, porque... nunca imaginamos utilizar estes equipamentos que estamos a utilizar, nunca imaginamos mesmo, principalmente os fatos completos, éeee algo que só quando estamos mesmo a vestir o fato é que sentimos, é que sentimos a... a impotência que temos em não conseguir muitas vezes às vezes prestar os melhores cuidados devido ao cansaço psicológico e mesmo cansaço físico, devido ao calor eee, a tudo do fato (tom de voz mais elevado, lágrimas nos olhos).” E04</p> |
| Realização de procedimentos e prestação de cuidados | <p>“Principalmente por causa de... por causa das luvas porque... nomeadamente nas... nas punções venosas. Hum... o estar com dois pares de luvas acaba por nos dificultar mais o ... tatear das veias...” E01</p> <p>“No visual havia um bocadinho porque como eu digo aquilo... a viseira ficava totalmente embaciada e... havia... uma diminuição da acuidade visual relativamente até na punção... para picar os doentes... para colheita... de... de... de análises... isso e outras coisa é... era só aí que demonstrava um bocadinho da diminuição da acuidade visual. O fato de estar bacejada a viseira.” E03</p> |
| Comunicação entre o profissional e o doente | <p>“A dificuldade na audição, as pessoas não nos conseguiam ouvir muito bem. Nós próprios não nos percebíamos muito bem. Com os EPI’s. Tínhamos que falar sempre mais alto, e falar sempre com mais calma. Hum, e acho que ... basicamente isso. Os EPI’s é uma barreira um bocado complicada para nós comunicarmos.” E02</p> <p>“(…) a comunicar com as pessoas com máscaras, não percebiam. Com as viseiras era muito complicado comunicar, principalmente.” E04</p> |
| Comunicação entre profissionais | <p>“Muitas. A nível de comunicação, com os EPI’s, nós não conseguíamos ter... percepção do que as pessoas nos dizem, em termos de comunicação, quer médica, quer de enfermagem, quer dos assistentes operacionais, pra já porque não conseguimos ter a visualização da, da, da cara, da boca, neste caso. Por mais que queiramos fazer leitura dos lábios ou outra coisa, não conseguimos porque tamos tapados, depois... era a máscara, era a viseira, era tudo mais que abafava o som, o som não passava.” E06</p> |
| Falta de prática no uso de EPIs | <p>“(…) comunicar com os outros colegas da equipa. Com os médicos, com os técnicos do laboratório, acho que aí também houve um bocadinho mais de dificuldade porque nós estávamos numa área suja e não podíamos sair dali. Numa situação normal num serviço de urgência, uma pessoa pega e vai ao pé do médico. Ali não. É só o telefone. E também foi complicado em termos de comunicação, que às vezes o telefone não estava acessível, ou porque os médicos não nos compreendiam, mas foi isso, basicamente isso.” E10</p> <p>“Inicialmente foi um bocado complicado, hum, porque para além de equiparmos, não é? Não é que fosse um bicho de sete cabeças aprendermos a equipar, nós já sabíamos nos equipar. Pronto não era o habitual, mas sabíamos o que tínhamos que usar e a teoria como é que tínhamos de fazer. Hum... no equipar e desequipar.” E02</p> |

| | |
|--|---|
| Dificuldades de visão | <i>“O fato de proteção, por exemplo a viseira, a viseira foi das coisas que mais me custou, por exemplo? Pa picar um doente, porquê? Acho que a visibilidade não é... muito acentuada, muito, não é muito, muita, não dá muita fiabilidade. Então às vezes acontecia-me eu ter de tirar a viseira, para picar o doente, por exemplo, porque, era uma veia mais difícil ou isto ou aquilo, eu então, pega tirava e picava o doente assim, pois. Isto é, era o que eu dizia à bocado, dava-me insegurança.” E05</i> |
| Falta de sensibilidade | <i>“Quando estava mais calor, no verão, por exemplo, o material, como é plastificado, nós transpirávamos bastante e ressoávamos bastante, hum... as mãos pegajosas nas luvas, dificuldades a, a, na sensibilidade, as viseiras todas transpiradas, que mal conseguíamos visualizar bem, as veias, sentíamos, mas visualizar, quase nada. Mesmo em procedimentos de entubação, de algaliação, eu acho que a viseira, hum... nos causou mais dificuldades, por causa da visão, porque embaciava bastante, ou os óculos de proteção. Era a mesma coisa.” E07</i> |
| Sudorese excessiva | <i>“Depois em pleno verão... era muito complicado, porque eram temperaturas muito altas, transpirávamos muito, estávamos com a roupa toda molhada, toda encharcada não é, desconfortáveis, portanto, nós próprios desconfortáveis a prestar cuidados a um doente é muito complicado.” E06</i> |
| Não suprir necessidades básicas | <i>“com horários de 12 horas, hum, bastante complicados, porque eram 12 horas muito intensas, onde, com os equipamentos de proteção vestidos durante muito tempo, onde, as idas à casa de banho, comer e beber eram muito limitadas, onde, era muito complicado trabalhar.” E06</i> |
| Cansaço físico e mental | <i>“Tinham que despir o fato todo, completamente, para se limpar. E... coitados... essas dificuldades... eles também se deviam sentir frustrados... digo eu. Frustrado e chateados e etc que tirar aquilo tudo... é cansativo... muito... foi cansativo. Foi desgastante. Foi, emocionalmente, desgastante! Eu acho. E fisicamente também.” E07</i> |
| Distanciamento entre profissional e doente | <i>“Só o distanciamento. A única coisa que eu senti era o distanciamento que tinha entre eu e o doente.” E03</i> |
| Dificuldades na mobilidade | <i>“Durante o, durante o tempo que tamos com o EPI, os EPI eram muito limitadores, em termos de movimentos, em termos de prestação de cuidados. Hum, eles não nos deixam movimentar como se nós tivémos só com a nossa farda normal de trabalho, é estranho, é estranho trabalhar, parece que tamos a trabalhar presos, que estamos a trabalhar a, hum, nem sei explicar bem, de uma certa forma, enferrujados, hum, limitados, parece que estão-nos a prender, que, que não, que nós próprios não conseguíamos fazer as nossas próprias funções, hum, algaliações, punções, hum, tudo, tudo o que é da nossa competência tava limitado.” E06</i> |
| Dificuldade em respirar | <i>“Hum, com o calor a máscara, a viseira embaciada, as máscaras impediram-nos de respirar tão bem.” E02</i> |
| Dificuldade em confortar o doente | <i>“Até o próprio, a coisa mais básica, dar a mão a um utente, nós estávamos com 2 pares de luvas, às vezes até 3 pares de luvas. Era impossível. O cuidado de conforto ao doente... Em fase... final de vida... era impossível nós termos aquele contacto com doente apesar de estarmos lá não é? Os equipamentos não nos permitiam isso.” E06</i> |
| Dificuldade em reconhecer colegas | <i>“(...) depois não nos reconhecíamos, tínhamos que identificar os fatos através dos nomes, hum... pra sabermos quem éramos, até as próprias funções... enfermeiro x, ou médico x, assistente operacional y, porque se não também não nos conseguiríamos identificar. Isso também limita, em termos da equipa multidisciplinar, o trabalho (...)” E06</i> |
| Muito tempo a vestir e despir | <i>“Foi muito duro no início não é?... termos que usar material de proteção individual, hum... muitas vezes o tempo que demorávamos a vestir, seguir aqueles passos todos, depois o medo de retirar e eventualmente sermos contaminados de alguma forma...” E07</i> |

APÊNDICE 2 - Categoria: “Implicações da sua utilização”.

| Sub-categoria | Extratos ilustrativos |
|--|--|
| Exaustão | <p>“Exausta... molhada... hum... frustrada... sei lá... aquele sentimento que podíamos ter feito mais e que não conseguimos porque tamos com o equipamento vestido?! É esse sentimento! (lágrimas nos olhos).” E07</p> |
| Diminuição da qualidade dos cuidados prestados | <p>“Muito difícil, porque... havia doentes que muitas vezes sussurravam, não é? Porque não conseguiam falar mais alto, e muitas vezes, mesmo que tentassem comunicar, nós, com as viseiras todas embaciadas, tornava-se difícil... tentávamos fazer o melhor possível... tentávamos fazer... às vezes por gestos ou a falar mais alto, ou, às vezes, tocavam-nos... Muitas barreiras à comunicação... que nos impediam de, de prestar os cuidados, com, com mais qualidade. Sem dúvida.” E07</p> |
| Problemas de pele | <p>“Ainda tenho. Tenho, tenho, muita acne ainda (e retira a máscara). É pena não dar para ver, mas ainda não estou, tenho acne, ou acne que ficou e que as marcas ainda não as consegui tirar. A minha pele ficou muito reativa às máscaras, não, não, uma P2, agora para mim, além de me magoar, lá está, inflama-me logo a pele.” E08</p> |
| Desidratação | <p>“Notei que a nível... corporal, foi um período em que eu emagreci por causa do esforço que, do equipamento com o calor, quando eu tinha o equipamento, eu estava sempre, completamente alagada em suor e, e acabei por ir perdendo, também tava desidratada muitas das vezes (...).” E08</p> |
| Stress | <p>“O, o, a vestir, aquilo tudo por ordem, a seguir aqueles passos todos, depois a prestar os cuidados, o, o transpirar, o ressoar, ficava tudo embaciado, muitas vezes não conseguíamos ver para punccionar bem um doente, tivemos algumas dificuldades nisso não é? Além do calor que tínhamos com os fatos vestidos, e depois para tirar também, um conjunto de procedimentos para tirar e todos encharcados, e muitas vezes a apanhar frio e foi complicado... (com lágrimas nos olhos).” E07</p> |
| Marcas psicológicas | <p>“Vai deixar marcas psicológicas, vai deixar marcas físicas, porque queiramos ou não, foi, foi muito tempo com, com o, com EPI's que nos modificaram, de certa forma e que continuamos a usar, por exemplo, as máscaras. Hum... Principalmente as psicológicas, porque as físicas nós vamos ultrapassando, mas as psicológicas vão ficar, porque, essas o tempo não vai apagar, não é? De certa forma, e até porque isto vai-se prolongando no tempo.” E06</p> |
| Frustração | <p>“facto de vestirmos aquilo tudo, o, o material todo de proteção individual e, e, depois ainda termos que prestar cuidados e tentar estar concentrados não só no que estamos a fazer, mas ouvir aquilo que nos estão a dizer... era um bocado frustrante, não é? Tentar conciliar tudo, tentar entender, tentar prestar os cuidados, fazer tudo num timing hum, pra que, pra que não houvesse e prontos, para que o doente não, não sentisse com isso, não é? Isso, isso foi muito complicado, na minha opinião. Senti frustração, claro que senti. Senti que... que sem aquilo podia fazer muito mais e muito melhor! (em tom de voz mais elevado). Não é? Sem o material de proteção individual, mas..., mas não o podíamos tirar... e tínhamos que prestar os cuidados na mesma, por isso fizemos o melhor que podíamos!” E07</p> |
| Reorganização do modo de trabalho | <p>“(...)portanto foi ter que ser tudo reorganizado, teve que ser tudo uma capacidade de resiliência dos profissionais de saúde, ter que haver uma organização extraordinária de todos, para que as coisas conseguissem funcionar e para que os doentes tivessem o máximo de conforto e os melhores cuidados possíveis dentro daquilo que tínhamos.” E06</p> |
| Ansiedade | <p>“Ora, na minha prática profissional... Implicou muita coisa, a nível de... mais ansiedade” E06</p> |
| Cometer erros involuntários | <p>“Implicou (...) menos qualidade se calhar, em termos dos cuidados... prestados (ar de tristeza). Hum... mais stress, podem-nos levar a cometer mais erros... involuntariamente, Hum, o nós não queremos fazer esses erros, leva-nos a um nível, a estar com um nível de atenção mais elevado, o que nos leva a ter um cansaço físico e psicológico mais elevado. Hum... na altura, a trabalhar com</p> |

horários mais sobrecarregados, portanto, um cansaço físico acrescido, hum, portanto, foram... condições muito complicadas... e... que os EPI, e as própria condições não vieram facilitar muito e em nada.” E06

| | |
|---------------------------|--|
| Rouquidão | <i>“Nós chegávamos ao final do turno roucos, se fosse um turno muito complicado, com muitos doentes, chegávamos ao final do turno completamente roucos, não é? Não dava, afônicos, não é? Portanto, era impossível.” E06</i> |
| Emagrecimento | <i>“Notei que a nível... corporal, foi um período em que eu emagreci por causa do esforço que, do equipamento com o calor, quando eu tinha o equipamento, eu estava sempre, completamente alagada em suor e, e acabei por ir perdendo [peso] (...).” E08</i> |
| Salvaram os profissionais | <i>“Portanto, apesar da dificuldade dos equipamentos, foram eles que nos livraram de, de problemas mais sérios para nós e para os nossos, com quem dividimos a nossa, não é? Para os colegas. Portanto apesar do mal, acho que foi isso que fez com que nunca tivesse ficado infetada. Doeu muito, e às vezes, tenho fotos e, e de como quando eu tirava o equipamento e de como eu estava, mas a realidade é que por causa disso eu nunca fiquei infetada.” E08</i> |

APÊNDICE 3 - Categoria: "Duração da utilização".

| Sub-categoria | Extratos ilustrativos |
|-------------------------------------|--|
| 7 a 8 horas | <i>"Turnos inteiros... Penso que nunca tive mais que 8 horas com o fato vestido. Nunca tive mais que 8. Nós revezávamo-nos entre colegas. Acredito que houvesse colegas que tivessem muito mais... com o fato vestido... mas eu acho que nunca estive mais que 8 horas." E07</i> |
| 6 horas | <i>"Ai não me... às vezes seguido... 6 horas. Sim [aconteceu muitas vezes] (longo suspiro, com lágrimas nos olhos)." E04</i> |
| 12 horas | <i>"Hum ... no início... no início quando fazíamos turnos de 12 horas... chegou a haver turnos que eram as 12 horas de equipamento vestido. Retirávamos apenas para comer e o resto do tempo era sempre de equipamento vestido." E01</i> |
| Mais do que as 4 horas recomendadas | <i>"No início. Bastantes. Nós tínhamos muito receio e até ir à casa de banho tínhamos receio. Por isso. Usei bastantes horas. Não, foi mais que as 4 horas recomendadas, bastante mais, não sei precisar exatamente quanto." E02</i> |
| 5 horas | <i>"No início foram para aí cinco horas, vestido com o fato vestido." E03</i> |
| 4 horas | <i>"Eu acho que nunca tive mais do que 4 horas.... Eu acho que não tive mais do que 4 horas, com o equipamento vestido." E09</i> |

APÊNDICE 4 - Categoria: “Atitudes dos doentes e familiares”.

| Sub-categoria | Extratos ilustrativos |
|---|--|
| Medo da doença | <p>“Eu acho que... os utentes mal entravam na área COVID, eles sentiam-se um bocadi, com medo. Tinham muito medo e depois acabavam por... nos... acabávamos por... por hum... explicar o procedimento, explicar a situação. O que nós sabíamos, não é? E eles acabavam por acalmar um bocadinho.” E10</p> |
| Falta de compreensão | <p>“É assim. Alguns não acreditavam não, viam-nos como se fossemos uns ET’s. Não acreditavam, diziam mesmo que não era preciso usarmos aquele equipamento todo, porque não tinham COVID. E nós dizíamos que não sabiam, que enquanto não soubessem o resultado, não sabiam.” E04</p> |
| Recusa do diagnóstico | <p>“Inicialmente foi complicado, as pessoas, ninguém tinha COVID inicialmente, toda a gente, hoje, ainda hoje, agora, mesmo, no meu turno de COVID, uma cliente dizia “Ah não eu não tenho COVID, eu não tenho COVID, não tenho COVID”. Pronto ninguém, ninguém aceitava que tinha COVID (...)” E02</p> |
| Desrespeito das normas | <p>“E havia muita gente e ainda deve haver hoje muita gente que mesmo que tenha sintomas ou que até que saiba que está, por exemplo com estes testes que se compra na farmácia. Eu não me acredito que, todos, 100% das pessoas que fazem teste da farmácia e dê positivo o faça, faça a declaração. [Não querem] assumir de que estão doentes e depois andam aí na comunidade a... a fazer o, o, a, como é que é? Que se diz, a disseminação, a transmissão da doença.” E05</p> |
| Reconhecimento do esforço dos profissionais | <p>“Eramos os maiores... pra já... Eles achavam que... as pessoas achavam que iam morrer e nós éramos os únicos que os podiam salvar... e tanto é que eles ofereciam-nos tudo, tratavam-nos bem, porque achavam que iam morrer. E precisavam de alguém! E quem estava cá éramos nós e eu acho que eles foram um, um, foram os melhores familiares que a gente teve na época COVID no ano passado, não é?” E09</p> |
| Ansiedade por notícias | <p>“E pós familiares, o doente entrava e ele ficava fora e havia sempre aquela ansiedade de saber o que se passa lá dentro. O que é que estão a fazer ao meu pai ou à minha mãe, ou.... Hum... mas... quando havia um tempo tentava-se explicar a... a situação... ao familiar, para os tranquilizarem, para os tranquilizar.” E11</p> |
| Assustadas | <p>“Hum... eu acho que eles no início, eles ficavam assustados. De nos ver equipados. Porque é assim... uma coisa é saber que existe o COVID. Outra coisa é trazer um familiar a uma urgência e perante determinados sintomas, que muitas vezes as pessoas não estavam familiarizadas com eles... nós, nós fazemos uma triagem e dizer: olhe a pessoa vai para a área COVID, não é? E deparam-se com uma, com uma pessoa totalmente equipada, dos pés à cabeça. Com um fato branco, uma viseira, com uma máscara, com luvas, e... nem conseguem ver, ver a pessoa, não é? Vêm a pessoa num fato. Nem sabem se é médico, se é enfermeiro, se é auxiliar... hum... eu acho esse impacto foi, foi... não é? pra já, ir para área COVID já é negativo. Depois, ter esse impacto, de ver uma pessoa completamente equipada assusta as pessoas... as pessoas ficam assustadas” E07</p> |
| Compreensão do uso de EPIs | <p>“Aí acho que que houve uma compreensão dos... da grande maioria deles e... uma aceitação... do, da, de todo o equipamento... todo o aparato... por assim dizer que... que acabava por se ver, mas de uma forma geral as pessoas também estavam alertadas para a necessidade da proteção tanto deles como nossa. Acho que aí que não houve grandes barreiras.” E01</p> |
| Recusa em realizar tratamentos | <p>“(...) pronto ninguém, ninguém aceitava que tinha COVID e depois a verdade foi o que foi, descobriu-se que tinham COVID não é, muitos deles, recusam-se a fazer tratamentos, não querem fazer tratamentos. Inclusive hoje um senhor não queria que tirássemos sangue para análises, hum, porque dizia que não era COVID não é. E nós dissemos, tentámos explicar que mesmo que estivesse na urgência geral teria que fazer as análises na mesma... hum, e pronto, foi assim que conseguimos convencê-lo, às vezes com a negociação nós conseguimos convencê-los.” E02</p> |
| Estigmatização | <p>“Porque é assim. Hoje em dia nem tanto, mas no início da pandemia era um estigma as pessoas tarem com COVID. E havia muita gente e ainda deve haver hoje muita gente que mesmo que tenha sintomas ou que até que saiba que está,</p> |

por exemplo com estes testes que se compra na farmácia. Eu não me acredito que, todos, 100% das pessoas que fazem teste da farmácia e dê positivo o faça, faça a declaração.” E05

Pressão sobre os
profissionais

“Às famílias que estavam cá fora, era muito difícil, porque não sabiam, porque a partir do momento que as pessoas entravam pa dentro, não podiam entrar, não podiam vir acompanhantes como é lógico. E notava-se um grande stress a nível das famílias, depois também, a nível de pressão sobre nós pra saber informações, saber o que é que se passava e também acho que não sabiam gerir muito bem o tempo, elas de 5 em 5 minutos ou de 15 em 15 minutos estavam a procurar sobre o doente. Ou seja, era, era mais uma pressão acrescida sobre nós. Já não bastava os equipamentos, já não bastava as condições físicas do espaço, e depois ainda tínhamos o stress e a sobrecarga de, das famílias, hum... para saber dos doentes e com razão. Eles têm que saber dos seus familiares como é lógico, mas também, o pessoal era muito reduzido, ou estávamos a fazer a prestação direta de cuidados ao doente, que era a nossa prioridade, ou estávamos a fazer informações à família.” E06

7. Conclusão

O presente relatório é o culminar do percurso realizado ao longo dos estágios realizados em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, cuja elaboração se traduziu numa análise reflexiva das atividades desenvolvidas e no aprofundamento de evidências científicas como meio de fundamentar as competências adquiridas.

Considero ter atingido uma fusão entre os conhecimentos teóricos e a prática, o que se traduziu numa intervenção consistente, competente, baseada no respeito e na valorização da dignidade existencial de cada doente, o que se constitui como a base da enfermagem e da prática em EMC. É de extrema importância que esteja preparada para prestar cuidados de forma a ir ao encontro das necessidades dos doentes/família e, assim, proporcionar-lhes o maior conforto e auxiliá-los na garantia de melhor qualidade de vida.

Os ensinamentos clínicos assumem-se como o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma vez que nos lança desafios colocando-nos à prova e estimulando a ânsia de saber e aprendizagem. Tenho a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto de EC tem outro impacto, pois, neste ambiente real permitiu-me integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando, assim, continuidade à construção da identidade como futura enfermeira especialista.

A realização destes ensinamentos clínicos revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal. Revelou ser um excelente momento de aprendizagem e evolução no desenvolvimento quer das competências comuns quer das competências específicas do enfermeiro especialista. Ao chegar a esta fase do meu percurso, posso afirmar que cada etapa do meu processo de ensino e aprendizagem constituiu um desafio, no qual a motivação, a perseverança e empenho estiveram sempre presentes.

Os estágios foram uma excelente oportunidade para adquirir/aprofundar competências comuns e especializadas na área de EMC, baseando-se na premissa que a aquisição de competências deve ter na sua génese o processo reflexivo da prática e sobre a prática. Considero que o estágio é um momento em que agimos segundo uma perspetiva crítico-reflexiva, permitindo analisar a nossa atuação/intervenção de forma a implementar melhorias na prática e, assim, contribuir para a prestação de cuidados cada vez mais qualificados e de excelência.

A minha experiência diária é na área da Urgência/Emergência e o desenvolvimento de competências especializadas incontestáveis abre-me, agora um caminho para prestar cuidados de excelência. Os enfermeiros especialistas em EMC são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação

crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O desenvolvimento das competências especializadas inerentes a esta especialidade é o caminho para os cuidados de excelência à pessoa criticamente doente.

Na área da saúde a tomada de decisões efetivas é possível com a prática baseada em evidências, que permite vincular a melhor evidência científica com a experiência clínica (Ferraz et al., 2020). Os enfermeiros estão cada vez mais empenhados a progredir, no sentido de prestar cuidados de elevada qualidade, que respondam às necessidades da sua população alvo. Esta prática profissional deve ser constantemente questionada, numa atitude crítico-reflexiva, para podermos tomar decisões baseadas na melhor evidência disponível. O que se espera dos profissionais é a prática de uma enfermagem avançada, ou seja, uma prática baseada na evidência.

A aquisição de competências aconteceu em vários domínios desde a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e, finalmente, a prestação de cuidados especializados. Assim, a análise e reflexão aqui concretizada sobre as competências adquiridas revelou-se construtiva, contribuindo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do processo de aprendizagem em contexto académico, permitindo-me crescer como profissional e como pessoa, e adquirir competências de enfermeiro especialista em EMC. Adquiri e apliquei conhecimentos na resolução de problemas, lidei com questões complexas, comuniqui conclusões e conhecimentos e desenvolvi competências que me permitiram e permitirão uma aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado ou autónomo.

Durante este período, nas diferentes áreas de intervenção, procurei mostrar sempre disponibilidade para partilhar conhecimentos e vivências, manifestando a minha opinião. Sinto que atuei de forma organizada, procurando cumprir os protocolos de atuação e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Neste processo tive o cuidado de manter uma relação de ajuda, quer com os profissionais, esclarecendo dúvidas e vigiando a qualidade dos cuidados, quer com o doente/família, disponibilizando informação clara, pertinente e adequada a cada situação, de forma assertiva, estabelecendo uma comunicação terapêutica e promovendo estratégias para a diminuição da ansiedade, tendo sempre presente os princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão de enfermagem.

Ao finalizar esta etapa sinto, indubitavelmente, que as oportunidades foram exploradas ao máximo, contribuindo para enriquecer a minha formação e também a minha vida profissional. A realização dos estágios complementou não só a formação da componente teórica do curso, como a formação pessoal previamente adquirida, quer pela formação

acadêmica anterior, quer pelo desenvolvimento da atividade profissional, possibilitando a consolidação e aperfeiçoamento das competências nesta área de especialização. Posso garantir que me proporcionou oportunidades para a aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, para o desenvolvimento de aptidões, aperfeiçoamento de destreza manual e habilidades técnicas, o que me permitiu realizar as atividades de forma mais segura e autônoma.

Deste modo, sinto que estou a caminhar para um estadió de perito, mas com a certeza de que ainda tenho muito para aprender e experienciar, tornando-se manifesto o pressuposto de que a perícia do enfermeiro se caracteriza por ser, segundo Benner (2001), um processo dinâmico e gradativo, onde interagem vários fatores de índole pessoal, profissional e contextuais. Por conseguinte, depreendo que a perícia é alcançada com o fluir do tempo, com as muitas experiências e através do investimento pessoal contínuo em processos de formação. Ao aplicar e validar o Modelo Dreyfus relativo ao desenvolvimento da perícia, Benner (2001) postula que o conhecimento clínico do enfermeiro não se restringe unicamente à formação acadêmica, mas passa igualmente pelo conhecimento alcançado através da experiência e da reflexão sistemática das suas práticas, resultando na valorização do conhecimento adquirido em contextos da prática clínica.

Todas as aprendizagens tornam-se ainda mais importantes no momento que nos encontramos a atravessar, pois todos estamos mais cansados e fragilizados tanto no SU como na UCIP, o trabalho é esgotante e mesmo com todo o acréscimo de medidas, protocolos e trabalho senti-me “em casa”. Todavia, tenho consciência que ainda tenho muito para aprender, porque a formação não se constrói por acumulação de conhecimentos ou de técnicas, nem de um dia para o outro, mas sim através de uma reconstrução permanente. Para isso é necessário ter força de vontade, empenho e desejo de crescer. É com este espírito que pretendo continuar no sentido de ser uma profissional exemplar que apoia a sua prática nas melhores evidências científicas.

Referências Bibliográficas

- Alecrim, R. X., Taminato, M., Belasco, A., Longo, M. C. B., Kusahara, D. M., & Fram, D. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 72(2); p. 521-530. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0473
- Amthauer, C. & Cunha, M. L. C. (2016). Manchester triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency car. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-7. doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779
- Araújo, J. S., Nascimento, H. M., Farre, A. G. M. C., Brito, R. O., Santos, J. P. A., & Vasconcelos, T. T. S. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 01-08. doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404
- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X
- Branco, A., Lourençone, E. M. S. Monteiro, A. B., Fonseca, J. P., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190477. doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0477
- Caetano, A. B. J. R. (2019). Estratégias de aprendizagem ativas em estudantes de enfermagem: Aprendizagem cooperativa e resolução de problemas. *Acontece*, 9(1), 38-49. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0277
- Campos, K. F. C., Sena, R. R., & Silva, K. L. (2017). Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-10. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317
- Canellas, M., Palma, I., Pontifice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermeria Global*, 19(4), 557–572. doi.org/10.1590/0104-07072015001772014
- Certain, L. & Ferraz, R. R. N. (2020). Restrição do movimento da coluna: um novo paradigma de atendimento às vítimas de trauma. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 17(48), 51-59. Obtido de: RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA: UM NOVO PARADIGMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA | Certain | UNILUS Ensino e Pesquisa
- Costa, E. C. L., Rodrigues, C. F., Matias, J. G., Bezerra, S. M. G., Rocha, D. M., Machado, R. S., Gouveia, M. T. O., & Ítalo, A. P. (2019). Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(1), 167-178. doi:10.5205/1981-8963-v13i1a238545p169-178-2019

- Cotoia, A., Spadaro, S., Gambetti, G., Koulenti, D., & Cinnela, G. (2020). Pathogenesis-targeted preventive strategies for multidrug resistant ventilator-associated pneumonia: A narrative review. *Microorganisms*, 8(6), 1-18. doi.org/10.3390/microorganisms8060821
- Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Smith, O. M., Burry, L., Fan, E., Amaral, A. C., K-B., McCredie, V. A., Pinto, R., Quinónez, C. R., Sutherland, S., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2019). Protocol for a multi-centered, stepped wedge, cluster randomized controlled trial of the de-adoption of oral chlorhexidine prophylaxis and implementation of an oral care bundle for mechanically ventilated critically ill patients: The CHORAL study. *Trials*, 20(1), 1–9. doi:10.1186/s13063-019-3673-0
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 018/2014 atualizada em 27/04/2015: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: [DGS_PCIRA_V8.pdf \(sns.gov.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Norma n.º 019/2015 atualizada em 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). Norma nº 007/2019 de 16/10/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: [Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Portal das Normas Clínicas \(min-saude.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Norma nº 021/2015 atualizada em 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)

- Direção-Geral da Saúde. (2020a). Norma 005/2020: Covid-19, Fase de Mitigação, Resposta em Medicina Intensiva. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: [dgs_resposta_da_medicina_intensiva.pdf](#) (omcentro.com)
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). Norma nº. 019/2020 atualizada em 26/03/2021: COVID-19 Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: [Norma_019_2020_act_26_02_2021.pdf](#) (min-saude.pt)
- Domingos, C. S., Boscarol, G. T., Brinati, L. M., Dias, A. C., Souza, C. C., & Salgado, P. O. (2017). A aplicação do processo de enfermagem informatizado: uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 48, 638-652. doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061
- Esper, S. A. & Pinsky, M. R. (2014). Arterial wave forme analyses. *Elsevier*, 28(4), 363-380. doi.org/10.1016/j.bpa.2014.08.002
- Faria, P. L., Moreira, P. S., & Pinto, L. S. (2014). Direito e segurança do doente In Segurança do doente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro. *Editora Fiocruz*, 1, 115-134. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0009>
- Ferraz, L., Shneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Pereira, A. M. R. C. (2020). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257), 237-249. <http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19086. doi:10.12707/RIV19086
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-1144. doi:10.1590/0034-7167-2016-0143
- Freitas, L., & Cruz, I. (2020). Prática de enfermagem baseada em evidência sobre autocuidado: higiene oral em UTI-Revisão Sistematizada da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 12(1). Obtido de: Nursing evidence-based practice guidelines for self-care: oral hygiene in ICU - Systematic Literature Review | Freitas | Journal of Specialized Nursing Care (uff.br)
- Gershonovitch, R., Yarom, N. & Findler, M. (2020). Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva por meio de higiene bucal aprimorada: uma revisão de ensaios clínicos randomizados. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2, 727-733. doi.org/10.1007/s42399-020-00319-8

- Girard, T. D., Pandharipande, P. P. & Ely, E. W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3), 1-9. doi.org/10.1186/cc6149
- Guia Orientador de Estágios. Escola Superior de Saúde de Viseu. (2020). 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Ismail, M. R., Baharuddin, K. A., Zainal Abidin, Z. E. & Sjahid., A. S. (2020). Study on the incidence of adverse events during intrahospital transfer of critical care patients from emergency department. *The Medical Journal of Malasya*, 75(4), 325-330. PMID: 32723989
- Jackson, L. & Owens, M. (2019). Does oral care with chlorhexidine reduce ventilator-associated pneumonia in mechanically ventilated adults? *British Journal of Nursing*, 28(11), 682-689. doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.682
- Jeremy, R. & Lee, K. (2016). *Critical Care Management and Monitoring of Intracranial Pressure*. *Journal of Neurocritical Care*, 9(2), 105-112. doi.org/10.18700/jnc.160101
- Joint Commission International. (2014). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. ISBN: 978-1-59940-829-3 Obtido de: Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais (jcrinc.com)
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 113-122. Obtido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26207273>
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Medicina intensiva tem 60 anos: a história e o futuro da unidade de terapia intensiva. *Clinical Medicine* (London, England), 14(4), 376-379. doi:10.1590/0034-7167-2017-0452
- Leal, L. A., Soares, M. I., Silva, B. R., Bernardes, A., & Camelo, S. H. H. (2018). Habilidades clínicas e gerenciais para enfermeiros hospitalares: perspectiva de estudantes universitários de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(4), 1514-1521. doi:10.1590/0034-7167-2017-0452
- Livesay, S., Fried, H., Gagnon, D., Karanja, N., Lele, A., Moheet, A., Olm-Shipmen, C., Taccone, F., Tirschwell, D., Wright, W., & Hemphil III, J. C. (2020). Clinical Performance Measures for Neurocritical Care: A Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society. *Neurocritical care society*, 32(5), 5-79. doi:10.1007/s12028-019-00846-w
- Macedo, A. P. M. C., Simões, C. M. F., Candeias A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese

- intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147
- Malhan, N., Usman, M., Trehan, N., Sinha, A., Settecase, V. A., Fried, A. D., Kupfer, Y. Y., Yizhak, Y., & Khamholz, S. L. (2019). Oral Care and Ventilator-Associated Pneumonia. *American Journal of Therapeutics*, 26(5), 604-607. doi: 10.1097/MJT.0000000000000878
- Marinho-Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2016). Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32: 1-10. doi.org/10.1590/0102-3772e32ne212
- Marouane, A., Cornelissen, E. A. M., Nusmeier, A., & Bootsma-Robroeks, C. H. H. T. (2018). Oscillometric and intra-arterial blood pressure in children post-kidney transplantation: Is invasive blood pressure measurement always needed? *Wiley*, 23(1), 1-6. doi.org/10.1111/petr.13309
- Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615-617. doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1
- Makuch, D. M. V. & Zagonel, I. P. S. (2017). Abordagem pedagógica na implementação de programas curriculares na formação do enfermeiro. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-10. doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0025
- Mendes-Rodrigues, C., Costa, K. E. S., Antunes, A. V., Gomes, F. A., Resende, G. J., & Silva, D. V. (2017). Carga de Trabalho e Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Ciências Da Saúde – USCS*, 15(53), 5-13. doi:10.13037/ras.vol15n53.4159
- Min, H. J., Kim, H.-J., Lee, D. S., Choi, Y. Y., Toon, M., Lee, D., Cho., J. Y., Park, J. S., Yoon, H. II, Lee, J. H., Lee, C.-T., & Lee, Y. J. (2019). Transporte intra-hospitalar de pacientes gravemente doentes com equipe de resposta rápida e fatores de risco para parada cardiopulmonar: Estudo retrospectivo de coorte. *PLOS ONE*, 14(3), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0213146
- Nunes, R. S., Tamaki, C. M., Penha, H. H. R., Terra, J. C. M. T., Figueiredo, G. L., & Teixeira, G.C. A. T. (2020). Cateterização da artéria radial dorsal para monitorização invasiva de pressão arterial. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 153-155. doi.org/10.5935/0103-507X.20200022
- O'Leary, R.-A., Cornick-Martin, I., O'Loughlin, C., Curran, M. R., & Marsh, B. (2017). Multiple intra-hospital transports during relocation to a new critical care unit. *Ir J Med Sci*. 186(4): 815-820. DOI: 10.1007/s11845-016-1528-1

- Olsen, H. K. N., Nedergaard, H. K., Strom, T., Oxlundo, J., Wian, K.-A., Kroken, B. A., Chew, M., Korkmaz, S., Lauridsen, J., & Toft, P. (2021). Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. *The new england journal of medicine*. 382(12), 1103-1111. doi:10.1056/NEJMoa1906759
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 361/2015 de 26 de Junho. Lisboa: Diário da República. N.º 123-Série II, de 26 de Junho de 2015. Obtido de: 67613096 (dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, Leiria, Portugal. Obtido de: ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Regulamento 558/2017 de 17 de Outubro. Diário da República. N.º 200 – Série II. Obtido de: <https://dre.pt/application/conteudo/108317777>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. Regulamento n.º 429/2019, de 16 de Julho. Lisboa: Diário da República, 2018. N.º 135-Série II. Obtido de: 115698617 (dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento da Competência Acrecida Avançada em Gestão. Regulamento n.º 76/2018, de 30 de Janeiro. Lisboa: Diário da República, 2018. N.º 21-Série II. Obtido de: 114599547 (dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Lisboa: Diário da República, 2019. n.º 26-Série II. Obtido de: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Obtido de: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers

during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)30845-X. Advance online publication, 88, 901-907. doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Parveez, M., Yaddanapudi, L. N., Saini, V., Kajal, K., & Sharma, A. (2020). Critical events during intra-hospital transport of critically ill patients to and from intensive care unit. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 135-141. doi:10.4103/2452-2473.290067

Pereira, R. B., Coelho, M. A., & Bachion, M. M. (2016). Tecnologias de Informação e registo do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. *Revista eletrónica de enfermagem*, 18, e1138. doi.org/10.5216/ree.v18.35135

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare*, 20(1), 1-23. doi.org/10.15359/ree.20-1.9

Pires, A. F., Santos, B. N., Santos, P. N., Brasil, B. R., & Luna, A. A. (2015). Transporte seguro de doentes críticos. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 9(2), 1-4. Obtido em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2531/1313>

Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 101-B/2020 de 3 de dezembro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, n.º 205 – Série I. Otido em: <https://dre.pt/application/conteudo/150368755>

Portugal, Ministério da Saúde, Lei n.º 161/96 (1996, Setembro, 4). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, n.º 205 – Série I. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Portugal, Lei n.º 104/98 (1998, Abril 7). Aprova o *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, n.º 93 – Série I. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/175784>

Portugal, Decreto Lei n.º 48/95 (1995, Março 15). Aprova o Código Penal. Diário da República, n.º 63/1995 – Série I-A. Obtido: Código Penal (dre.pt)

Portugal, Despacho n.º 10319/2014 (2014, Agosto 11). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Diário da República, n.º 153 – Série II, Acedido em Fevereiro 10, 2021 em: 55606457 (dre.pt)

Portugal, Ministério da Saúde, Despacho n.º 1400-A/2015 (2015a, Fevereiro 10). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, n.º 28 – Série II. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

- Portugal, Ministério da Saúde, Despacho n.º 5613/2015 (2015b, Maio 27). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, n.º 102 – Série II. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Portugal, Ministério da Saúde. Regulamento n.º 558/2017 (2017, Outubro 17). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Diário da República, N.º 200, Série II. Obtido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108317777/details/normal>
- Portugal, Ministério da Saúde, Lei n.º 71/2019 (2019, Maio 27). Alteração do Decreto-lei 247/2009. Regime da Carreira Especial de Enfermagem. Diário da República, n.º 101-Série. Obtido em: 124346822 (dre.pt)
- Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., Galiza, F. T., Freitas, M. C. (2018). Cuidados paliativos ao idoso na Medicina Intensiva: Olhar da equipe de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*; 27(1): e1420016. doi.org/10.1590/0104-07072018001420016
- Ramos, L. C. F., Spiegel, T., & Assad, D. B. N. (2018a). Gestão de materiais hospitalares: uma proposta de melhoria de processos aplicada em hospital universitário. *Revista Administração em Saúde*, 70(18). doi.org/10.23973/ras.70.83
- Ramos, T. K., Nietzsche, E. A., Cogo, S. B., Cassenote, L. G., Bock, A., & Martins, F. S. (2018b). Estágio Curricular Supervisionado e a Formação do Enfermeiro: atividades desenvolvidas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 81(1), 59-71. doi:10.5902/2179769228124
- Rengeiné, T. K., Tihanyi, E., Dinya, E., Smudla, A., kóbori, L., Kanizsai, P., & Fazakas, J. (2020). Mapeamento das intervenções de enfermagem utilizando o Sistema de Pontuação de Intervenção Terapêutica em transplantes hepáticos sem sangue. *Enfermagem Intensiva e Crítica*, 52(10), 2988-2995. doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.05.006
- Ribeiro, O. M., Martins, M. F. P. S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista Referência*, 4(14), 89-100. doi.org/10.12707/RIV16086
- Rook, V. H., Turner, J. D., & Clutton-Brock, T. H. (2017). Analysis of damping characteristics of arterial catheter blood pressure monitoring in a large intensive care unit. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(1), 8-10. doi:10.7196/SAJCC.2017.v33i1.300
- Sá, A. F. A., Dias, J. C. M. C., & Norelho, O. M. G. (2020). Sistemas de informação em enfermagem: diversidade e interoperacionalidade. *Nursing*. Obtido em:

<https://www.nursing.pt/sistemas-de-informacao-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades/>

- Sakata, R. K. (2020). Analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60 (6), 648-658. ISSN 0034-7094. doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012
- Santos, K. D., Martins, I. C., & Gonçalves, F. A. F. (2016). Characterization of the sedation and analgesia in Intensive Care Unit: an observational study. *Online Brazilian Journal of nursing*, 15 (2), 157-166. doi.org/10.17665/1676-4285.20165225
- Shalaby, S. S., Janbi, N., Mohammed, K., & Al.Harthi, K. (2018). Avaliação dos comportamentos assistenciais dos enfermeiros de cuidados críticos. *Revista de Educação e Prática de Enfermagem*, 8(10), 7. doi:10.5430/jnep.v8n10p77
- Silva, R. & Amante, L. N. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, (Florianópolis), 24(2), 539-547. doi.org/10.1590/0104-07072015001772014
- Silva, R. M., Campos, P. Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de Catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249-266. doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Silva, V. L. S. Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Chaves, L. D. P., Santos, F. S., & Leal, L. A. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista Escola de Enfermagem*, 51, e03206, 1-8. doi.org/10.1590/s1980-220x2016099503206
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult Advanced Life Support. *Resuscitation*, 161, 115-151. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010
- Sousa P. (2014). Apontamentos. Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde. Viseu: Escola Superior de Saúde.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Programa de Acção para o Triénio 2015 – 2017*. Obtido em: <http://spci.pt>: <http://spci.pt/programa-de-accao/>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva*. Obtido em: https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID_19_R.pdf

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (Março de 2016). Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor. Obtido em http://spci.pt: http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Taran, Z., Namadian, M., Faghiszadeh, S., & Naghibi, T. (2019). O Efeito do Protocolo de Sedação Usando a Escala de Sedação de Richmond (RASS) em alguns resultados clínicos de pacientes mecanicamente ventilados em unidades de terapia intensiva: um ensaio clínico randomizado. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 199-206. doi:10.15171/jcs.2019.028
- Urden, L. D., Stary, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Valente, M., Oliveira, J., Barbosa, T., Ribeiro, S., Nuñez, D., Santos, A., & Pereira, I. (2020). Pandemia COVID-19 e o doente Crítico: Experiência de tratamento de doentes numa UCPA Convertida em UCI versus doentes tratados numa UCI. *Revista da Sociedade Portuguesa de anestesiologia*, 29(2), 62-67. doi.org/10.25751/rspa.20379
- Veenema, T. G., Griffin, A., Gable, A. R., MacIntyre, L., Simons, R., N., Couig, M. P., Walsh, J. J., Lavin, R. P., Dobalian, A., & Larson, E. (2016). Enfermeiros como líderes em preparação de desastres e resposta – A chamada à ação. *Bolsa de Enfermagem*, 48(2), 187-200. doi:10.1111/jnu.12198
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. S., Oliveira, C. Z., & Rojas, S. S. A. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15-20. Doi:10.5935/0103-507X.20190003
- Vertzman, J. & Romão- Dias, D. (2020). Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(2), 269-290. doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7
- Wei, H. & Yang, K. (2019). Effects of different oral care scrubs on ventilator-associated pneumonia prevention for machinery ventilates patient. *Medicine*, 98(12), e14923. doi:10.1097/MD.00000000014923
- Zhao, S., Xie, H., Wang, P., Zhang, Q., Wu, Y., Chen, E., Ng, L., Worthington, H. V., Needleman, I., Furness, S. et al. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 12:CD008367. DOI: 10.1002/14651858.CD008367.pub2

Anexos

Anexo III - Procedimento Interno do Serviço: Funções do enfermeiro de acordo com o posto de trabalho



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Serviço de Urgência da Unidade Hospital de Lamego

Procedimento Interno:

Funções do Enfermeiro, de acordo com o posto de trabalho

Ala 1 e 2

- Assumir a responsabilidade pelos utentes que se encontram na Ala 1 e Ala 2, Sala de Tratamentos/Inaloterapia e Sala de Observação Pediatria;
- Providenciar a reposição do material de consumo clínico nestas áreas;
- Garantir a reposição adequada dos impressos/documentos em uso no serviço;
- Monitorizar a temperatura do frigorífico da Sala de Trabalho de Enfermagem e do Pyxis;
- Monitorizar a operacionalidade das áreas definidas e de todos os equipamentos existentes;
- Reportar à Enf.ª Gestora qualquer anomalia detetada;
- Ao dia 1 de cada mês verificar a validade dos fármacos existentes no frigorífico.

Ala 3, Cirurgia e Medicina

- Assumir a responsabilidade pelos utentes que se encontram na Ala 3, ao cuidado da Medicina e Cirurgia;
- Monitorizar a temperatura do frigorífico da sala 2274;
- Monitorizar a operacionalidade da Sala de Cirurgia e Sala de Tratamentos I e III;
- Controlar o material existente no armário de material esterilizado;
- Garantir a reposição adequada do material de consumo clínico nestas áreas;
- Monitorizar a operacionalidade das áreas definidas e de todos os equipamentos existentes;
- Reportar à Enf.ª Gestora qualquer anomalia.

Triagem

- Garantir reposição de material de consumo clínico e de apoio;
- Monitorizar a operacionalidade da sala e dos equipamentos existentes;
- Reportar à Enf.ª Gestora qualquer anomalia.

Sala de Emergência

- Monitorizar a operacionalidade das Salas de Emergência COVID e não COVID e de todos os equipamentos existentes;
- Realizar, diariamente, o teste do desfibrilhador em ambas as salas e do desfibrilhador de transporte;
- Verificar a integridade dos carros de emergência;
- Monitorizar a temperatura do frigorífico;
- Garantir a reposição adequada do material de consumo clínico nas duas salas;
- Reportar à Enf.ª Gestora qualquer anomalia.

OBS

- Monitorizar a temperatura do frigorífico;
- Ao dia 1 de cada mês verificar a validade dos fármacos existentes no frigorífico;
- Realizar, diariamente, o teste do desfibrilhador do carro de emergência e verificar a integridade do mesmo;
- Providenciar a reposição adequada do material de consumo clínico;
- Monitorizar a operacionalidade de todos os equipamentos;
- Reportar à Enf.ª Gestora qualquer anomalia.

Anexo IV - Stock de recursos materiais do SU: Stock mínimo e máximo

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| Código | Perfil | Material de Consumo Clínico | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|------------|---------|--|--------------|--------------|
| 211005000 | unidade | Adesivo tecido não tecido 5cm x 10 metros, Mefix | 10 | 15 |
| 211024000 | unidade | Adesivo suportado pano com cola latex + óxido zinco 2,5 cm x 5 metros | 10 | 15 |
| 211005001 | unidade | Adesivo tecido não tecido 10 cm x 10 metros, Mefix | 8 | 10 |
| 211005002 | unidade | Adesivo tecido não tecido 15 cm x 10 metros, Mefix | 6 | 8 |
| 211003000 | unidade | Película transparente esterilizada semi-oclusiva para cateter periférico 7 x 9 cm | 100 | 200 |
| 222011061 | unidade | Agrafador cutâneo automático metálico 35 pontos | 6 | 8 |
| 230009600 | unidade | Espéculos auriculares 2,5 mm disposable | 200 | 300 |
| 230001110 | unidade | Agulha para sistema fechado pré-acoplada com sistema anti-picada 21 G | 400 | 600 |
| 2500050016 | unidade | Sistema fechado de colheita sangue vácuo, EDTA K3, 13 x 75, 3 ml | 500 | 800 |
| 2500050020 | unidade | Sistema fechado de colheita sangue vácuo, soro com gel, 13 x 5, 3,5, 4 ml | 500 | 800 |
| 2500050015 | unidade | Sistema fechado de colheita sangue vácuo, citrato de sódio 3,2%, 1,5 - 2,5 ml | 200 | 300 |
| 2500050014 | unidade | Sistema fechado de colheita sangue vácuo para VS, citrato de sódio 3,2%, 13 x 75, 1,5 - 2 ml | 50 | 100 |
| 120010270 | unidade | Frasco hemocultura aeróbio adulto | 30 | 50 |
| 290008204 | unidade | Adaptador humidificação estéril | 50 | 60 |
| 230009602 | unidade | Protetor auricular termómetro | 800 | 1200 |
| 250004010 | unidade | Adaptador com terminal Luer tubos de colheita vácuo | 800 | 1200 |
| 230007403 | unidade | Válvula bi-direcional | 800 | 1200 |
| 230005408 | unidade | Dispositivo para preparação de fármacos com filtro de ar anti-bacteriano | 50 | 60 |
| 230028000 | unidade | Torneira 3 vias | 50 | 60 |
| 230003301 | unidade | Sistema administração de soros bomba infusora | 50 | 80 |
| 230001104 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal 20 G, 0,9 x 25 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |
| 230001105 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal 18 G, 1,2 x 40 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |
| 230001100 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal, 26 G, 0,45 x 12 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |
| 230001102 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal, 21G, 0,8 x 5 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |
| 230001101 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal, 22 G, 0,7 x 40 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |
| 230001103 | unidade | Agulha hipodérmica esterilizada bisel normal, 23 G, 0,6 x 25 mm, sistema anti-picada | 600 | 1000 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|------|------|
| 230003000 | unidade | Seringa para gasimetria 1 ml, sistema anti-picada | 150 | 300 |
| 230002900 | unidade | Seringa irrecuperável para insulina 100 UI, 3 peças, 1 ml | 100 | 200 |
| 230002901 | unidade | Seringa irrecuperável, 2 peças, 2ml | 600 | 800 |
| 230002902 | unidade | Seringa irrecuperável, 2 peças, 5 ml | 600 | 800 |
| 230002903 | unidade | Seringa irrecuperável, 2 peças, 10 ml | 600 | 800 |
| 230002904 | unidade | Seringa irrecuperável, 2 peças, 20 ml | 600 | 800 |
| 230002906 | unidade | Seringa irrecuperável, 3 peças, bico cateter, 100ml | 50 | 60 |
| 230002907 | unidade | Seringa plástica irrecuperável bomba infusora, 50 ml | 50 | 60 |
| 230005409 | unidade | Controlador de débito 5 a 250 ml sem sistema incorporado sem látex | 30 | 50 |
| 230003200 | unidade | Sistema administração sangue | 20 | 30 |
| 230008909 | unidade | Prolongador para sistema infusão/transusão, 100 cm | 40 | 50 |
| 230008908 | unidade | Prolongador para sistema infusão/transusão, 50 cm | 40 | 50 |
| 230008907 | unidade | Prolongador para sistema infusão/transusão, 25 cm | 40 | 50 |
| 230008911 | unidade | Prolongador arterial macho/fêmea, 200 cm | 40 | 50 |
| 230003300 | unidade | Sistema infusão com arejador/filtro 15 u na câmara, sitio injeção na linha | 400 | 600 |
| 230006920 | unidade | Cateter ORX em PUR para veia periférica com aleta, 20 G, sistema anti-picada | 400 | 600 |
| 230006921 | unidade | Cateter ORX em PUR para veia periférica com aleta, 22 G, sistema anti-picada | 400 | 600 |
| 230006919 | unidade | Cateter ORX em PUR para veia periférica com aleta, 18 G, sistema anti-picada | 100 | 150 |
| 230006901 | unidade | Cateter ORX em PUR para veia periférica com aleta, 16 G, sistema anti-picada | 50 | 100 |
| 230006917 | unidade | Cateter ORX em PUR para veia periférica com aleta, 14 G, sistema anti-picada | 50 | 100 |
| 250007000 | unidade | Lanceta 21 G esterilizada com profundidade prenetação 1,8 mm | 600 | 800 |
| 293003002 | unidade | Luva de exame em nitrilo não esterilizada AQL 1,5 sem pó, L | 3000 | 3000 |
| 293003001 | unidade | Luva de exame em nitrilo não esterilizada AQL 1,5 sem pó, M | 4000 | 4000 |
| 293003000 | unidade | Luva de exame em nitrilo não esterilizada AQL 1,5 sem pó, S | 3000 | 3000 |
| 230006102 | unidade | Máscara de oxigénio alta concentração adulto | 50 | 80 |
| 230006104 | unidade | Canula nasal oxigénio com tubo 1,8 metros | 80 | 100 |
| 230006103 | unidade | Máscara de oxigénio alta concentração pediátrica | 15 | 20 |
| 230006101 | unidade | Máscara de oxigénio pediátrica | 15 | 20 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|---|-----|-----|
| 230006100 | unidade | Máscara de oxigénio adulto | 80 | 100 |
| 230003500 | unidade | Sistema completo nebulização adulto | 30 | 40 |
| 230003501 | unidade | Sistema completo nebulização infantil | 30 | 40 |
| 230005907 | unidade | Dreno torácico ORX CH 20, com Trocart | 2 | 3 |
| 230005906 | unidade | Dreno torácico ORX CH 18, com Trocart | 2 | 3 |
| 230005902 | unidade | Dreno torácico ORX CH 16, com Trocart | 2 | 3 |
| 230004201 | unidade | Sonda gástrica cilíndrica tipo Levin CH 12, 120 - 125 cm | 10 | 15 |
| 230004202 | unidade | Sonda gástrica cilíndrica tipo Levin CH 14, 120 - 125 cm | 10 | 15 |
| 230004203 | unidade | Sonda gástrica cilíndrica tipo Levin CH 16, 120 - 125 cm | 15 | 20 |
| 230004204 | unidade | Sonda gástrica cilíndrica tipo Levin CH 18, 120 - 125 cm | 15 | 20 |
| 230004214 | unidade | Sonda gástrica ponta fechada, ORX, PVC, dupla via CH 16, 120 cm | 10 | 15 |
| 230004211 | unidade | Sonda gástrica ponta fechada, ORX, PVC, dupla via CH 18, 120 cm | 15 | 20 |
| 230009500 | unidade | Extrator de mucosidades CH 14 adulto | 20 | 30 |
| 230005203 | unidade | Saco coletor fluidos com filtro 2 litros | 30 | 50 |
| 230004001 | unidade | Tubo para ligação a sonda tipo Yankauer CH 25, 2 metros | 30 | 50 |
| 230029004 | unidade | Conexão Y 9 x 9 mm | 30 | 50 |
| 230005500 | unidade | Frasco de drenagem torácica 2 litros | 2 | 3 |
| 230005507 | unidade | Kit de drenagem percutânea 15 G, 50 mm (parentese/toracentese) | 2 | 3 |
| 230005505 | unidade | Set completo para drenagem pleural e torácica | 2 | 3 |
| 230006421 | unidade | Cateter venoso central PUR 3 vias 16 G, 20 cm com posicionamento ECG - Kit completo | 2 | 3 |
| 293003000 | unidade | Baia de uso geral irrecuperável não esterilizada punho tamanho único | 20 | 30 |
| 230005600 | unidade | Tampa para sonda gástrica, 8 mm | 30 | 50 |
| 420011405 | unidade | Esponja de higiene oral sem dentrífico | 50 | 100 |
| 250031010 | unidade | Frasco para colheita de fezes com tampa e colher 18 ml, 22 x 63 mm | 50 | 100 |
| 230002000 | unidade | Espátula individualizada | 500 | 800 |
| 420021003 | unidade | Gillete irrecuperável com pente | 30 | 50 |
| 240001100 | unidade | Elétrodo com espuma hidrogel para monitorização 57 x 34 mm | 300 | 500 |
| 230021006 | unidade | Elétrodo para pacing externo adulto Lifepack | 6 | 10 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|---|----|----|
| 240004006 | unidade | Eléctrodo adesivo multifunções para desfibrilhador ref. M3713A | 6 | 10 |
| 230021008 | unidade | Eléctrodo para pacing externo desfibrilhador Welch Allyn | 4 | 6 |
| 240001505 | unidade | Papel ECG 80 mm para desfibrilhador série M Zoll | 2 | 3 |
| 240001507 | unidade | Papel ECG 100 mm x 22 metros Lifepak | 2 | 3 |
| 240001501 | unidade | Papel ECG 50 mm x 30 metros, 1 canal | 2 | 3 |
| 240001508 | unidade | Papel para electrocardiografo Welch Allyn CP 200 | 2 | 3 |
| 240001511 | unidade | Papel térmico para electrocardiografo GE Marquett MAC 800 | 2 | 3 |
| 290006007 | unidade | Linha de capnografia pacientes intubados Microstream + D92, 20 cm ref. XS-04620 | 15 | 20 |
| 510026074 | unidade | Etiqueta ZB pulpi-pulveri 55 mm x 25 mm GX430T TLP2844Z | 10 | 15 |
| 510022006 | unidade | FITA ZB resina 64 mm x 91 metros GX430T TLP2844Z | 10 | 15 |
| 260001004 | unidade | Colar cervical Philadelphia, M | 2 | 3 |
| 260001005 | unidade | Colar cervical Philadelphia, L | 2 | 3 |
| 260001003 | unidade | Colar cervical Philadelphia, S | 2 | 3 |
| 290003800 | unidade | Irrigador disposable | 15 | 20 |
| 290022001 | unidade | Preservativo urinário, 35 mm | 20 | 30 |
| 230004100 | unidade | Sonda aspiração CH 06 | 10 | 15 |
| 230004101 | unidade | Sonda aspiração CH 08 | 10 | 15 |
| 230004103 | unidade | Sonda aspiração CH 12 | 10 | 15 |
| 230004104 | unidade | Sonda aspiração CH 14 | 15 | 20 |
| 230004105 | unidade | Sonda aspiração CH 16 | 20 | 30 |
| 230004000 | unidade | Sonda aspiração Yankauer | 15 | 20 |
| 230001401 | unidade | Algália Bequille CH 08 | 2 | 3 |
| 230001403 | unidade | Algália Bequille CH 12 | 2 | 3 |
| 230001404 | unidade | Algália Bequille CH 14 | 2 | 3 |
| 230001314 | unidade | Algália Foley Silastic 2 vias CH 20 | 10 | 15 |
| 230004301 | unidade | Algália Foley Couvelaire 3 vias CH 20 | 10 | 15 |
| 230004300 | unidade | Algália Foley Couvelaire 3 vias CH 18 | 15 | 20 |
| 230001327 | unidade | Algália Foley Silastic 3 vias CH 22 | 8 | 10 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|-----|-----|
| 230008201 | unidade | Sonda Blakemore/Sengstaken CH 21 | 1 | 2 |
| 230008200 | unidade | Sonda Blakemore/Sengstaken CH 15 | 1 | 2 |
| 230001302 | unidade | Algália Foley CH 12 | 10 | 15 |
| 230001303 | unidade | Algália Foley CH 14 | 20 | 30 |
| 230001304 | unidade | Algália Foley CH 16 | 20 | 30 |
| 230001305 | unidade | Algália Foley CH 18 | 20 | 30 |
| 230001306 | unidade | Algália Foley CH 20 | 10 | 15 |
| 230002701 | unidade | Saco recolha urina com adesivo esterilizado, Infantil | 60 | 80 |
| 230003803 | unidade | Sonda retal irrecuperável, CH 30 | 15 | 20 |
| 230005000 | unidade | Sistema medição diurese horária, 500 ml | 2 | 3 |
| 232402400 | unidade | Saco para alimentação 1000 mm | 2 | 3 |
| 250038001 | unidade | Frasco prolipileno, 60 ml, para urina, esterilizado com tampa roscada | 200 | 300 |
| 230002703 | unidade | Saco esvaziamento 2000 ml, sem válvula e com clamp | 100 | 150 |
| 230002702 | unidade | Saco para recolha urina esterilizado, com torneira de esvaziamento, adulto | 200 | 250 |
| 290003608 | unidade | Máscara facial descartável Performa Trak M + Touca | 4 | 5 |
| 290003607 | unidade | Máscara facial descartável Performa Trak S + Touca | 4 | 5 |
| 290003614 | unidade | Máscara facial descartável Performa Trak L + Touca | 4 | 5 |
| 290002808 | unidade | Circuito respiratório 22 mm, interior liso, com filtro, para BIPAPVISION | 10 | 15 |
| 290003686 | unidade | Máscara de ventilação não invasiva fechada, L, para ventilador Hamilton C6 | 5 | 6 |
| 290003685 | unidade | Máscara de ventilação não invasiva fechada, M, para ventilador Hamilton C6 | 5 | 6 |
| 290003684 | unidade | Máscara de ventilação não invasiva fechada, S, para ventilador Hamilton C6 | 5 | 6 |
| 230004402 | unidade | Tubo Guedel N.º 2, esterilizado | 20 | 30 |
| 230004403 | unidade | Tubo Guedel N.º 3, esterilizado | 20 | 30 |
| 230004404 | unidade | Tubo Guedel N.º 4, esterilizado | 20 | 30 |
| 230003369 | unidade | Máscara laríngea descartável N.º 3, gel | 5 | 8 |
| 230003370 | unidade | Máscara laríngea descartável N.º 4, gel | 5 | 8 |
| 230003371 | unidade | Máscara laríngea descartável N.º 5, gel | 5 | 8 |
| 230004609 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 8,5 | 4 | 6 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|----|----|
| 230004608 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 8 | 4 | 6 |
| 230004607 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 7,5 | 4 | 6 |
| 230004606 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 7 | 4 | 6 |
| 230004605 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 6,5 | 4 | 6 |
| 230004604 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 6 | 4 | 6 |
| 230004603 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 5,5 | 2 | 4 |
| 230004602 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 5 | 2 | 4 |
| 230004600 | unidade | Tubo endotraqueal com cuff CH 4 | 2 | 4 |
| 231009007 | unidade | Estilete intubação para tubos 4 a 6 | 3 | 5 |
| 231009003 | unidade | Estilete intubação para tubos 5 a 10 | 3 | 5 |
| 411013000 | rolo | Fita nastro N.º 5, 14 mm x 100 metros, 100% algodão | 1 | 2 |
| 230005407 | unidade | Filtro para circuito anestésico com humidificador, curvo, adulto | 12 | 15 |
| 230005406 | unidade | Filtro para circuito anestésico com humidificador, reto, adulto | 12 | 15 |
| 230005411 | unidade | Filtro para circuito anestésico pediátrico | 6 | 8 |
| 294001021 | unidade | Traqueia harmónio flexível com interior liso, 180 mm | 5 | 8 |
| 230003510 | unidade | Peça T simples, 22 mm + 22 mm/15F | 10 | 15 |
| 290001024 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 0 | 2 | 3 |
| 290001025 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 1 | 2 | 3 |
| 290001026 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 2 | 2 | 3 |
| 290001027 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 3 | 2 | 3 |
| 290001028 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 4 | 2 | 3 |
| 290001029 | unidade | Máscara para ressuscitador Ambu em silicone N.º 5 | 2 | 3 |
| 290003627 | unidade | Máscara facial Mirage Quattro FF, S | 3 | 5 |
| 290003628 | unidade | Máscara facial Mirage Quattro FF, M | 3 | 5 |
| 290003629 | unidade | Máscara facial Mirage Quattro FF, L | 3 | 5 |
| 290002811 | unidade | Circuito de paciente para VPAP III ST-A | 8 | 10 |
| 230002602 | unidade | Saco para drenagem de feridas, esterilizado, S, 75 ml | 4 | 6 |
| 230002603 | unidade | Saco para drenagem de feridas, esterilizado, M, 150 ml | 4 | 6 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|------|------|
| 230002604 | unidade | Saco para drenagem de feridas, esterilizado, L, 250 ml | 4 | 6 |
| 230002600 | unidade | Saco colostomia fechado sistema 1 peça transparente, 19 x 64 mm | 4 | 6 |
| 211022001 | unidade | Penso ocular esterilizado 57 x 60 mm | 4 | 6 |
| 231512150 | unidade | Dreno penrose latex, 19 mm | 4 | 6 |
| 220002117 | par | Luva cirúrgica latex esterilizada sem pó, N.º 8 | 100 | 150 |
| 220002121 | par | Luva cirúrgica latex esterilizada sem pó, N.º 7,5 | 100 | 150 |
| 220002119 | par | Luva cirúrgica latex esterilizada sem pó, N.º 7 | 100 | 150 |
| 220002116 | par | Luva cirúrgica latex esterilizada sem pó, N.º 6,5 | 100 | 150 |
| 220002125 | par | Luva cirúrgica latex esterilizada sem pó, N.º 6 | 100 | 150 |
| 211014000 | unidade | Ligadura elástica algodão e poliâmida, 5 cm | 80 | 100 |
| 211014001 | unidade | Ligadura elástica algodão e poliâmida, 10 cm | 80 | 100 |
| 211014002 | unidade | Ligadura elástica algodão e poliâmida, 15 cm | 80 | 100 |
| 211013000 | unidade | Ligadura cambric 5 cm x 5 metros | 50 | 60 |
| 211013001 | unidade | Ligadura cambric 10 cm x 5 metros | 50 | 60 |
| 211013002 | unidade | Ligadura cambric 15 cm x 5 metros | 50 | 60 |
| 211012000 | unidade | Ligadura para almofadamento sintético, 10 cm | 30 | 50 |
| 211012001 | unidade | Ligadura para almofadamento sintético, 15 cm | 30 | 50 |
| 293002000 | unidade | Luva em plástico esterilizada, M | 100 | 200 |
| 211009007 | unidade | Compressa não tecido não esterilizada, 30 gr, 4 camadas 5 x 5 cm | 4000 | 6000 |
| 211009008 | unidade | Compressa não tecido não esterilizada, 30 gr, 4 camadas 10 x 10 cm | 2000 | 3000 |
| 211009026 | unidade | Compressa não tecido esterilizada, 30 gr, 4 camadas 5 x 5 cm | 600 | 800 |
| 211009027 | unidade | Compressa não tecido esterilizada, 30 gr, 4 camadas 10 x 10 cm | 1000 | 1200 |
| 211009028 | unidade | Compressa não tecido não esterilizada, 30 gr, 4 camadas 15 - 20 cm | 1000 | 1200 |
| 290003000 | unidade | Tube garrote fino 5 x 3 mm | 10 | 20 |
| 250008997 | unidade | Zaragatoa com meio de transporte sem carvão para vírus | 20 | 30 |
| 290008201 | unidade | Mano redutor com debitómetro para garrafa de oxigénio | 20 | 30 |
| 230001024 | unidade | Aguilha intraóseá dispoisável adulto com mola 15 G | 3 | 6 |
| 291016003 | unidade | Braçadeira TA, média, 1 via, 25 x 35 cm sem conector | 3 | 6 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|----|----|
| 420034003 | unidade | Caixa para prótese dentária | 15 | 20 |
| 290002400 | unidade | Estetoscópio adulto | 3 | 6 |
| 290007000 | unidade | Termómetro eletrónico digital | 3 | 6 |
| 622036000 | unidade | Ficha tripla com terra e fio, 3 metros | 2 | 3 |
| 622036001 | unidade | Ficha tripla com terra e fio, 5 metros | 2 | 3 |
| 295001004 | unidade | Placa de proteção disposable de desfibrilhador | 6 | 8 |
| 291031132 | unidade | Manta térmica corpo inferior | 8 | 12 |
| 641035000 | unidade | Pilha alcalina AA LR6 1,5V | 10 | 14 |
| 641035001 | unidade | Pilha alcalina LR6 61-9V | 10 | 14 |
| 622091010 | unidade | Pilha lítio 3V ref. CR 2032 | 10 | 20 |
| 641035003 | unidade | Pilha alcalina AAA LR03 1,5V | 10 | 20 |
| 622091009 | unidade | Pilha alcalina LR14, 1,5V | 6 | 8 |
| 420036001 | unidade | Pente unissexo | 20 | 30 |
| 641022012 | unidade | Lâmpada otoscópio Heine XHL 2,5 V ref. X-02.88.078 | 3 | 5 |
| 290001800 | unidade | Clamp tesoura disposable hemodíalise | 4 | 8 |
| 232001600 | unidade | Sensor neonatal adulto Nelcor disposable | 8 | 12 |
| 294006001 | unidade | Conetor metálico macho para braçadeira de TA | 4 | 6 |
| 294006002 | unidade | Conetor metálico fêmea para braçadeira de TA | 4 | 6 |
| 294005023 | unidade | Sensor dedo Philips ref. M1191A/M1196A, 3 metros | 4 | 6 |
| 641004072 | unidade | Cabo ECG 3 derivações Phillips | 3 | 6 |
| 230032002 | metro | Tubo em silicone 8 x 12 mm | 1 | 2 |
| 290005041 | unidade | Trouxa para partos | 2 | 3 |
| 412001004 | unidade | Capa para colchão impermeável Telastik 1960 x 860 x 120 metros | 2 | 3 |
| 294005033 | unidade | Sensor dedo monitor Datex Ohmeda 55TM Advance AD | 4 | 6 |
| 190020424 | unidade | Oxigénio Medicinal 3000 ml | 5 | 6 |
| 290001001 | unidade | Balão para anestesia em borracha 1000 ml | 2 | 3 |
| 290007800 | metro | Tubo traqueia em plástico corrugado | 1 | 2 |
| 294006000 | unidade | Eléctrodo de mola para ECG reutilizável, adulto | 4 | 6 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|----|----|
| 290003642 | unidade | Suporte de fixador de máscara Mirage ref. 61288 | 2 | 3 |
| 290003643 | unidade | Regulador de suporte de máscara Mirage ref. 61289 | 2 | 3 |
| 230007406 | unidade | Conetor 22M - 22F + 6 mm com Swivel | 4 | 6 |
| 250050022 | unidade | Colheita sangue EDTA K2 com gel, 13 x 100, 4 - 5 ml, marcador vírico | 15 | 20 |
| 250008999 | unidade | Zaragatoa com meio de transporte líquido biologia molecular | 20 | 30 |
| 290008209 | unidade | Conetor angulado ref. 8412235 DRAGER | 2 | 3 |
| 294005016 | unidade | Sensor de fluxo reutilizável para ventilador de transporte Drager Ref. 8412034 | 2 | 3 |
| 291005007 | unidade | Válvula de ventilador de transporte Drager ref.F8412001 | 2 | 3 |
| 230001036 | unidade | Bocal para caudalímetro de oxigénio | | |
| 290001804 | unidade | Cadeado disponível para carro de emergência Avalo | 20 | 30 |
| 291021008 | unidade | Saco material médico, primeiros socorros | | |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| Código | Perfil | Material de Consumo Clínico_Cirurgia | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|---------------|---------------|---|---------------------|---------------------|
| 220006004 | unidade | Lâmina de bisturi nº 24 | 100 | 200 |
| 211023012 | unidade | Tampão nasal laminado 8 cc com fio e sem tubo 8 x 1 x 2 cm | 5 | 10 |
| 222005900 | unidade | Sutura cutânea 2-octil-cianoacrilato alta viscosidade, estéril, 0,5 ml | 10 | 15 |
| 261001102 | unidade | Tala de zimmer para dedos ¼ polegada | 10 | 15 |
| 261001100 | unidade | Tala de zimmer para dedos 1 polegada | 10 | 15 |
| 261001101 | unidade | Tala de zimmer para dedos ½ polegada | 10 | 15 |
| 211034001 | rolo | Manga rede tubular elástica 2,7 cm x 25 metros nº 5,5 | 1 | 2 |
| 211034000 | rolo | Manga rede tubular elástica 1,8 cm x 25 metros, nº 2 | 1 | 2 |
| 211027000 | unidade | Sutura cutânea adesiva esterilizada 12 mm x 100 mm | 15 | 20 |
| 211027001 | unidade | Sutura cutânea adesiva esterilizada 6 x 100 mm | 15 | 20 |
| 231512140 | unidade | Dreno penrose latex – 6 mm | 3 | 5 |
| 231512150 | unidade | Dreno penrose latex – 19 mm | 3 | 5 |
| 230001801 | unidade | Dreno tubular 250 mm x 25 mm com lúmen 9 | 3 | 5 |
| 222005903 | unidade | Dispositivo de sutura para tendões de aço polifilamentar (Tendofil) | 4 | 5 |
| 222005032 | unidade | Fio multifilamentar absorção rápida, 2/0, agulha lanceolada 26 mm (SAFIL QUICK) | 10 | 15 |
| 222002503 | unidade | Fio multifilamentar absorção rápida, 3/0, agulha lanceolada 19 mm | 10 | 15 |
| 222005031 | unidade | Fio multifilamentar absorção rápida, 4/0, agulha lanceolada 16 mm | 10 | 15 |
| 222005005 | unidade | Fio absorção poliglatina 910, 2/0, agulha cilíndrica 25 mm (SAFIL) | 10 | 15 |
| 222005057 | unidade | Fio absorção poliglatina 910, 3/0, agulha lanceolada 19 mm | 10 | 15 |
| 222005013 | unidade | Fio absorção poliglatina 910, 4/0, agulha lanceolada 19 mm | 10 | 15 |
| 222005021 | unidade | Fio absorção poliglatina 910, 5/0, agulha lanceolada 19 mm | 10 | 15 |
| 222003012 | unidade | Fio polipropileno, 2/0, agulha lanceolada 40 mm | 10 | 15 |
| 222003013 | unidade | Fio polipropileno, 3/0, agulha lanceolada 26 mm | 15 | 20 |
| 222003011 | unidade | Fio polipropileno, 4/0, agulha lanceolada 15 mm | 10 | 15 |
| 222003010 | unidade | Fio polipropileno, 5/0, agulha lanceolada 15 mm | 10 | 15 |
| 222003014 | unidade | Fio sutura monofilamento 5/0 agulha lanceolada curva 16 mm | 10 | 15 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|---|----|----|
| 222004005 | unidade | Fio Seda, 2/0, agulha lanceolada 26 mm | 10 | 15 |
| 222004007 | unidade | Fio Seda, 3/0, agulha lanceolada 26 mm | 20 | 30 |
| 222004008 | unidade | Fio Seda, 4/0, agulha lanceolada 26 mm | 10 | 15 |
| 222004009 | unidade | Fio Seda, 5/0, agulha lanceolada 25 mm | 10 | 15 |
| 290005018 | unidade | Bata cirúrgica irrecuperável esterilizada com manga e punho e 2 toalhetes - M | 6 | 8 |
| 290027006 | unidade | Campo adesivo 75 x 90 cm com janela de 7 x 12 cm | 6 | 8 |
| 290027004 | unidade | Campo adesivo com orifício ORL 120 x 150 cm | 4 | 6 |
| 230001707 | unidade | Conexão reta 7 x 7 mm | 5 | 6 |
| 420060032 | unidade | Gel para pré-tratamento de instrumentos cirúrgicos | 1 | 2 |
| 230002602 | unidade | Saco para drenagem de feridas esterilizado – S, 75ml | 4 | 6 |
| 230002604 | unidade | Saco para drenagem de feridas esterilizado – L, 250ml | 4 | 6 |
| 211002034 | unidade | Penso pós-operatório esterilizado impermeável 6 x 7 cm | 20 | 30 |
| 211002033 | unidade | Penso pós-operatório esterilizado impermeável 10 x 10 cm | 20 | 30 |
| 211002032 | unidade | Penso pós-operatório esterilizado impermeável 10 x 15 cm | 20 | 30 |
| 250025005 | unidade | Caixa porta lâminas de 2 lugares | 4 | 6 |
| 250025000 | unidade | Caixa porta lâminas de 4 - 5 lugares | 4 | 6 |
| 250012001 | unidade | Lâmina canto fosco e bordo esmerilado 76 x 26 mm | 15 | 20 |
| 230027000 | unidade | Válvula simples para drenagem torácica | 2 | 3 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamago

| Código | Perfil | Material de Consumo Clínico_Triagem | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|-----------|---------|--|--------------|--------------|
| 290003509 | unidade | Pulseira tyvek azul para identificação do doente | 1000 | 2000 |
| 290003503 | unidade | Pulseira tyvek verde para identificação do doente | 3000 | 4000 |
| 290003502 | unidade | Pulseira tyvek amarela para identificação do doente | 3000 | 4000 |
| 290003508 | unidade | Pulseira tyvek laranja para identificação do doente | 2000 | 3000 |
| 290003504 | unidade | Pulseira tyvek vermelha para identificação do doente | 1000 | 2000 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| Código | Perfil | Material de Secretariado | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|---------------|---------------|---|---------------------|---------------------|
| 510002000 | unidade | Agrafador tipo alicate em aço cromado para agrafes 21/4 | 4 | 6 |
| 510005000 | unidade | Almofada preta para carimbo | 2 | 3 |
| 530007081 | unidade | Envelope castanho com logotipo para valores 25 x 17,5 cm modelo 18 | 50 | 80 |
| 510026100 | unidade | Etiqueta autocolante branca 100 x 100 mm, grupo III, para contentor do lixo | 3 | 5 |
| 591003002 | unidade | Agrafes 24/6 | 4 | 6 |
| 591910035 | rolo | Etiqueta autocolante redondo 10,5 mm diâmetro, cor vermelho | 2 | 3 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| Código | Perfil | Material de Hotelaria | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|---------------|---------------|---|---------------------|---------------------|
| 420060002 | litro | Detergente ácido neutralizador para máquina lavadora Miele profissional G7826, 5 litros | 5 | 10 |
| 420060017 | unidade | Detergente para máquina de lavar arrastadeiras Lavapor – LD21 | 1 | 2 |
| 420012011 | litro | Detergente manual para lavagem de louça | 5 | 10 |
| 420012015 | litro | Detergente desinfetante para pavimentos | 5 | 10 |
| 291032005 | unidade | Fralda – grande, adulto | 150 | 300 |
| 291031000 | unidade | Resguardo para incontinência 60 cm x 90 cm | 200 | 300 |
| 290002004 | unidade | Contentor para recolha de resíduos clínicos de risco 30 litros | 2 | 3 |
| 290002003 | unidade | Contentor para recolha de resíduos clínicos de risco 4 litros | 15 | 20 |
| 290008406 | unidade | Saco para cadáver | 20 | 30 |
| 291019000 | unidade | Penso pós-parto sem pega não esterilizado | 30 | 50 |
| 292404370 | unidade | Cueca em não tecido para adulto descartável | 30 | 50 |
| 290005035 | unidade | Avental plástico ou polietileno irrecuperável | 300 | 400 |
| 291031010 | unidade | Babete irrecuperável adulto com tira de fixação | 100 | 150 |
| 290004804 | unidade | Chinelos de uso único | 30 | 40 |
| 291031013 | unidade | Esponjas para higiene 250 x 170 x 5 mm | 200 | 400 |
| 250036002 | unidade | Saco plástico para transporte de tubos 16 x 23 cm | 400 | 500 |
| 430960132 | unidade | Copo de cartão branco 200 ml | 400 | 500 |
| 420050000 | maço | Toalhete em papel Zig Zag 21 x 23 cm | 60 | 90 |
| 490013000 | maço | Guardanapos 33 x 33 cm, 1 folha | 3 | 4 |
| 420045014 | unidade | Cadeado para selagem de sacos 300 x 4,80 mm | 400 | 600 |
| 420045010 | unidade | Saco branco para incineração de risco biológico 0,1 mm 400 + 120 + 120 x 800 mm | 400 | 600 |
| 420045005 | unidade | Saco preto para recolha de lixo pesado 0,06 mm 400 + 120 + 120 x 800 mm | 400 | 600 |
| 420045009 | quilo | Saco plástico transparente 35 x 50 cm | 6 | 9 |
| 420045001 | unidade | Saco plástico transparente 25 x 35 cm | 6 | 9 |
| 420045006 | unidade | Saco azul para recolha de roupa suja 0,1 mm 100 x 120 cm | 400 | 600 |
| 420045020 | unidade | Saco amarelo de espólio do doente 0,06 mm 400 + 120 + 120 x 800 mm | 400 | 600 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| | | | | |
|-----------|---------|--|-----|------|
| 420045013 | unidade | Saco laranja para recolha de fardamento 1,00 m x 1,20 m | 100 | 200 |
| 420045000 | unidade | Saco vermelho para recolha de lixo contaminado 0,1 mm 400 + 120 + 120 x 800 mm | 300 | 400 |
| 420025000 | unidade | Detergente limpa vidros 500 ml | 1 | 2 |
| 420020000 | unidade | Detergente desinfetante para dispositivos médicos spray | 12 | 20 |
| 420024000 | litros | Lixívia 2% de cloro, 5 litros | 30 | 40 |
| 420004004 | litros | Detergente de limpeza diária para pavimentos e superfícies | 5 | 10 |
| 590001002 | resma | Papel A4 80 gr branco para fotocopiador | 5 | 10 |
| 530009013 | unidade | Envelope branco DI com janela 11 x 22 cm | 500 | 1000 |
| 420050007 | rolo | Papel de marquês picotado 2 em 2 metros 50 cm x 50 metros | 6 | 12 |
| 420033000 | rolo | Papel higiénico grande 2 folhas | 12 | 20 |
| 420050004 | rolo | Papel de limpeza industrial 2 folhas | 3 | 5 |
| 420032005 | unidade | Pano para limpeza em tecido não tecido azul | 3 | 5 |
| 420032004 | unidade | Pano para limpeza em tecido não tecido amarelo | 3 | 5 |
| 420032003 | unidade | Pano para limpeza em tecido não tecido vermelho | 3 | 5 |
| 420032006 | unidade | Pano para limpeza em tecido não tecido verde | 3 | 5 |

Stock de material do Serviço de Urgência de Lamego

| Código | Perfil | Soros | Stock Mínimo | Stock Máximo |
|---------------|---------------|--|---------------------|---------------------|
| 290008202 | unidade | Frasco humidificador 500 ml | 30 | 50 |
| 110520537 | unidade | Glicose 5% + Cloreto de sódio 0,3% 500 ml | 30 | 50 |
| 110520412 | unidade | Cloreto de sódio 0,45% 500 ml | 50 | 80 |
| 110520429 | unidade | Glicose 10% 500 ml | 20 | 30 |
| 110520451 | unidade | Polieletrólítico + glicose 1000 ml | 50 | 80 |
| 110520457 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 500 ml, irrigação | 20 | 30 |
| 110320412 | unidade | Manitol 20% 250 ml | 5 | 8 |
| 110520427 | unidade | Glicose 5% 1000 ml | 50 | 80 |
| 110520467 | unidade | Glicose 5% 100 ml | 30 | 50 |
| 110520414 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 1000 ml | 100 | 120 |
| 110520437 | unidade | Glicose 5% + Cloreto de sódio 0,9% 1000 ml | 50 | 80 |
| 110520428 | unidade | Glicose 5% 500 ml | 60 | 80 |
| 110520415 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 100 ml | 200 | 300 |
| 110520416 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 500 ml | 100 | 120 |
| 110520452 | unidade | Polieletrólítico + glicose 500 ml | 80 | 100 |
| 110840400 | unidade | Água esterilizada 100 ml | 30 | 50 |
| 110520453 | unidade | Ringer e lactato 500ml | 15 | 20 |
| 110520484 | unidade | Cloreto de sódio 0,9 % 3 litros | 10 | 15 |
| 110520405 | unidade | Bicarbonato de sódio 1,4 % 500 ml | 5 | 8 |
| 110520435 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 250 ml | 100 | 120 |
| 110520449 | unidade | Polieletrólítico 500 ml | 80 | 100 |
| 110520448 | unidade | Polieletrólítico 1000 ml | 50 | 80 |
| 110520460 | unidade | Cloreto de sódio 0,9% 5 ml | 30 | 50 |

Anexo V - Sessão de formação: "Área COVID do SU: Prevenção da contaminação e definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito"

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Instituto Superior Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Unidade Hospitalar de Lamego
Serviço de Urgência Geral

Liliana Figueiredo
ESSY908

Sessão de Formação

**"Área COVID do Serviço de Urgência da Unidade de Lamego:
Prevenção da contaminação e definição dos circuitos do utente COVID positivo ou suspeito"**

Dia 06 de Janeiro de 2021

14h às 15h

Destinatários: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

Anexo VI – Apresentação *powerpoint*: "Área COVID do SU: Prevenção da contaminação e definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito"

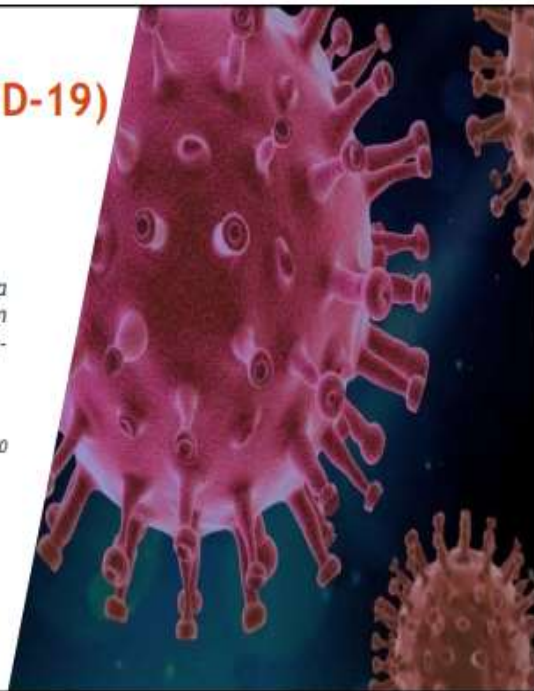


| Objetivo geral: | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-------|
| • Prevenção da contaminação e transmissão de infeção associada aos cuidados ao utente COVID 19 | | | | |
| Objetivos específicos: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a cadeia de transmissão e modos de transmissão • Definição de circuitos seguros para o utente COVID positivo ou caso COVID suspeito • Norma de desinfeção das áreas comuns • Norma de utilização dos equipamentos de proteção individual de forma adequada e racionalizada • Higiene das mãos | | | | |
| Fases | Conteúdos | Método | Meios auxiliares | Tempo |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir o tema • Informar sobre os objetivos da sessão | Expositivo, oral e direto | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de COVID - 19 • Cadeia de transmissão • Modos de transmissão • Definição de circuitos seguros • Desinfeção de áreas comuns • Equipamentos de proteção individual • Higiene das mãos | Expositivo, oral direto e interativo | <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Bibliografia | 60min |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão final | Interativo | | |

Coronavirus Disease (COVID-19)

"A epidemia de Coronavirus Disease (COVID-19), causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), teve sua origem em 2019 na cidade de Wuhan, China. No início de 2020 tornou-se uma pandemia ao atingir 24 países".

Oliveira HC, Souza LC, Leite TC, Campos JF, 2020



Cadeia de Transmissão

- ▶ A transmissão constitui um evento crítico nas unidades de saúde, sendo necessário adotar estratégias preventivas



Modos de transmissão

- ▶ Por contato;
- ▶ Por gotículas;
- ▶ Por via aérea;
- ▶ Fomites;
- ▶ Outros.

World Health Organization, Julho de 2020

Modos de transmissão

Por contato e por gotículas

- ▶ Direto, indireto ou próximo de pessoas infectadas;
- ▶ Através de secreções infectadas:
 - ▶ Saliva
 - ▶ Secreções respiratórias
- ▶ Quando há exposição com um infectado a menos de 1 metro e quando o mesmo tem sintomas respiratórios ou está a falar;
- ▶ As partículas atingem boca, nariz ou olhos.

World Health Organization, Julho de 2020

Modos de transmissão

Por via aérea

- ▶ Disseminação de núcleos de gotículas (aerossóis) que permanecem infecciosos quando suspensos no ar por longas distâncias e tempo;
- ▶ Durante procedimentos geradores de aerossóis ou na ausência dos mesmos, em ambientes internos com ventilação inadequada;
- ▶ Quando há exposição com um infetado a menos de 1 metro e quando o mesmo tem sintomas respiratórios ou está a falar.

World Health Organization, Julho de 2020

Modos de transmissão

Por via aérea

Procedimentos geradores de aerossóis

- ▶ Intubação endotraqueal e extubação;
- ▶ Ventilação manual;
- ▶ Ventilação não invasiva;
- ▶ Traqueostomia e procedimentos relacionados com a traqueostomia (inserção, aspiração ou remoção);
- ▶ Broncoscopia;
- ▶ Cinesiterapia respiratória e procedimentos de otorrinolaringologia.

DGS, Março de 2020

Modos de transmissão

Por fomite

- ▶ Secreções respiratórias e gotículas podem contaminar objetos e superfícies;
- ▶ O vírus SARS-CoV-2 viável e/ou RNA detectado por RT-PCR pode ser encontrado nessas superfícies por períodos variando de horas a dias, dependendo do ambiente (incluindo temperatura e humidade) e do tipo de superfície;
- ▶ Pode ocorrer indiretamente através do toque de superfícies no ambiente imediato ou objetos contaminados com vírus de uma pessoa infectada (por exemplo, estetoscópio ou termómetro), seguido de toque na boca, nariz ou olhos.

World Health Organization, Julho de 2020



Modos de transmissão

Por outros

- ▶ Urina;
- ▶ Fezes;
- ▶ Plasma;
- ▶ Soro;
- ▶ Leite materno.

Encontrado RNA viral

Baixa carga viral

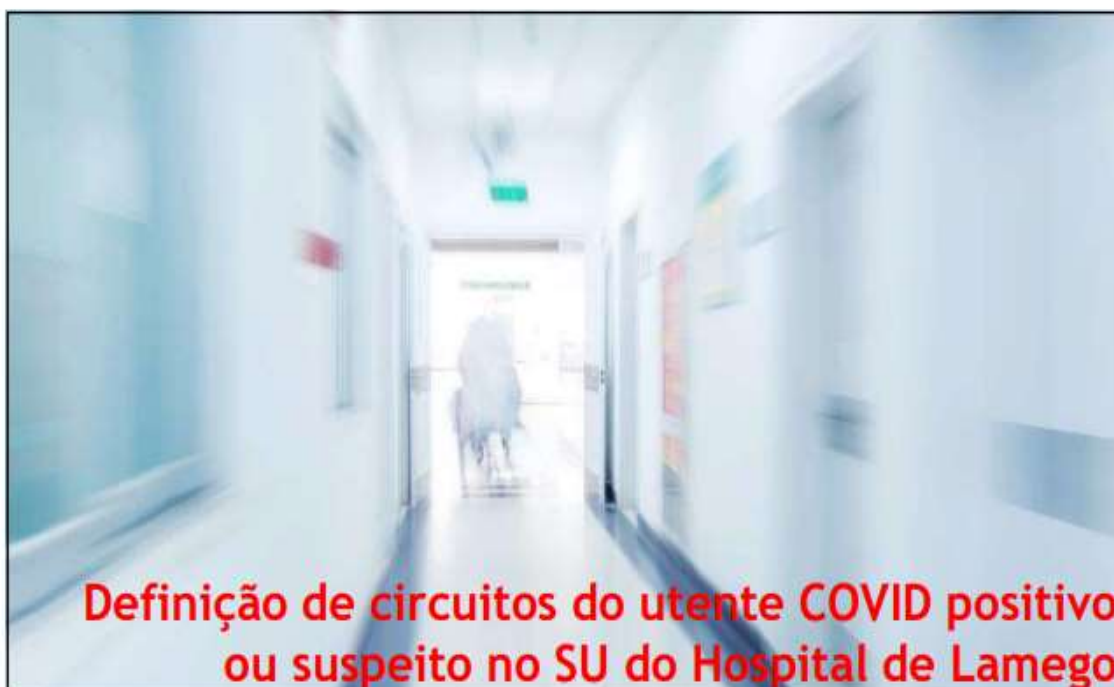
Risco de transmissão baixo

World Health Organization, Julho de 2020





Quebrar a cadeia de transmissão



Definição de circuitos do utente COVID positivo ou suspeito no SU do Hospital de Lamego

Circuitos do utente COVID positivo ou suspeito

Imagiologia

Internamento COVID

Morgue

Circuitos do utente COVID positivo ou suspeito

Imagiologia

- ▶ Preparar o utente:
 - ▶ Colocar máscara cirúrgica, preferencialmente pelo mesmo, após higiene das mãos;
 - ▶ Despir o utente, acondicionar a roupa e vestir bata;
 - ▶ Restringir livre circulação.
- ▶ Contactar serviço de Imagiologia e assistente operacional;
- ▶ O assistente operacional coloca o EPI;
- ▶ Passar o utente para maca limpa e/ou cadeira de rodas;
- ▶ Segue o circuito interno, passando pelo SU, em direção à Imagiologia, de acordo com a sinalética;
- ▶ Dirige-se à Sala de Rx 2, reservada para utente COVID suspeito ou confirmado;

Circuitos do doente COVID positivo ou suspeito

Imagiologia

- ▶ Utente independente ou dependente parcial:
 - ▶ O assistente operacional alocado no serviço de Imagiologia posiciona o utente de acordo com as instruções do técnico;
 - ▶ Aguardar no Vestiário 1;
 - ▶ O técnico permanece na *workstation*, se for possível, e executa o exame.
- ▶ Utente dependente:
 - ▶ O assistente operacional alocado no serviço de Imagiologia e o assistente operacional do SU colaboram no posicionamento;
 - ▶ Aguardar no Vestiário 1;
 - ▶ O técnico permanece na *workstation*, se for possível, e executa o exame.

Circuitos do doente COVID positivo ou suspeito

Imagiologia

- ▶ Para realizar TAC, seguir as mesmas orientações e, se necessária administração de produto de contraste:
 - ▶ O enfermeiro alocado no serviço de Imagiologia colabora no posicionamento do utente e administração de produto de contraste;
 - ▶ Se não estiver enfermeiro de apoio na Imagiologia, o enfermeiro da Área COVID, se possível, ou o enfermeiro do SU alocado à Ala 3 colabora no posicionamento do utente e administração de produto de contraste;
 - ▶ Durante a realização do exame, aguardar no Vestiário 2.

Circuitos do doente COVID positivo ou suspeito

Internamento COVID

- ▶ Contactar o Serviço de Internamento COVID;
- ▶ O médico providencia ambulância para transportar o utente ou utilizar o trajeto definido e elevador destinado ao transporte de utentes COVID, elevador 7;
- ▶ Providenciar acompanhamento do utente por assistente operacional e/ou enfermeiro, de acordo com score da grelha de avaliação do transporte secundário;
- ▶ O assistente operacional que acompanha o utente deve proceder à desinfeção da maca após transferência do mesmo e remover o EPI no local definido no serviço de Internamento COVID;
- ▶ Proceder à desinfeção das mãos e regressar ao SU, pelo interior do hospital.

Circuitos do doente COVID positivo ou suspeito

Morgue

- ▶ Preparar o corpo:
 - ▶ Remover todos os tubos, drenos e cateteres, tendo especial atenção à remoção da via intravenosa e do tubo endotraqueal;
 - ▶ Descartar imediatamente os corto-perfurantes para o contentor específico;
 - ▶ Desinfetar e tapar os orifícios de drenagem de feridas e de punção de cateter com penso de material impermeável;
 - ▶ Limpar e tamponar todos os orifícios naturais do cadáver, para evitar extravasamento de fluidos corporais;
 - ▶ Manuseamento mínimo do corpo, tentando deixá-lo limpo e seco;

COVID-19

Facebook Instagram Twitter YouTube

NORMA

Nota de Guia

Intervenção

Prática

SÍNTESE 000000
DATA 00/00/00
VERSÃO/EDIC 00000000
TÍTULO COVID-19: Encaminhamento para morgue
ELABORAÇÃO Agência Funerária, mortuária, cadavérica, médica legal, peritagem
REVISÃO Estabelecimento de Saúde, Colégio de Enfermeiros, Agências Funerárias, Autarquias de Saúde, Autarquias, C.A.S.A.S.
VALIDAÇÃO [Verificação de validade](#)

A gravidade da COVID-19 tem sido muito variável. A doença manifesta-se habitualmente como uma infeção respiratória aguda, mas também existem casos de infeção por SARS-CoV-2, aparentemente sem sintomas. Em alguns casos a doença pode evoluir para uma forma grave, podendo resultar em morte.

Tendo em consideração em alguns países a existência de sintomas de morte, consideramos este manual de que deve ser seguido a partir da experiência no AaL de Portugal. É necessário avaliar periodicamente de forma a serem garantidas todas as ações realizadas com um objetivo de risco para todos.

Até à data, não há evidência de contágio e infeção pelo contacto com corpos de pessoas que morreram com SARS-CoV-2 (COVID-19). De facto, a possibilidade de transmissão de infeção no processo de preparação e manuseamento no cadáver, nos enteros, assim como no processo de lavagem de tecidos que manipulados no preparado e corpos, devem usar equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado, de acordo com as precauções técnicas em casos de infeção, nomeadamente lavar as mãos com frequência e usar máscara e óculos ou protetores faciais. Não se deve usar em locais hospitalares. Deve observar-se o disposto no ponto 3.1.

Ver também as notas de AaL 1.2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 142/2020 de 28 de janeiro, em vigor a partir de agosto.

1. Procedimentos gerais gerais e específicos de um caso

- Tratamento de um caso de COVID-19 confirmado (SARS-CoV-2) COVID-19, em regime de emergência, numa intervenção de saúde pública, a ser realizada em conformidade com as normas de segurança e saúde pública, e a ser realizada pelo pessoal adequado ao caso.
- A entidade de referência de saúde pública e quem for acordada a responsabilidade pela doença, a ser notificada, deve ser responsável pelo que se prende à entrega do corpo.

Circuitos do doente COVID positivo ou suspeito

Morgue

- ▶ Acondicionar o corpo em duplo saco apropriado impermeável e encerrar adequadamente;
- ▶ Transporte do cadáver para a morgue:
 - ▶ Contactar o assistente operacional responsável pelo transporte;
 - ▶ O assistente operacional coloca o EPI;
 - ▶ Segue o circuito interno, passando pelo corredor lateral do SU, em direção à Morgue;
 - ▶ Utiliza o elevador destinado ao transporte de utentes COVID, elevador 4;
 - ▶ Coloca o corpo na câmara de refrigeração;
 - ▶ Proceda à desinfeção da maca de transporte em frente à morgue;
 - ▶ Remove o EPI, procede à higienização das mãos e regressa ao serviço pelo elevador 1.

Uso de equipamento de proteção individual

- ▶ Bata: com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho;

OU
Fato integral

- ▶ Máscara;
- ▶ Proteção ocular - óculos ou viseira (de abertura inferior);
- ▶ Luvas - descartáveis não esterilizadas;
- ▶ Cobre-botas (se não estiver a usar calçado dedicável e não higienizável);
- ▶ Touca.

COVID-19

NORMA

Ministério da Saúde
Direção de Serviços
Prevenção

Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Publicado em: 2020-10-16 | Documento Técnico de Saúde Pública

Assunto: Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) e de outras doenças infecciosas transmitidas por contacto próximo

Este documento aplica-se ao âmbito de aplicação do Decreto Regulamentar nº 14/2020, de 25 de janeiro, relativo à situação de emergência.

1. Equipamento

No âmbito de aplicação do Decreto Regulamentar nº 14/2020, que estabelece a situação de emergência por COVID-19, a presente norma apresenta as prescrições no âmbito da prevenção e controlo de infeção no âmbito de saúde.

O EPI considerado aplica-se a situações de SARS-CoV-2 e a situações de contacto próximo a nível de saúde pública e a outras doenças infecciosas transmitidas por contacto próximo.

A utilização de roupa e proteção certificada e paga de que trata o presente documento aplica-se a situações de contacto próximo a nível de saúde pública e a outras doenças infecciosas transmitidas por contacto próximo, quando estas, segundo o caso, se apresentarem em situações de contacto próximo a nível de saúde pública e a outras doenças infecciosas transmitidas por contacto próximo.

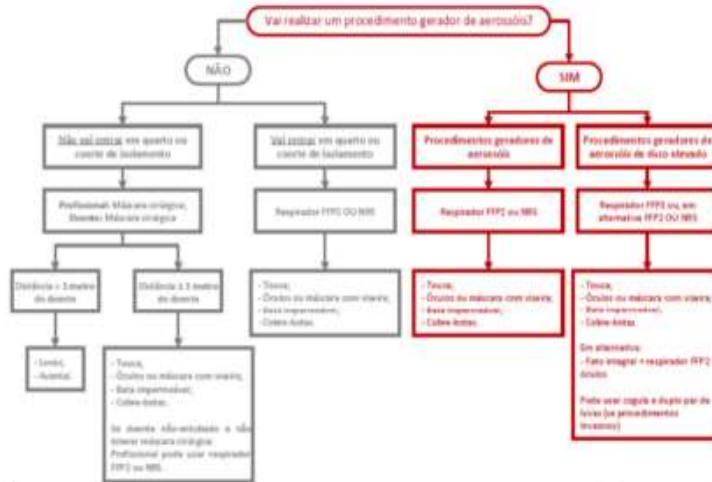
O SARS-CoV-2 pode transmitir-se por:

- Contacto direto com secreções respiratórias infectadas, com base no contacto próximo, confirmado por EPI;
- Via aérea (partículas infecciosas a 1 metro), quando de proximidade próxima de contacto.

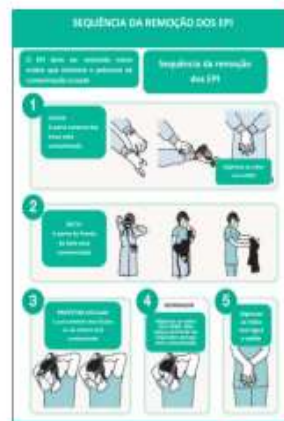
Esta norma tem como objetivo definir a adequada utilização pelos profissionais de saúde do equipamento de proteção individual (EPI) e a sua utilização adequada para garantir

Norma nº 001/2020 de 2020/10/16

Uso de equipamento de proteção individual



Uso de equipamento de proteção individual



Higiene das mãos

- ▶ Usar sempre SABA, exceto:
 - ▶ Mãos visivelmente sujas;
 - ▶ Prestação de cuidados de saúde a doentes com suspeita ou confirmação de infeção por *Clostridium difficile*;
 - ▶ Prestação de cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de exposição a material potencialmente contaminado com *Bacillus anthracis*;

NORMA

NÚMERO: 007/2019
 DATA: 14/02/2019
 ASSUNTO: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde
 PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos, infeções, infeções, prevenção, controle
 PAÍS: Unidades do Sistema de Saúde
 CONTACTOS: Departamento de Qualidade na Saúde qualidade@nss.gov.pt

Nota técnica do âmbito do nº 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar nº 14/2017, de 26 de janeiro, a Direção Geral de Saúde, por proposta conjunta do Departamento de Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPIRA), a Direção Geral de Saúde, na área de qualidade organizacional, emite, a seguir:

NORMA*

1. A presente Norma deve aplicar-se à intervenção pré-hospitalar, unidades hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.
2. Deve ser adotado o modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Higiene das Mãos de qual constam^{1,2,3}:
 - a) Os "5 Momentos" para a Higiene das Mãos¹ (Anexo 1, Quadro 1):
 1. Antes do contacto com o doente (Categoria III)
 2. Antes de um procedimento invasivo/asséptico (Categoria III)
 3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso (Categoria III)
 4. Após o contacto com o doente (Categoria III)
 5. Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (Categoria III)

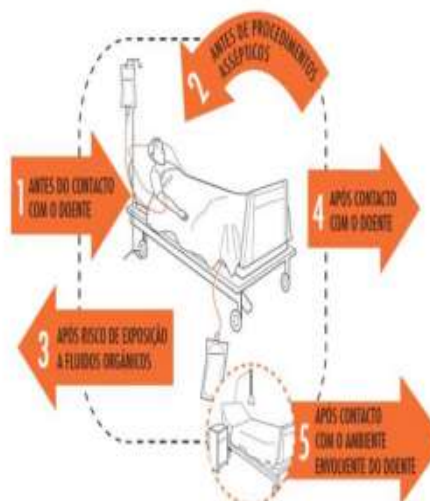
* A lista de instituições ligadas à implementação efetiva e a efetivação por parte dos serviços de saúde encontra-se no Anexo 2.

Higiene das mãos

Os "5 Momentos"

- ▶ Antes do contacto com o utente;
- ▶ Antes de um procedimento limpo/asséptico;
- ▶ Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
- ▶ Após o contacto com o utente;
- ▶ Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do utente.

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



Lavagem das Mãos

- ▶ Com água e sabão;
- ▶ Molhar as mãos em água à temperatura corporal;
- ▶ Aplicar a quantidade de sabão suficiente para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e os punhos;
- ▶ Friccionar as mãos vigorosamente durante no mínimo 15 segundos;
- ▶ Enxaguar bem as mãos;
- ▶ Não tocar na torneira após Higiene das Mãos (usar um toallete de papel para fechar a torneira de acionamento manual);
- ▶ Secar bem as mãos com toallete de uso único;
- ▶ Depositar os toalhetes usados em contentor de acionamento por pedal;
- ▶ A duração do procedimento deve ser entre 40 a 60 segundos.

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).



⌚ Duração total do procedimento: 40-60 seg.



1. Molhe as mãos com água.



2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.



3. esfregue as palmas das mãos, uma na outra.



4. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa.



5. Palma com palma com os dedos entrelaçados.



6. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados.



7. esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa.



8. esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa.



9. Enxague as mãos com água.



10. Seque as mãos com toallete descartável.



11. Utilize o toallete para fechar a torneira se esta for de comando manual.



12. Agora as suas mãos estão seguras.

Fricção Antisséptica das mãos

- ▶ Não usar SABA nas mãos visivelmente sujas;
- ▶ Seguir as instruções do fabricante quanto aos tempos de aplicação da SABA;
- ▶ Aplicar a quantidade suficiente de SABA para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e punhos;
- ▶ Friccionar as mãos vigorosamente entre 20 a 30 segundos, até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos.

Fricção Antisséptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução antisséptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos quando estão visivelmente sujas.



⌚ Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1. Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies.



2. esfregue as palmas das mãos, uma na outra.



3. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa.



4. As palmas das mãos com dedos entrelaçados.



5. Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.



6. esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa.



7. esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa.



8. Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

Referências Bibliográficas

- ▶ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 004/2020 de 23/03/2020. Atualizada em 14/10/2020. COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Acedido em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Norma_004_2020_act_14_10_2020.pdf
- ▶ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 002/2020 de 16/03/2020. Atualizada em 03/07/2020. COVID-19: Procedimentos post mortem. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022020-de-16032020-pdf.aspx>
- ▶ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 03/2020 de 30/01/2020. Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- ▶ Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 007/2020 de 29/03/2020. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- ▶ Direção-Geral da Saúde. (2020). Técnica de lavagem das mãos - COVID-19/DGS. Acedido em https://youtu.be/_TzLRKoCHxQ
- ▶ Oliveira, H.C., Souza, L.C., Leite, T.C., & Campos, J.F. (2020). Personal Protective Equipment in the coronavirus pandemic: training with Rapid Cycle Deliberate Practice. *Rev Bras Enferm.*; 73(Suppl 2):e20200303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0303>
- ▶ World Health Organization (2020). Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions. Scientific brief. Acedido em https://www.who.int/publicationsitem/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Transmission_modes-2020.3-eng.pdf

Anexo VII - Procedimento Interno do SU: "Área COVID - Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Lamego

Procedimento Interno do Serviço de Urgência, Área COVID: Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos.

1. Utente que requer exames complementares de diagnóstico, Rx ou TAC
 - 1.1. Preparar o utente:
 - 1.1.1. Colocar máscara cirúrgica, preferencialmente pelo mesmo, após higiene das mãos;
 - 1.1.2. Despir o utente, acondicionar a roupa e vestir bata;
 - 1.1.3. Restringir livre circulação.
 - 1.2. Contactar serviço de Imagiologia e assistente operacional;
 - 1.3. O assistente operacional coloca o EPI;
 - 1.4. Passar o utente para maca limpa e/ou cadeira de rodas;
 - 1.5. Segue o circuito interno, passando pelo SU, em direção ao serviço de Imagiologia, de acordo com a sinalética;
 - 1.6. Dirige-se à Sala de Rx 2, reservada para utente COVID suspeito ou confirmado;
 - 1.7. Utente independente ou dependente parcial:
 - 1.7.1. O assistente operacional alocado no serviço de Imagiologia posiciona o utente de acordo com as instruções do técnico;
 - 1.7.2. Aguarda no Vestiário 1;
 - 1.7.3. O técnico permanece na *workstation*, se possível, e executa o exame.
 - 1.8. Utente dependente:
 - 1.8.1. O assistente operacional alocado no serviço de Imagiologia e o assistente operacional do SU colaboram no posicionamento;
 - 1.8.2. Aguardam no Vestiário 1;
 - 1.8.3. O técnico permanece na *workstation*, se possível, e executa o exame.
 - 1.9. Para realizar TAC, seguir as mesmas orientações e, se necessária administração de produto de contraste:
 - 1.9.1. O enfermeiro alocado no serviço de Imagiologia colabora no posicionamento do utente e administração de produto de contraste;
 - 1.9.2. Se não estiver enfermeiro de apoio ao serviço de Imagiologia, o enfermeiro da Área COVID, se possível, ou o enfermeiro do SU, alocado à Ala 3 colabora no posicionamento do utente e administração de produto de contraste;
 - 1.9.3. Durante a execução do exame aguarda no Vestiário 2.

Procedimento Interno do Serviço de Urgência, Área COVID: Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos.

Aprovado por: _____

Data: _____

Olga Ramos, Enf.ª Gestora do SU, Hospital de Lamego

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Vila Real
Hospital Distrital de Lamego - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes
Lugar de Calvilhe, 5100-038 LAMEGO
Telefone: 254609980, Fax: 254612001, E-Mail: admin@chtmad.min-saude.pt



2. Utente que é internado no serviço de Internamento COVID
 - 2.1. Preparar o utente:
 - 2.1.1. Colocar máscara cirúrgica, preferencialmente pelo mesmo, após higiene das mãos;
 - 2.1.2. Despir o utente, acondicionar a roupa e vestir bata;
 - 2.1.3. Restringir livre circulação;
 - 2.1.4. Realizar espólio de pertences e acondicionar envelope de pertences dentro de saco de plástico limpo e fechado dentro do cofre do serviço.
 - 2.2. Contactar o serviço de Internamento COVID;
 - 2.2.1. O médico providencia ambulância para transportar o utente. Se não for possível, transferir o utente para maca limpa e utilizar o trajeto definido e elevador destinado ao transporte de utentes COVID, elevador 7;
 - 2.2.2. Providenciar acompanhamento do utente por assistente operacional e/ou enfermeiro, de acordo com score da grelha de avaliação do transporte secundário;
 - 2.2.3. O assistente operacional que acompanha o utente deve proceder à desinfeção da maca após transferir o doente e remover EPI no local definido no serviço de Internamento COVID;
 - 2.2.4. Proceder à desinfeção das mãos e regressar ao SU, pelo interior do hospital.
3. Cadáver que é transportado para a Morgue
 - 3.1. Preparar o corpo:
 - 3.1.1. Remover todos os tubos, drenos e cateteres do corpo, tendo especial atenção à remoção da via intravenosa e do tubo endotraqueal;
 - 3.1.2. Descartar imediatamente os corto-perfurantes para o contentor específico;;
 - 3.1.3. Desinfetar e tapar os orifícios de drenagem de feridas e de punção de cateter com penso de material impermeável;
 - 3.1.4. Limpar e tamponar todos os orifícios naturais do cadáver, para evitar extravasamento de fluidos corporais;
 - 3.1.5. Manuseamento mínimo do corpo, tentando deixá-lo limpo e seco;
 - 3.1.6. Acondicionar o corpo em duplo saco apropriado impermeável e encerrar adequadamente.
 - 3.2. Transporte do cadáver para a morgue:
 - 3.2.1. Contactar o assistente operacional responsável pelo transporte;
 - 3.2.2. O assistente operacional coloca o EPI;
 - 3.2.3. Segue o circuito interno, passando pelo SU, em direção à Morgue, pelo corredor lateral do serviço;
 - 3.2.4. Utiliza o elevador destinado ao transporte de utentes COVID, elevador 4;
 - 3.2.5. Coloca o corpo na câmara de refrigeração;
 - 3.2.6. Proceder à desinfeção da maca de transporte em frente à morgue;
 - 3.2.7. Remove o EPI, procede à higienização das mãos e regressa ao serviço pelo elevador 5.

Procedimento Interno do Serviço de Urgência, Área COVID: Utente COVID positivo ou suspeito, circuitos e procedimentos.

Aprovado por: _____ Data: _____

Olga Ramos, Enf.ª Gestora do SU, Hospital de Lamego

Anexo VIII - Sessão de formação: "Proteção dos pertences dos utentes - Procedimento Interno do SU e "Sistemas de Informação em Enfermagem – Elaboração do Processo de Enfermagem do utente internado em OBS"

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Instituto Superior Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Unidade Hospitalar de Lamego
Serviço de Urgência Geral

Liliana Figueiredo
ESSV908

Sessão de Formação

“Proteção de pertences dos utentes: Procedimento Interno do Serviço de Urgência”

E

“Sistemas de Informação em Enfermagem: Elaboração do Processo de Enfermagem do utente internado em OBS”

Dia 28 de Janeiro de 2021

Às 14 horas no Auditório

Destinatários: Enfermeiros

Anexo IX - Apresentação *powerpoint*: "Proteção dos pertences dos utentes"



**SERVIÇO DE URGÊNCIA
DA UNIDADE DE LAMEGO**

Proteção dos pertences dos utentes

Liliana Figueiredo
N.º de aluno 908

Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos
Orientação Olivério Ribeiro – PhD e Olga Ramos – Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência do Hospital de Lamego

liliana_figueiredo84@hotmail.com

Objetivo geral:

- Proteção dos pertences dos doentes

Objetivos específicos:

- Apresentação da norma institucional sobre a proteção de pertences dos doentes
- Apresentação dos pontos fracos
- Apresentação de procedimento interno para o serviço

| Fases | Conteúdos | Método | Meios auxiliares | Tempo |
|-----------------|--|--------------------------------------|--|-------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir o tema • Informar sobre os objetivos da sessão | Expositivo, oral e direto | <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Bibliografia | 60min |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Definição de espólio e pertences • Análise da norma PFR.1.3 do Manual da JCI • Apresentar o processo de recolha, guarda e entrega de pertences | Expositivo, oral direto e interativo | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão final | Interativo | | |

PRINCÍPIOS GERAIS

- A recolha/guarda e restituição dos pertences e espólios respeita, a privacidade dos utentes e o sigilo profissional;
- Todos os utentes com internamento programado são aconselhados a não trazer consigo valores ou objetos de estimação.



PRINCÍPIOS GERAIS

ESPÓLIO

Pertences do utente que faleceu e que ficam à disposição dos seus herdeiros

PERTENCES

Bens, valores, roupas e objetos de que o utente é portador aquando da sua entrada no Hospital:

- Roupas;
- Valores;
- Armas;
- Drogas;
- Medicamentos e próteses;
- Outros.



PRINCÍPIOS GERAIS

A recolha/guarda e restituição de pertences e espólios respeita:

- Privacidade dos utentes;
- Sigilo profissional.



NORMA PFR.1.3 MANUAL DA JCI

| | | | |
|---|--|---------------|-----------------|
| INSTITUTO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS | | REVISÃO Nº 01 | |
| SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA OPERATIVA | | | |
| PFR 1.3 - Procedimento de recolha dos pertences | | PROJETO | TRM |
| REV. 01 | | PROJETO Nº | 18 |
| DATA | | REVISÃO Nº | DEFINIR QUAL Nº |
| REV. 01 | | REV. 01 | REV. 01 |

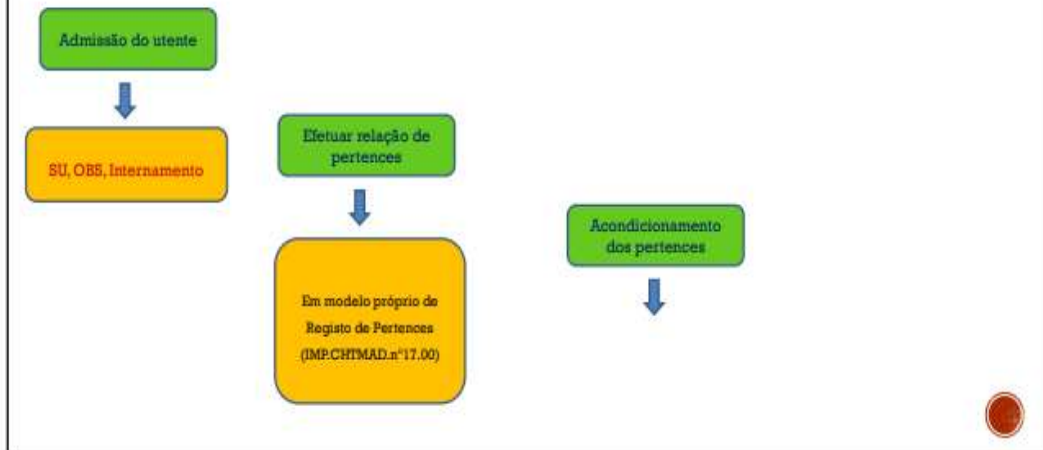
SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABBREVIATURAS
5. ANEXOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. REVISÃO E RETORNAÇÃO
9. ANEXOS

| | | | |
|---------------|--|---------------|--|
| REVISÃO Nº 01 | | REVISÃO Nº 01 | |
| REVISÃO Nº 01 | | REVISÃO Nº 01 | |
| REVISÃO Nº 01 | | REVISÃO Nº 01 | |

FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES



FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES



FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES

Admissão do utente

Efetuar relação de pertences

Acondicionamento dos pertences

Roupa em bom estado

Roupa destruída

Valores

Valores de grandes dimensões

Armas, drogas e estupefacientes

Envelope próprio, entregue à PSP (IMP.CHTMAD.n.º18.00)

- Elaborar relação das armas retiradas, com data e hora da remoção
- Assinaturas, incluindo a do agente da PSP que as receber

Medicamentos e Próteses

Sacos transparentes, com identificação do utente

Podem acompanhar o utente, mediante opinião favorável do médico responsável pelo internamento, ou são guardadas no cofre do serviço de Internamento

FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES

Admissão do utente

Efetuar relação de pertences

Acondicionamento dos pertences

Roupa em bom estado

Roupa destruída

Valores

Valores de grandes dimensões

Armas, drogas e estupefacientes

Envelope próprio, entregue à PSP (IMP.CHTMAD.n.º18.00)

- Elaborar relação das armas retiradas, com data e hora da remoção
- Assinaturas, incluindo a do agente da PSP que as receber

Próteses e outros valores de utentes que vão ao

Bloco Operatório

Saco transparente, com identificação do utente, guardado no cofre do serviço

Medicamentos e Próteses

Sacos transparentes, com identificação do utente.

Podem acompanhar o utente, mediante opinião favorável do médico responsável pelo internamento, ou são guardadas no cofre do serviço de Internamento

FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES

COFRE DO SERVIÇO

- Acondicionar os envelopes com os pertences

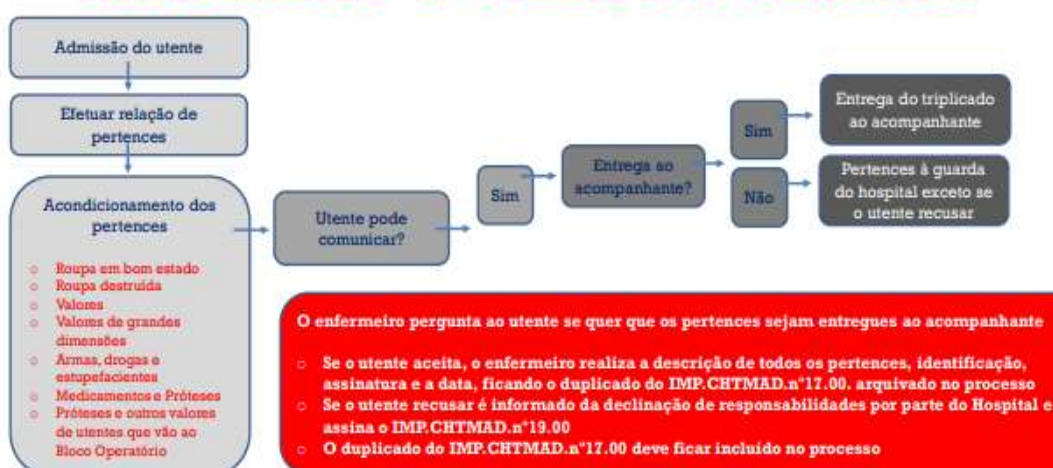
ARMÁRIO DA ROUPA

- Acondicionar os sacos, fechados, por ordem alfabética, conforme identificação, com etiqueta de identificação e data do arrolamento visível



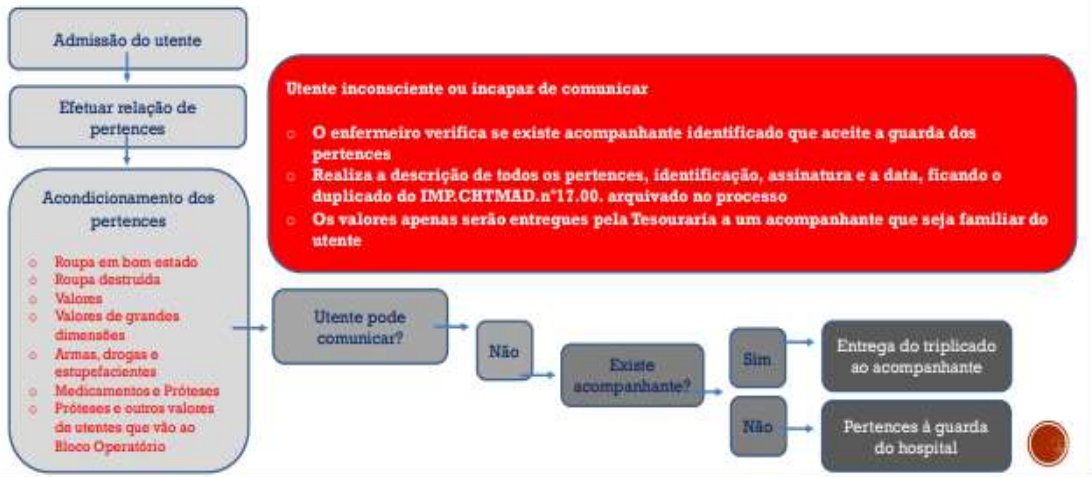
FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES



FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES



FASE 1

ARROLAMENTO E GUARDA DOS PERTENCES



FASE 2

DEVOLUÇÃO DOS PERTENCES

Arquivo do IMP.CHTMAD.nº19.00:

- Processo clínico – para os utentes que tenham pertences unicamente no serviço;
- Tesouraria – para utentes que tenham pertences neste serviço.



FASE 3

PERTENCES OU ESPÓLIO NÃO RECLAMADO

1 – Seleção dos pertences dos utentes com alta ou espólios de falecidos, há pelo menos 30 dias, no último dia útil de cada mês

2 – Envio de carta ao endereço conhecido do utente, solicitando levantamento, no prazo de 15 dias

3 – Após os 15 dias, a roupa não passível de recuperação é enviada para incineração

4 – Após 6 meses (prazo de reclamação dos restantes pertences), os valores são vendidos em leilão, que se realiza uma vez por ano, anunciado em dois dos jornais mais lidos da região, com uma antecedência mínima de 30 dias

5 – Produto da venda em leilão, as quantias em numerário, a roupa e acessórios passíveis de recuperação reverterem a favor do Hospital

CASOS ESPECIAIS

MORTE VIOLENTA / CAUSA INDETERMINADA

- **Óbito verificado no hospital** – transferência do corpo para o Instituto de Medicina Legal, preservando vestígios, mantendo a guarda do espólio até admissão das autoridades.
- **Cadáveres que dão entrada destinados ao Gabinete Médico-Legal** – entregues no mesmo, não sendo alvo de recolha de pertences por parte do Hospital.



Referências Bibliográficas

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE. Norma n.º 019, de abril de 2008. *Protecção dos pertences dos doentes*

Anexo X - Procedimento Interno do SU: Proteção dos pertences dos utentes"



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Serviço de Urgência da Unidade Hospital de Lamego

Procedimento Interno do Serviço de Urgência: Proteção de pertences dos utentes.

1. Admissão do utente no SU, OBS ou internamento;
2. Efetuar a relação de pertences;
 - 2.1. Em modelo próprio de Registo de Pertences, IMP.CHTMAD.nº17.00.
3. Acondicionamento dos pertences:
 - 3.1. **Roupa em bom estado:** em saco amarelo, etiquetado com a identificação do doente, se for internado, a roupa acompanha;
 - 3.2. **Roupa destruída:** em saco plástico transparente;
 - 3.3. **Valores:** envelope próprio, selado com fita autocolante transparente;
 - 3.3.1. Preenchimento do IMP.CHTMAD.nº18.00;
 - 3.3.2. Presenciado por mais que um profissional, preferencialmente um AO do SU ou do serviço onde o doente vai ser internado;
 - 3.3.3. Identificar o envelope com o nº de ordem sequencial atribuído no livro de Registo de Pertences;
 - 3.3.4. Assinaturas, sobre o fecho do Enfermeiro e Testemunhas;
 - 3.3.5. Encaminhar para a Tesouraria.
 - 3.4. **Valores de grandes dimensões:** acondicionados adequadamente e identificados com a identificação do utente.
 - 3.5. **Armas, drogas e estupefacientes:**
 - 3.5.1. Envelope próprio, entregue à PSP (IMP.CHTMAD.nº18.00);
 - 3.5.2. Elaborar relação das armas retiradas, com data e hora da remoção;
 - 3.5.3. Assinaturas, incluindo a do agente da PSP que as receber.
 - 3.6. **Medicamentos e Próteses:**
 - 3.6.1. Sacos transparentes, com identificação do doente;
 - 3.6.2. Podem acompanhar o doente, mediante opinião favorável do médico responsável pelo internamento, ou são guardadas no cofre do serviço de Internamento.
 - 3.7. **Próteses e outros valores de doentes que vão ao Bloco Operatório:**
 - 3.7.1. Saco transparente, com identificação do utente, guardado no cofre do serviço.
 - 3.8. **Acondicionamento dos pertences:**
 - 3.8.1. Cofre do serviço: todos os envelopes contendo pertences;
 - 3.8.2. Armário da Roupa: todos os sacos com roupa, acondicionados por ordem alfabética, com identificação completa do utente e a data do arrolamento.

Procedimento Interno do Serviço de Urgência: Proteção de pertences dos utentes.

Aprovado por: _____

Data: _____

Olga Ramos Enf.ª Gestora do SU, Hospital de Lamego

Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Vila Real
Hospital Distrital de Lamego - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes
Lugar de Calvilhe, 5100-038 LAMEGO
Telefone: 254609980, Fax: 254612001, E-Mail: admin@chtmad.min-saude.pt



4. Utente capaz de comunicar:
 - 4.1. O enfermeiro pergunta ao utente se quer que os pertences sejam entregues ao acompanhante
 - 4.1.1. Se o utente aceita, o enfermeiro realiza a descrição de todos os pertences, identificação, assinatura e a data, ficando o duplicado do IMP.CHTMAD.nº17.00. arquivado no processo;
 - 4.1.2. Se o utente não aceita os pertences ficam à guarda do hospital;
 - 4.1.3. Se o utente recusar é informado da declinação de responsabilidades por parte do Hospital e assina o IMP.CHTMAD.nº19.00. O duplicado do IMP.CHTMAD.nº17.00 deve ficar incluído no processo.
5. Utente inconsciente ou incapaz de comunicar:
 - 5.1. O enfermeiro verifica se existe acompanhante;
 - 5.1.1. Se existe acompanhante devidamente identificado, o enfermeiro realiza a descrição de todos os pertences, identificação, assinatura e a data, ficando o duplicado do IMP.CHTMAD.nº17.00. arquivado no processo;
 - 5.1.2. Se não existe acompanhante, os pertences ficam à guarda do hospital.
6. Envelope contendo relação dos valores será entregue na Tesouraria, juntamente com o triplicado e quadruplicado do IMP.CHTMAD.nº17.00;
7. Registos do Enfermeiro em como foi realizada relação dos pertences e qual o seu número de ordem;
8. Devolução dos pertences:
 - 8.1. Alta ou transferência para outra instituição - Preenchimento pelo próprio ou acompanhante, devidamente identificado com B.I e portador de autorização assinada pelo utente, do impresso comprovativo de levantamento de pertences (IMP.CHTMAD.nº19.00 – Campo 2);
 - 8.2. Durante o internamento - Entrega a familiar ou acompanhante, com autorização do utente (IMP.CHTMAD.nº19.00 – Campo 3);
 - 8.3. Durante o internamento de utente incapaz de comunicar ou assinar - Entrega a familiar ou acompanhante, depois de confirmada a incapacidade do utente pelo Enfermeiro Chefe do Serviço de Internamento (IMP.CHTMAD.nº19.00 – Campo 4 e Campo 2);
 - 8.4. Entrada no SU, já cadáver ou falece após ter entrado - Entrega só aos legítimos herdeiros após identificação do B.I..
9. Morte violenta/Causa indeterminada:
 - 9.1. **Óbito verificado no hospital** – transferência do corpo para o Instituto de Medicina Legal, preservando vestígios, mantendo a guarda do espólio até admissão das autoridades;
 - 9.2. **Cadáveres que dão entrada destinados ao Gabinete Médico-Legal** – entregues no mesmo, não sendo alvo de recolha de pertences por parte do Hospital.

Procedimento Interno do Serviço de Urgência: Proteção de pertences dos utentes.

Aprovado por: _____

Data: _____

Olga Ramos Enf.ª Gestora do SU, Hospital de Lamego

Anexo XI - Reporte de necessidades de melhoria ao Enfermeiro Parametrizador

Bom dia Sr.º Enf.º Cardoso,

Sou enfermeira a desempenhar funções no serviço de Urgência de Lamego e faço parte do grupo dinamizador dos Sistemas em Informação em Enfermagem no processo de acreditação do serviço à idoneidade formativa pela Ordem dos Enfermeiros. Neste momento encontro-me a realizar estágio no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Venho desta forma reportar algumas dificuldades no uso do SClinico no SU e solicitar, se for possível, a criação de estratégias que permitam um uso mais eficiente do programa e um registo mais rigoroso por parte dos enfermeiros.

O serviço de Urgência de Lamego tem implementado o SClinico há vários anos, no entanto existem algumas dificuldades que reporto a seguir, apesar de outras já terem sido resolvidas.

No **módulo de Urgência** não estão disponíveis algumas atitudes terapêuticas. Dado que grande número de utentes permanece no SU por longos períodos com necessidade de vigilância ativa, seria uma mais valia a sua resolução. As atitudes terapêuticas: **Monitorizar glicemia capilar** e **Monitorizar diurese** tornam-se as mais pertinentes de inserir nestes doentes para um melhor rigor na elaboração dos registos, podendo até ser criado um botão de acesso rápido na barra geral.

O módulo de urgência está limitado à maioria das atitudes terapêuticas, havendo, também diferenças, relativamente a utentes internados em SO de Medicina ou de Cirurgia.

As atitudes terapêuticas encontram-se limitadas à prescrição médica, o que limita ainda mais o registo adequado por parte dos enfermeiros, que anteriormente podiam introduzir atitudes como **monitorizar glicemia capilar, diurese, algaliação, intubação nasogástrica, oxigenioterapia**, entre outros. Tratando-se de atitudes que podem ser prescritas mas que também fazem parte da vigilância independente por parte do enfermeiro torna-se importante que o acesso seja possível ao enfermeiro, que, neste momento, se encontra dependente da prescrição médica para realizar o registo rigoroso das intervenções que realiza de forma independente.

Outra lacuna encontrada prende-se com o fato de o processo ser apagado quando passa da Urgência para Internamento, o que leva a um esforço extra por parte dos enfermeiros que têm que reiniciar todo o processo para o utente, inclusive o acerto das horas de administração de medicação e atitudes.

No **módulo de Internamento SO e de Urgência** o programa foi submetido a uma atualização e desde aí que o enfermeiro deixou de conseguir efetuar o acerto das **horas de administração dos antibióticos**, sendo frequentemente necessário solicitar ao médico de serviço nova prescrição a horas fixas, para que se possa ter o mapa da medicação corretamente elaborado.

Compreendo que as exigências são muitas, mas remeto estas dificuldades, no sentido de se avaliar a possibilidade de se parametrizar atitudes e diagnósticos, de forma a melhorar o registo clínico no processo do utente.

Sem mais de momento, agradeço imenso a disponibilidade e peço desculpa pelo incómodo.


Liliana Figueiredo

Serviço de Urgência do Hospital de Lamego

Anexo XII - Apresentação *powerpoint*: "Processo de Enfermagem - Internamento em OBS"




 7.ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Processo de Enfermagem Internamento em OBS

CHTMAD - Unidade de Lamego

Liliana Figueiredo
Nº de aluno 908

Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos
Orientação Olivério Ribeiro – PhD e Olga Ramos – Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência do Hospital de Lamego

liliana_figueiredo84@hotmail.com

Objetivo geral:

- Elaboração do processo de enfermagem a utentes internados em OBS

Objetivos específicos:

- Esclarecer dúvidas existentes sobre o guião já implementado
- Levantamento de sugestões de melhoria à realização do processo de enfermagem
- Apresentação de alguns focos de atenção
- Demonstração de todo o processo na elaboração dos focos apresentados e respetivas intervenções de enfermagem
- Apresentação do guião de elaboração do processo de enfermagem reformulado

| Fases | Conteúdos | Método | Meios auxiliares | Tempo |
|-----------------|--|--------------------------------------|--|-------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir o tema • Informar sobre os objetivos da sessão | Expositivo, oral e direto | <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Bibliografia | 60min |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Prescrições médicas • Fármacos • Atitudes terapêuticas • Elaborar o processo de enfermagem • Autocuidado do utente • Focos específicos | Expositivo, oral direto e interativo | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão final | Interativo | | |

1. Avaliação Inicial

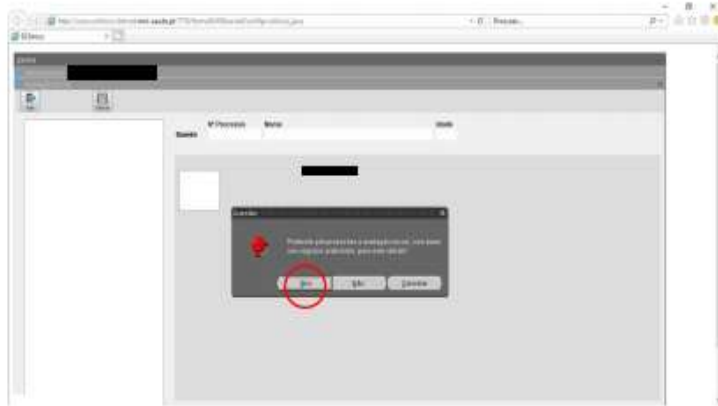
- ▶ Efetuar a avaliação inicial de enfermagem a todos os doentes, no momento da admissão;
- ▶ Preencher todos os campos, para os quais se tenha informação;
- ▶ Os campos para os quais não se tenha a informação, deixar por preencher, e preencher assim que for recolhida a informação.

1. Avaliação Inicial

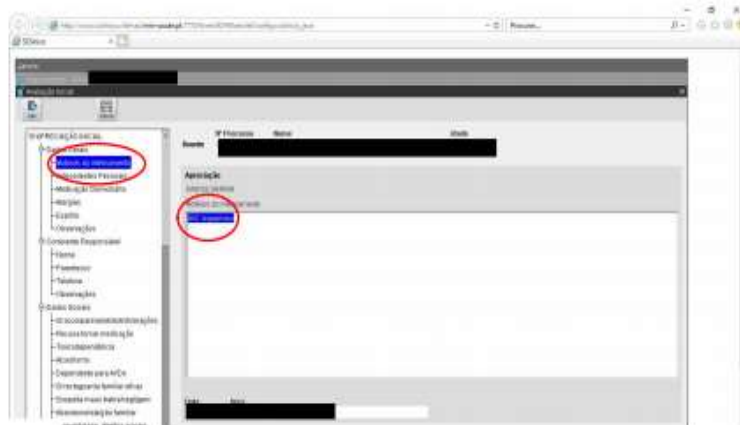
The screenshot shows a web-based medical application interface. At the top, there is a navigation bar with various icons, one of which is circled in red. Below this, the main content area is divided into several sections:

- SELECÇÃO DE PROCEDIMENTO:** A dropdown menu showing '017 - AVALIAÇÃO INICIAL'.
- INFORMAÇÃO:** A section with various input fields for patient data, including 'Nome do doente', 'Data de nascimento', 'Município de origem', and 'Município de destino'. Some fields are filled with blacked-out text.
- RELATÓRIOS:** A section with a table of reports. The table has columns for 'Data', 'Hora', 'Valor', and 'Unidade'. The first row is highlighted in blue.
- ÁREA DE TRABALHO:** A large empty area for entering notes or observations.
- LISTA DE PROCEDIMENTOS:** A list of available procedures on the right side of the screen, including 'Avaliação Inicial', 'Avaliação de risco', 'Avaliação de risco de quedas', 'Avaliação de risco de infecção', 'Avaliação de risco de úlceras', 'Avaliação de risco de aspiração', 'Avaliação de risco de desidratação', 'Avaliação de risco de hipotermia', 'Avaliação de risco de hipertermia', 'Avaliação de risco de constipação', 'Avaliação de risco de diarreia', 'Avaliação de risco de náusea e vômito', 'Avaliação de risco de dor', 'Avaliação de risco de ansiedade', 'Avaliação de risco de depressão', 'Avaliação de risco de suicídio', 'Avaliação de risco de abuso de substâncias', 'Avaliação de risco de violência', 'Avaliação de risco de negligência', 'Avaliação de risco de discriminação', 'Avaliação de risco de estresse', 'Avaliação de risco de fadiga', 'Avaliação de risco de insônia', 'Avaliação de risco de perda de peso', 'Avaliação de risco de ganho de peso', 'Avaliação de risco de alterações de apetite', 'Avaliação de risco de alterações de hábitos alimentares', 'Avaliação de risco de alterações de estado de espírito', 'Avaliação de risco de alterações de comportamento', 'Avaliação de risco de alterações de personalidade', 'Avaliação de risco de alterações de memória', 'Avaliação de risco de alterações de atenção', 'Avaliação de risco de alterações de raciocínio', 'Avaliação de risco de alterações de julgamento', 'Avaliação de risco de alterações de tomada de decisão', 'Avaliação de risco de alterações de comunicação', 'Avaliação de risco de alterações de interação social', 'Avaliação de risco de alterações de papel social', 'Avaliação de risco de alterações de identidade', 'Avaliação de risco de alterações de autoconceito', 'Avaliação de risco de alterações de autoestima', 'Avaliação de risco de alterações de autoimagem', 'Avaliação de risco de alterações de autoconsciência', 'Avaliação de risco de alterações de autoconhecimento', 'Avaliação de risco de alterações de autoconfiança', 'Avaliação de risco de alterações de autoeficácia', 'Avaliação de risco de alterações de autoconceito', 'Avaliação de risco de alterações de autoestima', 'Avaliação de risco de alterações de autoimagem', 'Avaliação de risco de alterações de autoconsciência', 'Avaliação de risco de alterações de autoconhecimento', 'Avaliação de risco de alterações de autoconfiança', 'Avaliação de risco de alterações de autoeficácia'.

1. Avaliação Inicial



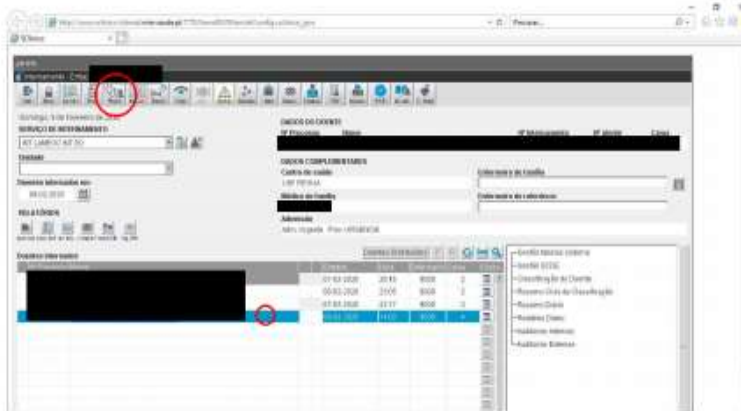
1. Avaliação Inicial



1. Avaliação Inicial



2. Prescrições



2. Prescrições _ Fármacos

| Prescrição | Medicamento | Dose | Freq | Indicador | Valor |
|--|-------------|-------|------|------------|-------|
| Amoxicilina | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |

2. Prescrições _ Fármacos

| Prescrição | Medicamento | Dose | Freq | Indicador | Valor |
|---|-------------|-------|------|------------|-------|
| Amoxicilina | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |
| Amoxicilina 500mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg 30mg | Amoxicilina | 500mg | 30mg | 09-03-2020 | 1829 |

2. Prescrições _ Atitudes terapêuticas

- ▶ Prescritas pelo médico assistente;
- ▶ Para cada atitude selecionar as intervenções e atribuir horário;
- ▶ Atitude: **Monitorizar Sinais Vitais** - sem horário / Intervenções: Monitorizar TA, FC, FR, T e Dor - 9h, 16h, 23h, ou conforme prescrição médica;
- ▶ Atitude: **Monitorizar Glicemia Capilar** - sem horário / Intervenções: Monitorizar glicemia capilar: 7h, 12h, 18h, 23h, ou conforme prescrição médica;
- ▶ Atitude: **Monitorizar Diurese** - sem horário / Intervenções: Monitorizar eliminação urinária: 7h, 14h, 21h, ou conforme prescrição médica;
- ▶ outros...

2. Prescrições _ Atitudes terapêuticas

| Atitude | Frequência | Horário |
|--|-------------|-------------|
| MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS | SEM HORÁRIO | SEM HORÁRIO |
| MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR | SEM HORÁRIO | SEM HORÁRIO |
| MONITORIZAÇÃO DA DIURESE (ELIMINAÇÃO DE URINA) | SEM HORÁRIO | SEM HORÁRIO |

Observações

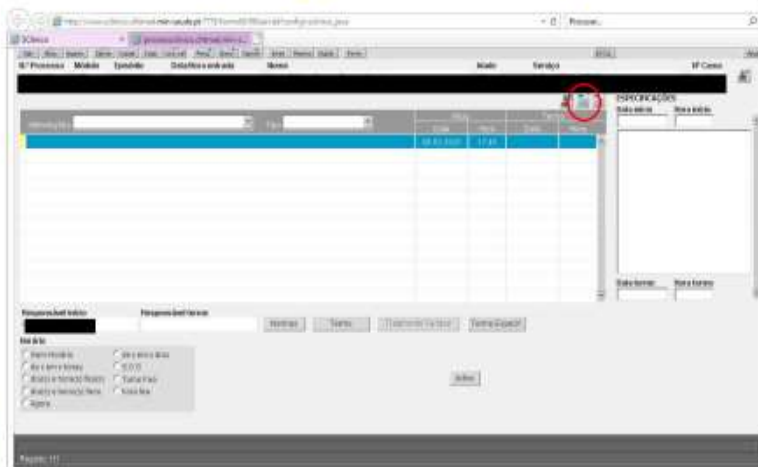
Cancelar Cancelar Cancelar

Filtros

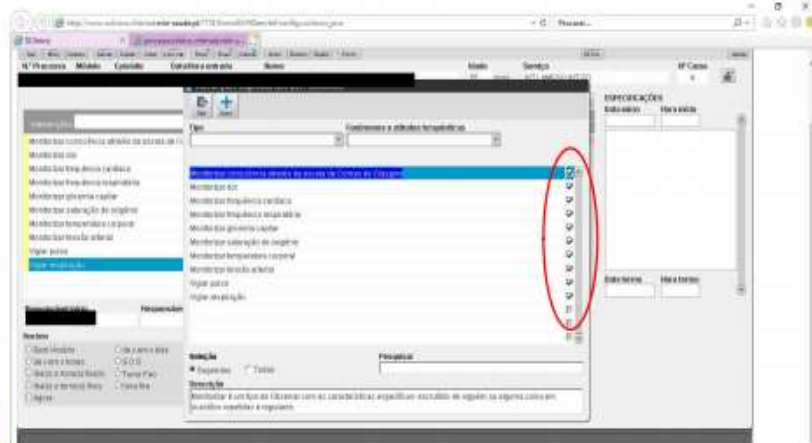
- Todos
- Atividade
- Atividade em Curso
- Atividade em Espera
- Atividade em Falha
- Atividade em Suspensão
- Atividade em Término
- Atividade em Cancelamento
- Atividade em Recuperação
- Atividade em Recuperação em Falha
- Atividade em Recuperação em Suspensão
- Atividade em Recuperação em Término
- Atividade em Recuperação em Cancelamento
- Atividade em Recuperação em Recuperação

Cancelar

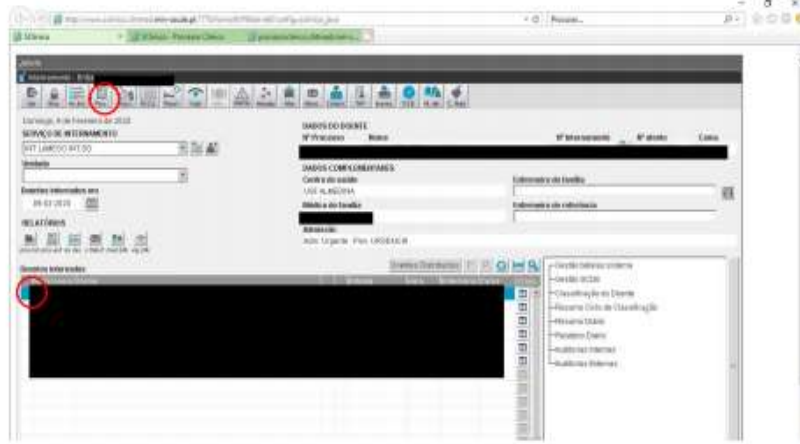
2. Prescrições _ Atitudes terapêuticas



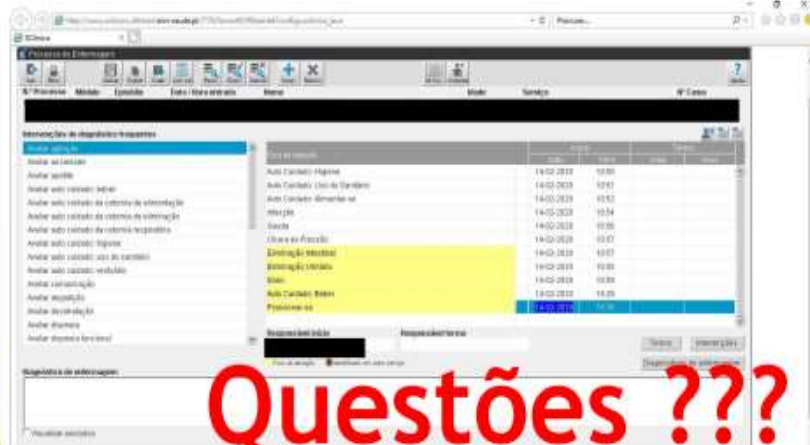
2. Prescrições _ Atitudes terapêuticas



3. Processo



3. Processo



3. Processo _ Orientação

The screenshot displays a software interface with a sidebar on the left containing a list of activities. The main area features a table with columns for 'Atividade', 'Data', 'Hora', 'Local', and 'Status'. The 'Atividade' column lists various tasks such as 'Atualizar Planilha', 'Atualizar Planilha de Custos', and 'Atualizar Planilha de Custos de Materiais'. The 'Data' column shows dates from 08-01-2021 to 12-01-2021. The 'Hora' column shows times from 23:04 to 00:18. The 'Local' column is mostly empty, and the 'Status' column contains the word 'Finalizado'. A red circle highlights the 'Finalizado' status in the bottom right corner of the table. Another red circle highlights the 'Atualizar Planilha' activity in the sidebar.

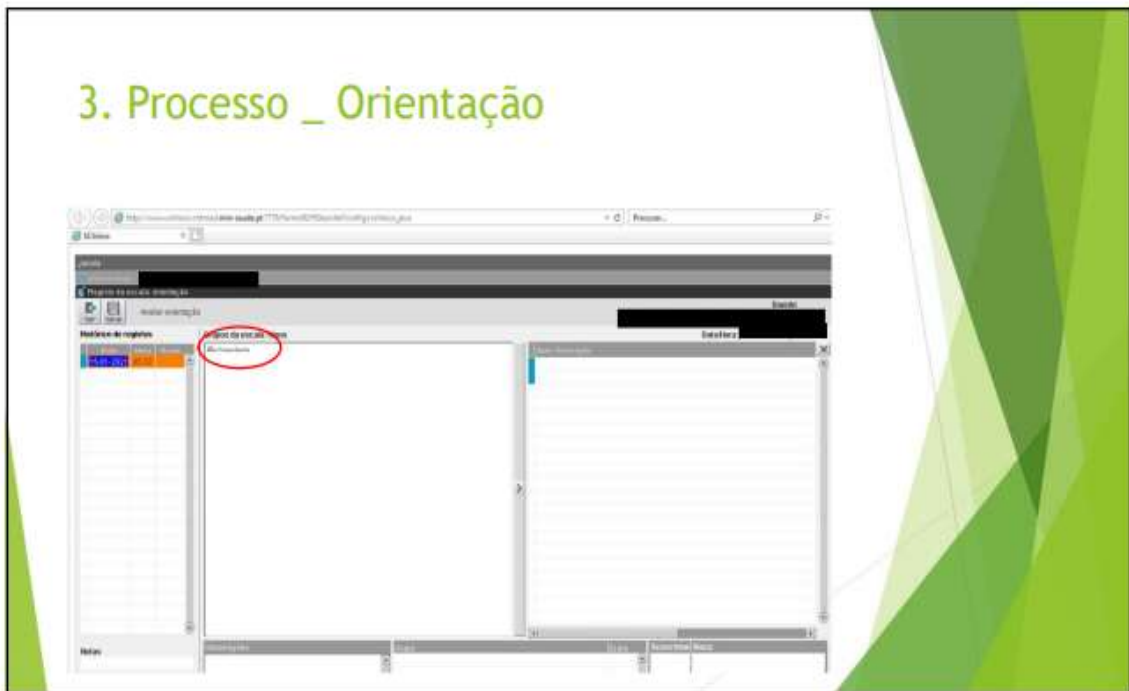
| Atividade | Data | Hora | Local | Status |
|--------------------|------------|-------|-------|------------|
| Atualizar Planilha | 08-01-2021 | 23:04 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 09-01-2021 | 23:08 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:01 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:05 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:08 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:09 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:10 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:11 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:12 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:13 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:14 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:15 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:16 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:17 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:18 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 11-01-2021 | 00:19 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 12-01-2021 | 00:20 | | Finalizado |

3. Processo _ Orientação

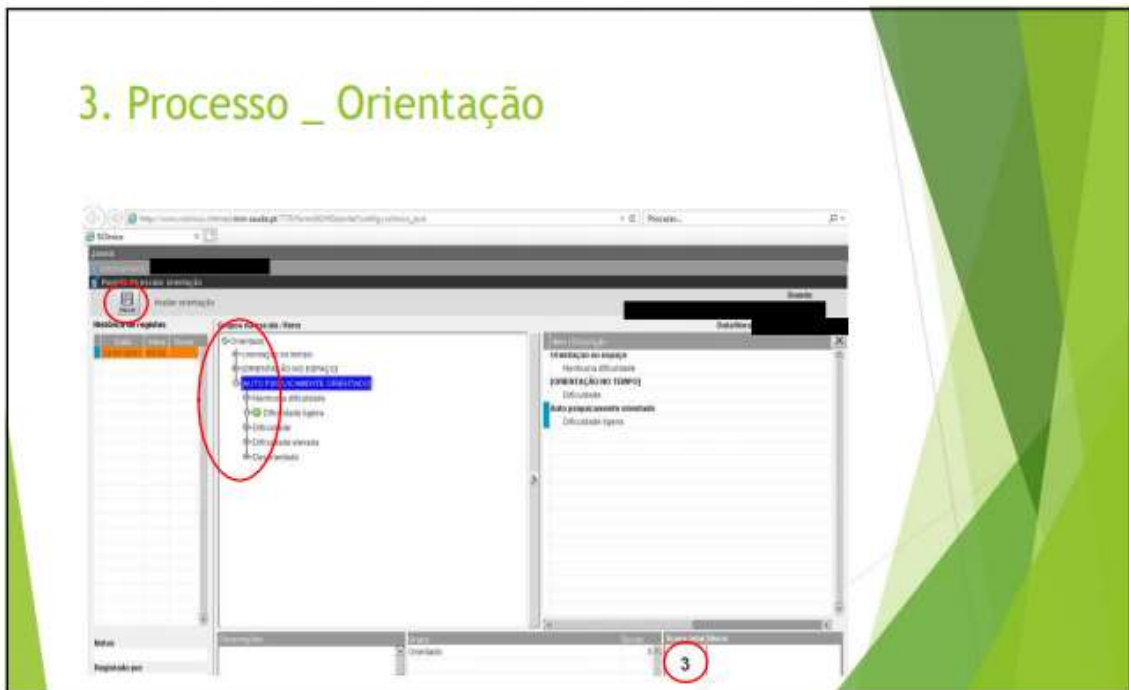
The screenshot displays a software interface with a sidebar on the left containing a list of activities. The main area features a table with columns for 'Atividade', 'Data', 'Hora', 'Local', and 'Status'. The 'Atividade' column lists various tasks such as 'Atualizar Planilha', 'Atualizar Planilha de Custos', and 'Atualizar Planilha de Custos de Materiais'. The 'Data' column shows dates from 08-01-2021 to 12-01-2021. The 'Hora' column shows times from 23:04 to 00:18. The 'Local' column is mostly empty, and the 'Status' column contains the word 'Finalizado'. A red circle highlights the 'Atualizar Planilha' activity in the sidebar.

| Atividade | Data | Hora | Local | Status |
|--------------------|------------|-------|-------|------------|
| Atualizar Planilha | 08-01-2021 | 23:04 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 09-01-2021 | 23:08 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:01 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:05 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:08 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:09 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:10 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:11 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:12 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:13 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:14 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:15 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:16 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:17 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 10-01-2021 | 00:18 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 11-01-2021 | 00:19 | | Finalizado |
| Atualizar Planilha | 12-01-2021 | 00:20 | | Finalizado |

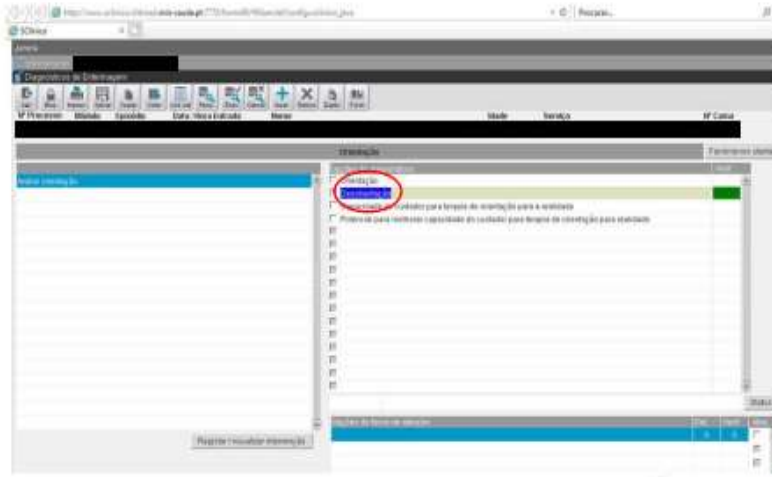
3. Processo _ Orientação



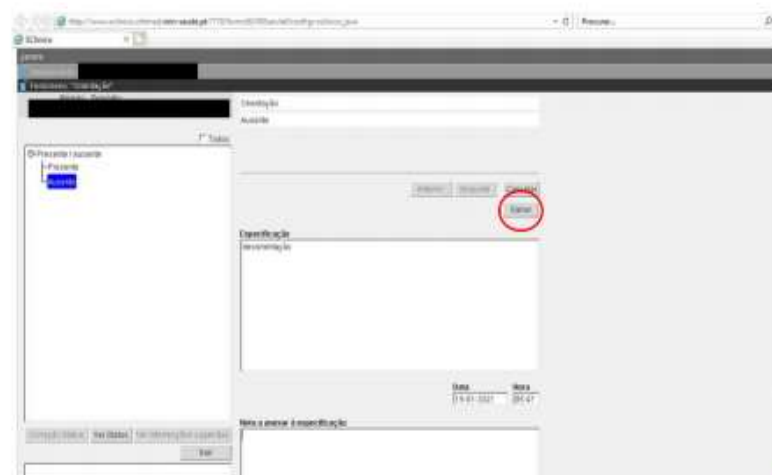
3. Processo _ Orientação



3. Processo _ Orientação



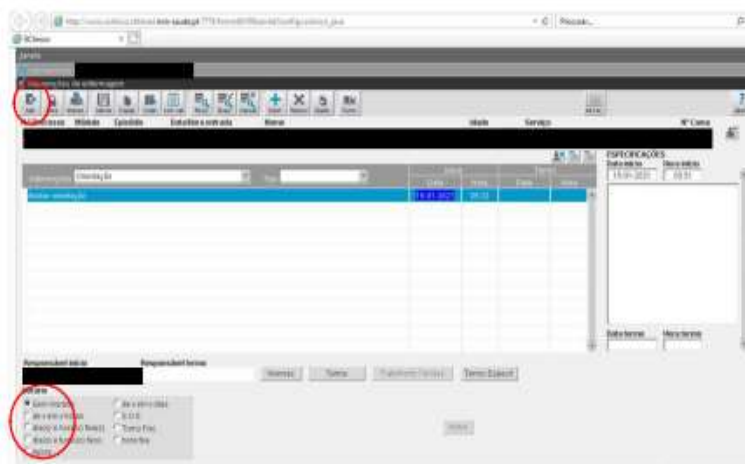
3. Processo _ Orientação



3. Processo _ Orientação



3. Processo _ Orientação



3. Processo _ Orientação

| ORIENTAÇÃO |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar orientação |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar orientação (Sem barreira)• Definir o tempo de orientação para a realidade (Sem barreira) |
| Resultado: Orientação |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSEJAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISAR) adequadas |

3. Processo _ Dispneia

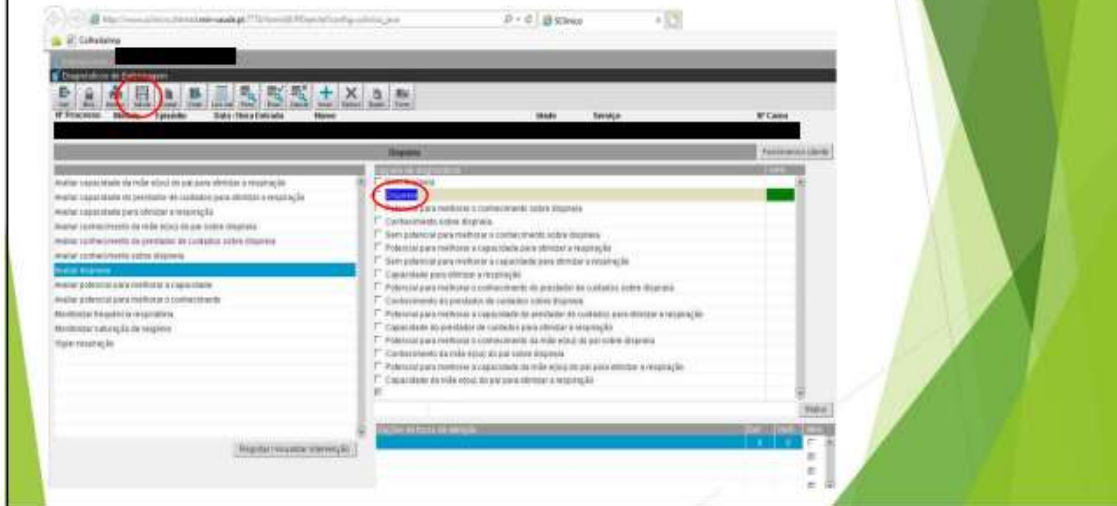
Informações de diagnóstico e prescrição

| Intervenção | Unidade | Quantidade | Unidade | Quantidade |
|---------------------------|---------|------------|---------|------------|
| Ultrassom de Processos | | 09-01-2021 | 23:00 | |
| Quente | | 09-01-2021 | 23:00 | |
| Mitigação | | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Sinais | | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Auto Cardiotr. Ingresso | | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Auto Cardiotr. Teste de | | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Auto Cardiotr. Uso do | | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Auto Cardiotr. Monitor de | | 10-01-2021 | 00:12 | |
| Auto Cardiotr. Sinais | | 10-01-2021 | 00:30 | |
| Posicionamento | | 10-01-2021 | 00:14 | |
| Respiração | | 10-01-2021 | 00:18 | |
| Dispneia | | 10-01-2021 | 00:18 | |

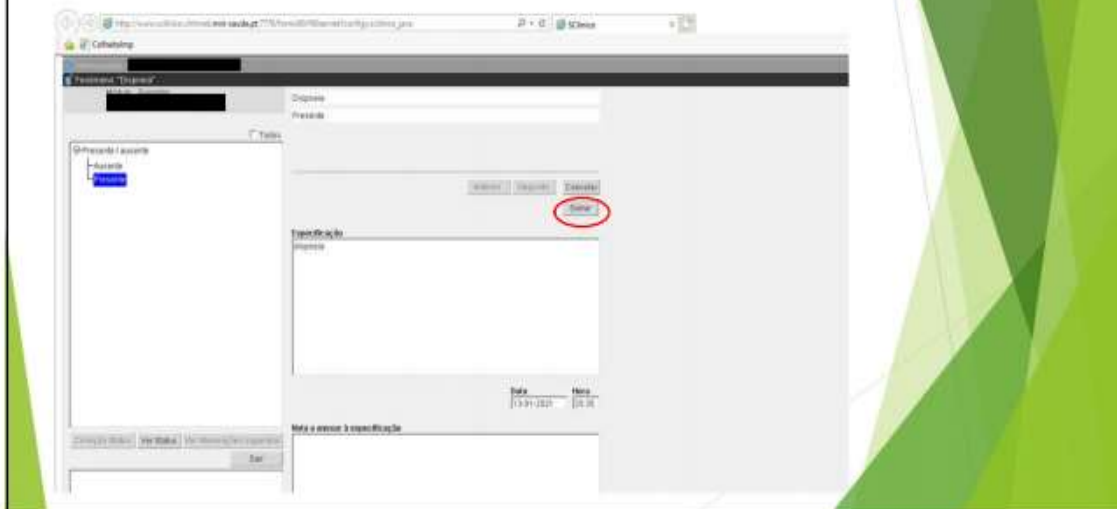
Dispneia

Oxigenação de alto fluxo

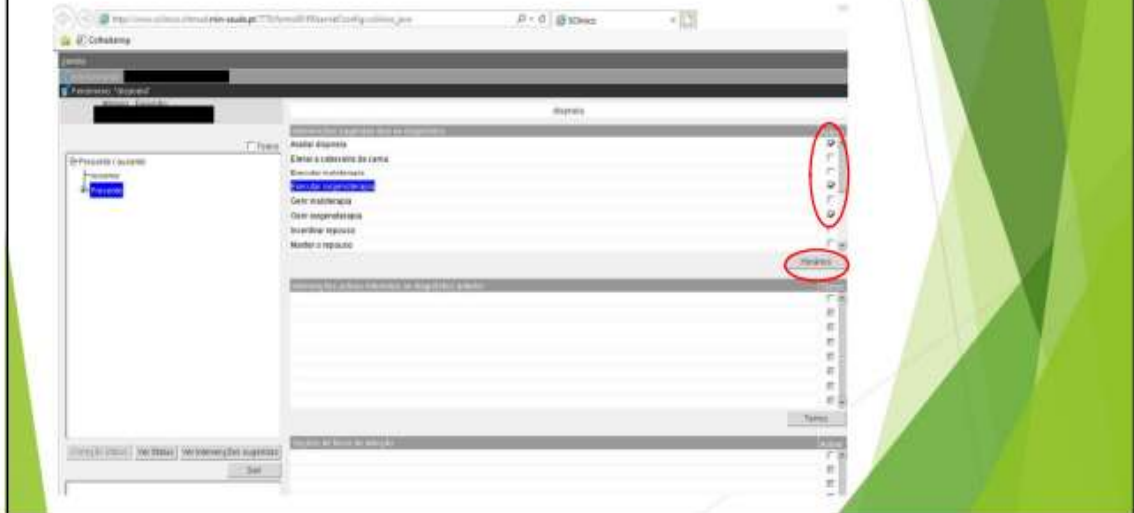
3. Processo _ Dispneia



3. Processo _ Dispneia



3. Processo _ Dispnea



3. Processo _ Dispnea



3. Processo _ Dispnea

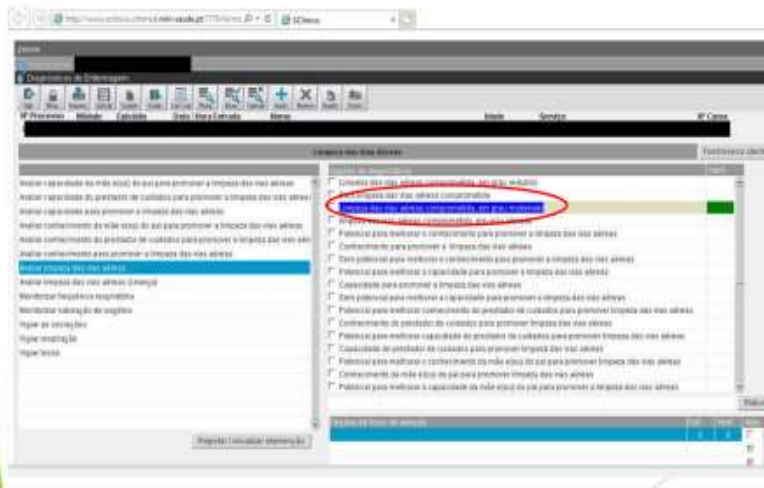
| DISPNEIA |
|---|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar dispnea |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar dispnea (Sem horário)• Executar oxigenoterapia (Sem horário ou SOT) – Deve estar prescrita• Gerir oxigenoterapia (Sem horário)• Monitorizar O₂ (< 9 / 36 / 23 h ou com mais frequência se adequado)• Monitorizar SPO₂ (< 9 / 36 / 23 h ou com mais frequência se adequado) |
| Resultado: Sem dispnea |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / EMENDAR / INCENTIVAR / INSTALAR / PROVIDENCIAR / SUPERVISORAR) adequadas. |

3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas

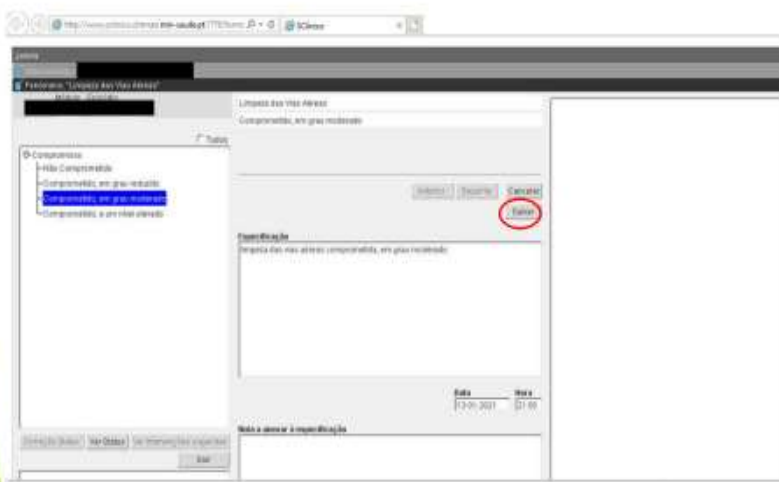
The screenshot shows a software interface with a table of interventions. The table has columns for 'Intervenção', 'Data', 'Hora', 'Estado', and 'Hora'. The intervention 'Limpeza das Vias Aéreas' is highlighted in yellow and circled in red. Another red circle highlights the 'Diagnósticos de enfermagem' button at the bottom right.

| Intervenção | Data | Hora | Estado | Hora |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|--------|------|
| Clarear as vias aéreas | 09-01-2021 | 23:58 | | |
| Aspirar secreções | 09-01-2021 | 23:54 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:01 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:00 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:07 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:08 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:13 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:16 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:17 | | |
| Monitorizar a saturação de oxigénio | 10-01-2021 | 00:18 | | |
| Limpeza das Vias Aéreas | 10-01-2021 | 01:01 | | |

3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas



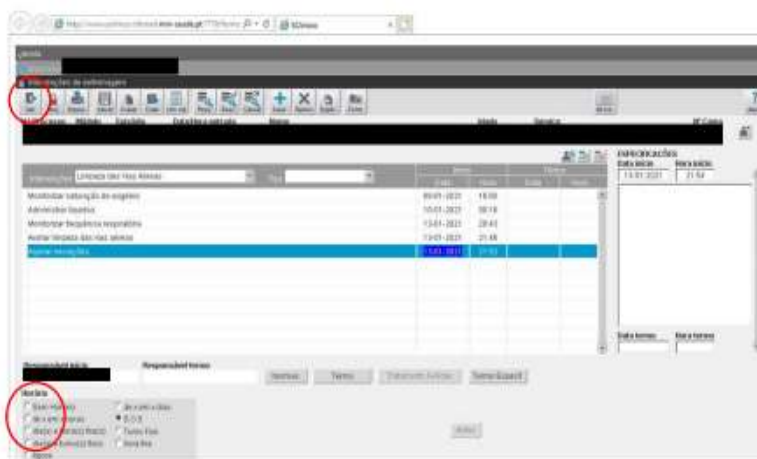
3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas



3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas



3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas



3. Processo _ Limpeza das Vias Aéreas

LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

Diagnóstico:

- Avaliar limpeza das vias aéreas

Intervenções:

- Avaliar limpeza das vias aéreas (Sem horário)
- Aspirar secreções (SOS)
- Monitorar FR (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado)
- Monitorar SPO2 (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado)
- Administrar líquidos (Sem horário)

Resultado:

Sem limpeza das vias aéreas comprometida

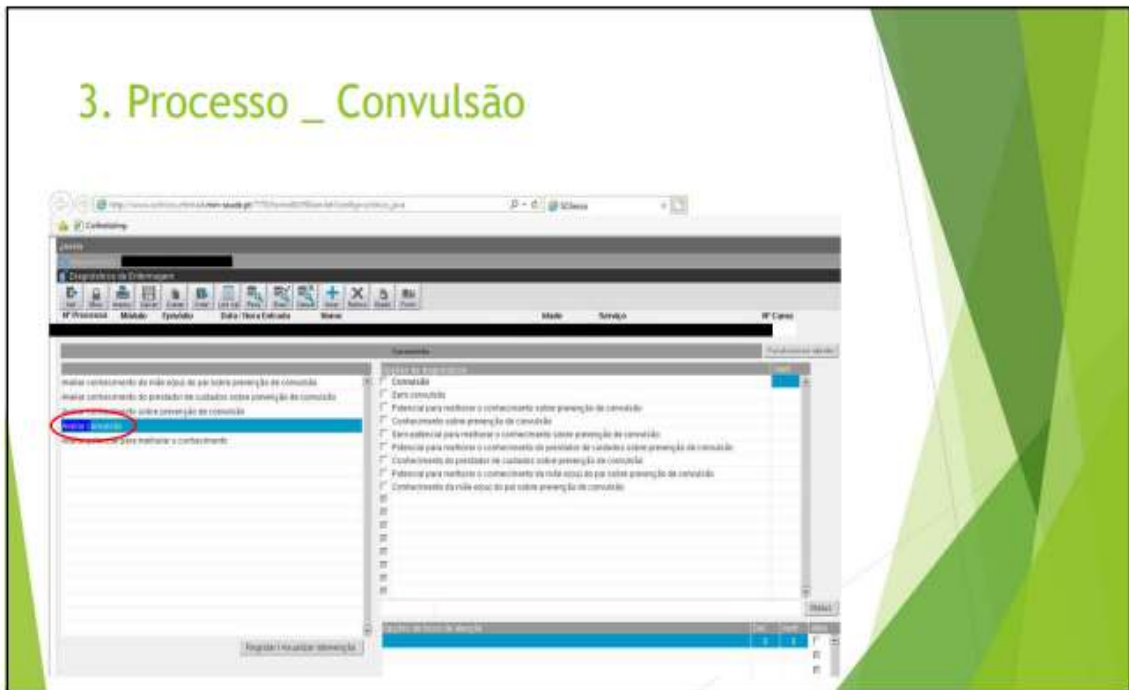
De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSIAMAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISORAR) adequadas

3. Processo _ Convulsão

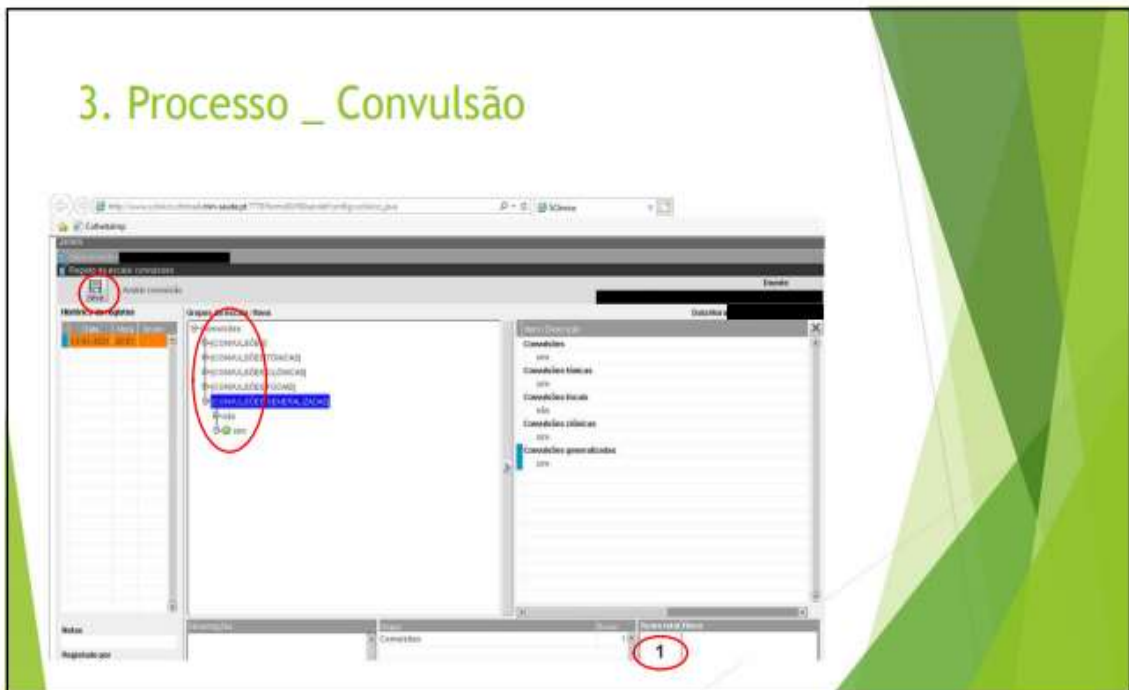
The screenshot displays a clinical software interface with a patient's intervention log. The log is organized into two columns: 'Intervenções de Diagnóstico/Prevenção' and 'Intervenções de Tratamento'. The 'Intervenções de Tratamento' column contains a list of interventions with their respective start and end times. The intervention 'Convulsão' is highlighted in yellow and circled in red. The 'Responsável' column for this intervention is also circled in red.

| Intervenções de Diagnóstico/Prevenção | Intervenções de Tratamento | Data | Hora | Responsável |
|--|--------------------------------|------------|-------|-------------|
| Avaliar nível de consciência | Administração de Oxigênio | 09-01-2021 | 23:58 | |
| Avaliar nível de saturação de oxigênio | Quilista | 09-01-2021 | 23:59 | |
| Avaliar nível de pressão arterial | Medicação | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Avaliar nível de frequência cardíaca | Auto Cuidado: Ingestão | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Avaliar nível de temperatura | Auto Cuidado: Higiene | 10-01-2021 | 00:07 | |
| Avaliar nível de saturação de oxigênio | Auto Cuidado: Uso do Sanitário | 10-01-2021 | 00:08 | |
| Avaliar nível de pressão arterial | Auto Cuidado: Alimentação | 10-01-2021 | 00:13 | |
| Avaliar nível de frequência cardíaca | Auto Cuidado: Beber | 10-01-2021 | 00:18 | |
| Avaliar nível de temperatura | Passagem de | 10-01-2021 | 00:17 | |
| Avaliar nível de saturação de oxigênio | Convulsão | 10-01-2021 | 00:19 | |
| Avaliar nível de pressão arterial | Responsável Inten | 10-01-2021 | 00:00 | |

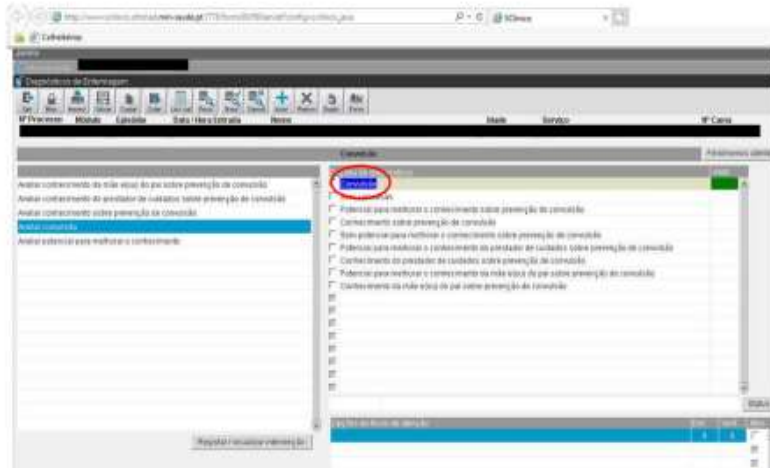
3. Processo _ Convulsão



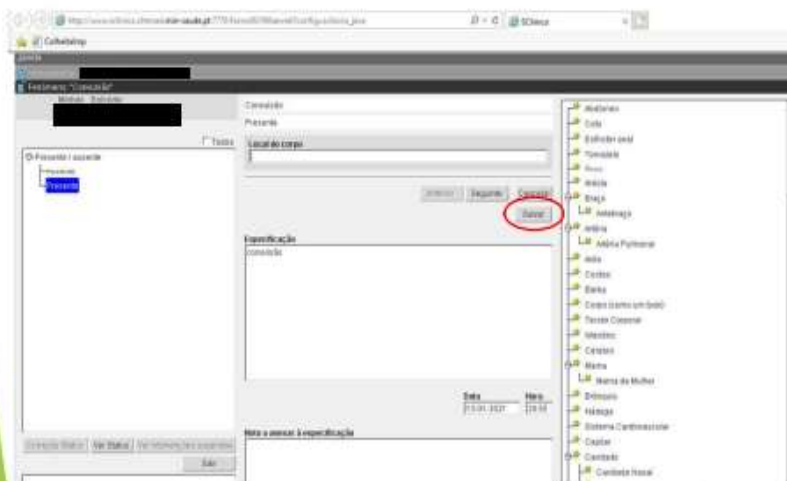
3. Processo _ Convulsão



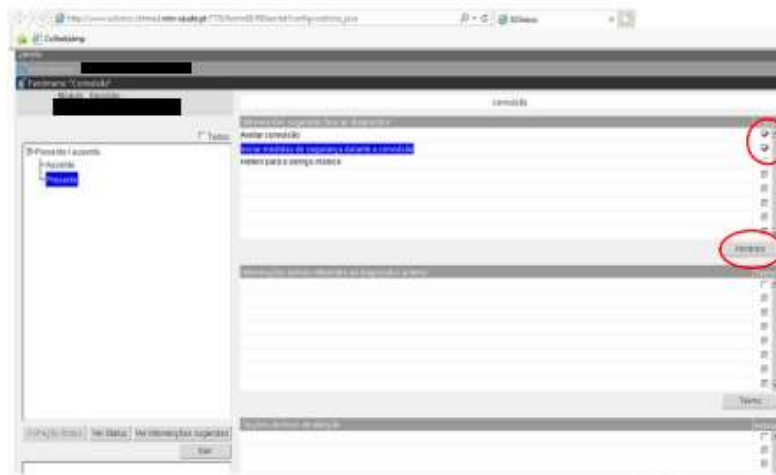
3. Processo _ Convulsão



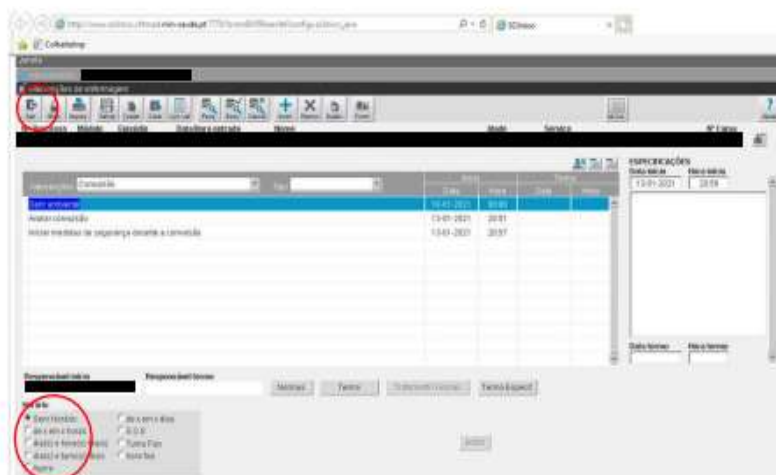
3. Processo _ Convulsão



3. Processo _ Convulsão



3. Processo _ Convulsão



3. Processo _ Convulsão

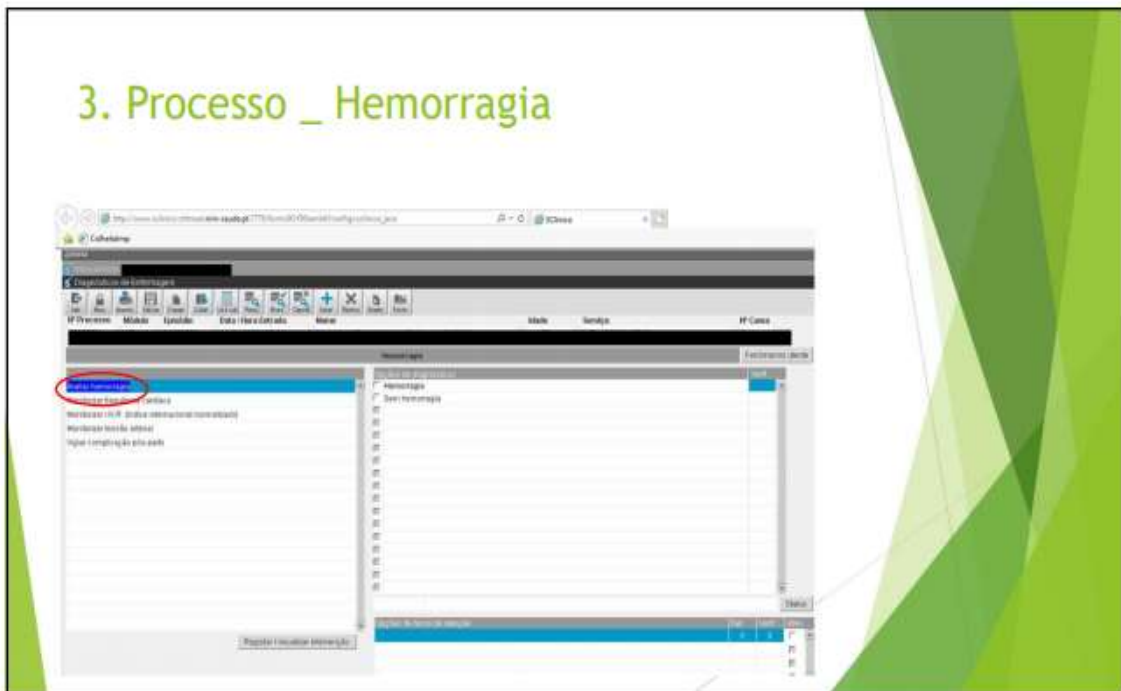
| CONVULSÃO |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar convulsão |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar convulsão (Sem hemófilo)• Monitorar medidas de segurança durante a convulsão (SOS) |
| Resultado: Sem convulsão De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |

3. Processo _ Hemorragia

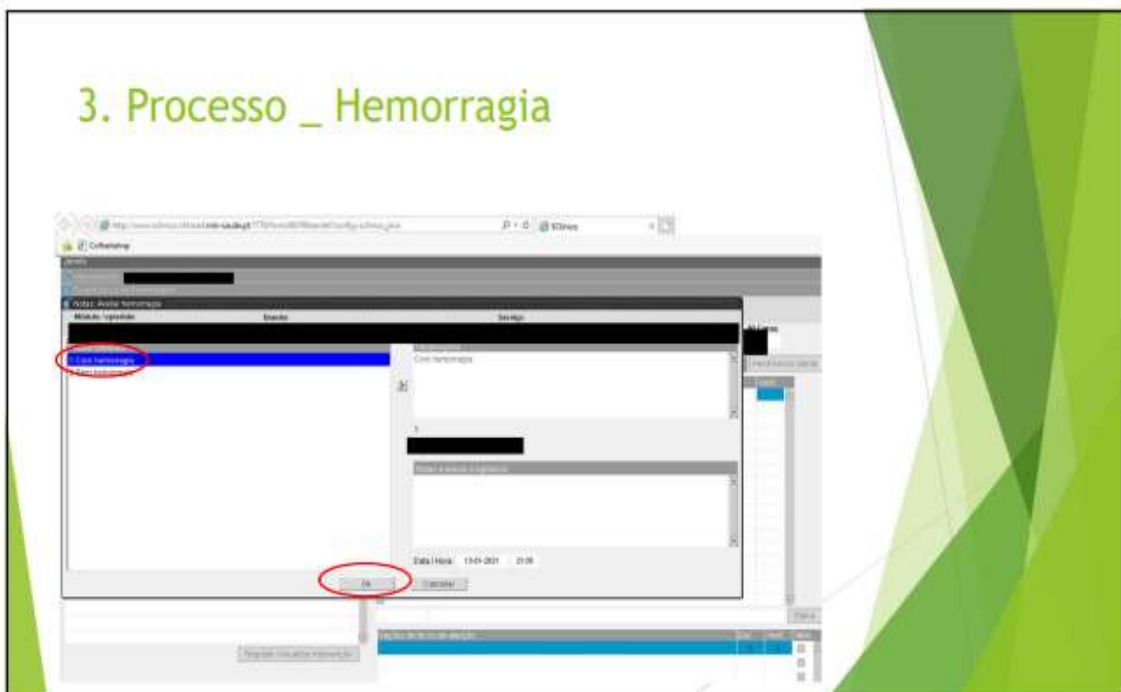
The screenshot shows a software interface for 'Processo de Hemorragia'. On the left, there is a list of interventions under the heading 'Intervenções de diagnóstico e monitoramento'. The 'Avaliar' intervention is highlighted with a red circle. On the right, there is a table with columns for 'Data de início', 'Data de término', and 'Status'. The 'Avaliar' row is highlighted in yellow. At the bottom right, there is a red circle around the text 'Exatidão de valores'.

| Intervenção | Data de início | Data de término | Status |
|-------------------------------|----------------|-----------------|--------|
| Planejar de Processos | 08/01/2011 | 23/09 | |
| Monitorar | 09/01/2011 | 23/09 | |
| Intervenção | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Avaliar | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Auto Cuidado: Imprensa | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Auto Cuidado: Tomada de | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Auto Cuidado: Uso de Bandagem | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Auto Cuidado: Alimentar-se | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Auto Cuidado: Beber | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Prevenir de | 10/01/2011 | 08/09 | |
| Avaliar | 10/01/2011 | 08/09 | |

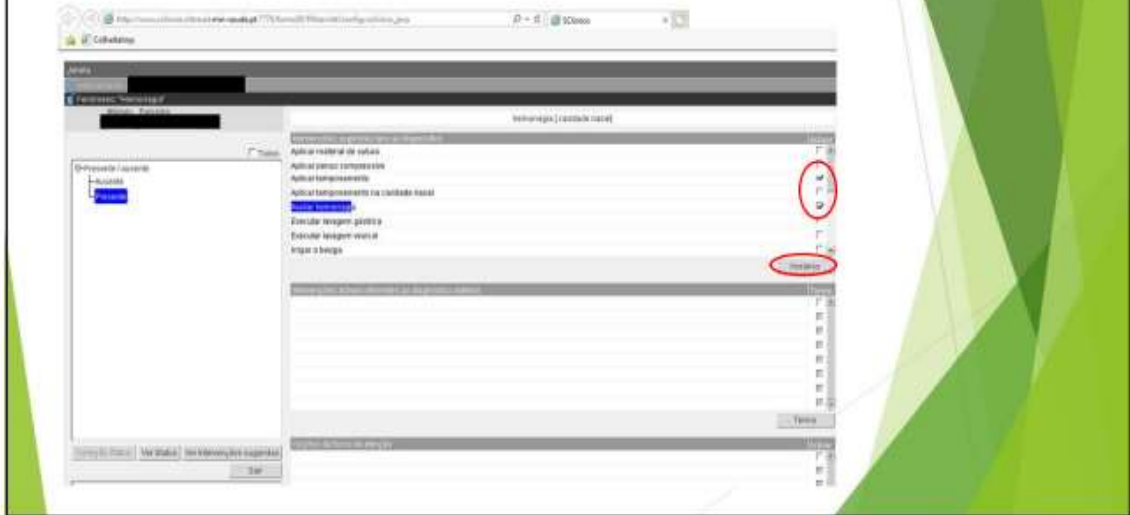
3. Processo _ Hemorragia



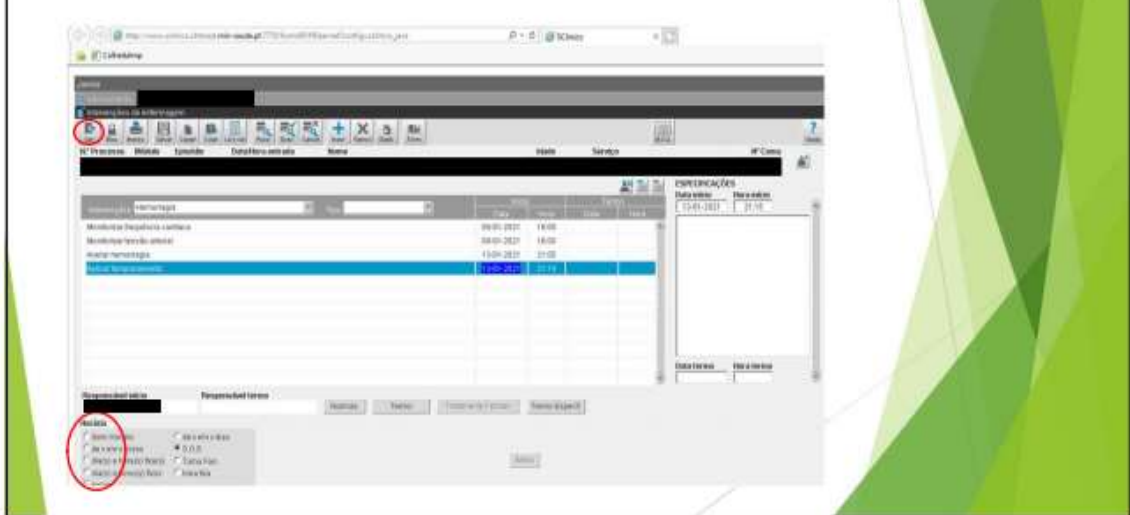
3. Processo _ Hemorragia



3. Processo _ Hemorragia



3. Processo _ Hemorragia



3. Processo _ Hemorragia

| HEMORRAGIA |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">Avaliar hemorragia |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">Avaliar hemorragia (Sem horário) |
| Resultado: Sem hemorragia |
| Inserir intervenções de controle de hemorragia adequadas ao tipo de hemorragia do utente (nasal, gástrica, das fealdas, entre outras) De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções [AVALIAR / ENSIAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR] adequadas |

3. Processo _ Úlcera de Pressão

The screenshot displays a software interface for clinical documentation. On the left, a list of interventions is shown, with 'Úlcera de Pressão' highlighted. On the right, a table lists the interventions performed, including 'Avaliar Úlcera de Pressão', 'Higiene', 'Inibição', and 'Cuidado de Wound'. The 'Úlcera de Pressão' row is highlighted in yellow. At the bottom right, there are buttons for 'Inserir' and 'Intervenções', with the latter circled in red.

| Intervenção | Data | Horário | Estado |
|----------------------------------|------------|---------|--------|
| Úlcera de Pressão | 09-01-2021 | 22:58 | |
| Higiene | 09-01-2021 | 23:00 | |
| Inibição | 10-01-2021 | 00:01 | |
| Wound | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Avaliar Cuidado: higiene | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Avaliar Cuidado: Woundcare | 10-01-2021 | 00:01 | |
| Avaliar Cuidado: Uso do Bandagem | 10-01-2021 | 00:00 | |
| Avaliar Cuidado: Alimentação | 10-01-2021 | 00:12 | |
| Avaliar Cuidado: Bata | 10-01-2021 | 00:16 | |
| Procurador de | 10-01-2021 | 00:17 | |
| Úlcera de Pressão | 10-01-2021 | 00:18 | |

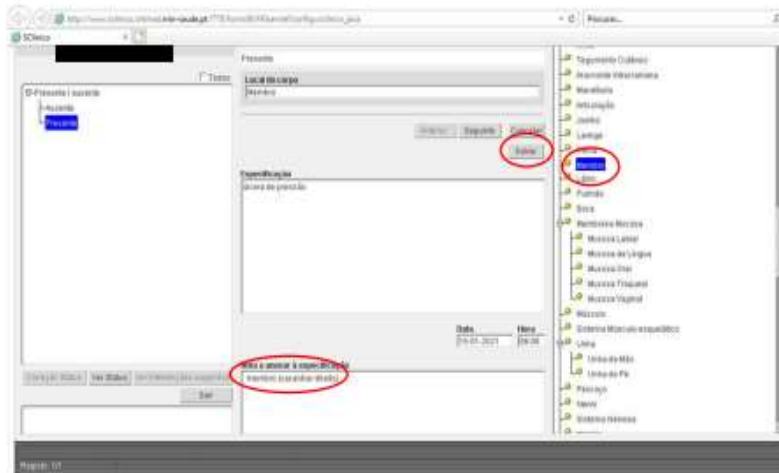
3. Processo _ Úlcera de Pressão

The screenshot shows a software application window titled 'Úlcera de Pressão'. The interface is divided into several sections. On the left, there is a list of tasks or objectives, with 'Analisar risco de úlcera de pressão' highlighted in blue and circled in red. The main area on the right contains a list of sub-tasks or activities, each with a checkbox and a progress indicator. The top of the window shows a browser address bar and a menu bar with options like 'Arquivo', 'Editar', and 'Formatar'.

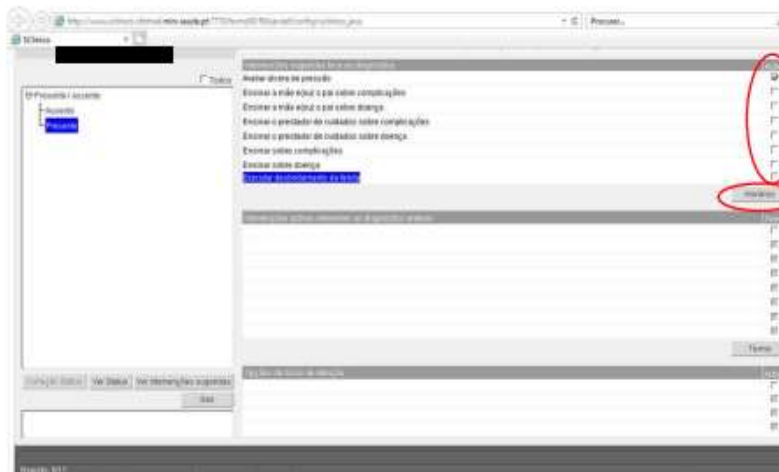
3. Processo _ Úlcera de Pressão

This screenshot is similar to the one above, showing the same software application. In this view, the task 'Analisar risco' is highlighted in blue and circled in red. The interface layout, including the browser address bar and the list of sub-tasks on the right, remains consistent with the previous image.

3. Processo _ Úlcera de Pressão



3. Processo _ Úlcera de Pressão



3. Processo _ Úlcera de Pressão

Úlcera de Pressão

| Descrição | Data | Valor |
|--|------------|-------|
| Assessoria de risco de úlcera | 08-01-2021 | 21,80 |
| Aplicar curativo | 08-01-2021 | 22,50 |
| Urgente curativo de úlcera de pressão | 08-01-2021 | 22,50 |
| Processador | 15-01-2021 | 80,17 |
| Atender úlcera de pressão | 15-01-2021 | 80,19 |
| Atender Atendimento de úlcera de pressão | 15-01-2021 | 80,11 |
| Urgente curativo de úlcera de pressão | 15-01-2021 | 80,11 |

Úlcera de Pressão

Úlcera de pressão: manter curativo
Limpeza com SF e aplicação de rotação e
nova infiltração

Produtos da Úlcera

| Produto | Data | Valor |
|-------------------|------------|-------|
| Úlcera de Pressão | 15-01-2021 | 80,00 |

3. Processo _ Úlcera de Pressão

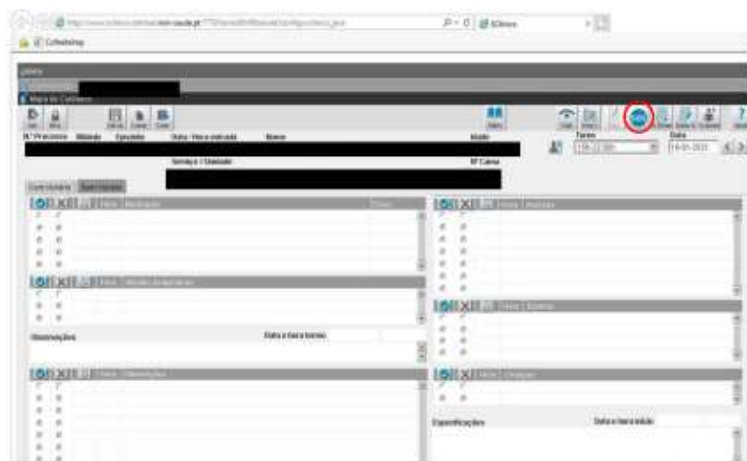
Úlcera de Pressão

Úlcera de pressão

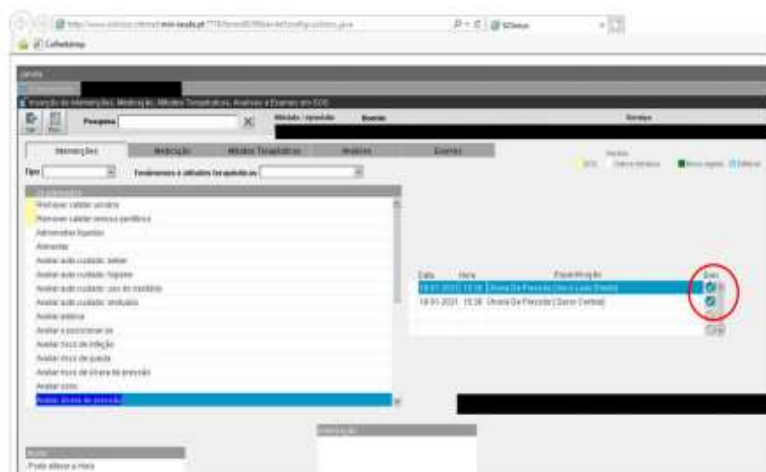
Produtos da Úlcera

| Produto | Data | Valor |
|-------------------|------------|-------|
| Úlcera de Pressão | 15-01-2021 | 80,00 |

3. Processo _ Úlcera de Pressão



3. Processo _ Úlcera de Pressão



3. Processo _ Úlcera de Pressão

The screenshot shows a web-based medical form for recording a pressure ulcer. The form includes the following elements:

- Header:** 'Programa de avaliação da ferida (Úlcera)'
- Identification:** Fields for patient name, ID, and date.
- Ulcer Details:**
 - 'Úlcera de pressão (1) área total (cm²)': Circled in red.
 - 'Cirurgia realizada': Dropdown menu.
 - 'Classificação de quem avalia': Dropdown menu.
 - 'Tipo de etiologia': Dropdown menu.
- Assessment:**
 - 'A seguir apresentamos indicadores dirigidos à ferida': Section header.
 - 'Dimensões da ferida (cm)':
 - 'Comprimento': 3,00 (circled in red)
 - 'Largura': 4,00 (circled in red)
 - 'Área': Input field
 - 'Tipo de feridas nas bordas da ferida':
 - Ferida regenerativa aberta
 - Ferida de esfoliação
 - Ferida de granulação
 - Ferida desmoldada/aberta por adesão
 - Ferida decorrente de uma regra básica de higiene
 - 'Pele circundante':
 - 'Hidratada':
 - 'Seca':
 - 'Maciça':
 - 'Edematosa':
 - 'Bordas': 'Difusas' (circled in red)
 - 'Profundidade / Escala de avaliação': 'Hiperémica aberta' (circled in red)
 - 'Reabsorção': 'Estratificada' (circled in red)
 - 'Comorbidade': 'Nenhum' (circled in red)
 - 'Cor': 'Carni avermelhada'
 - 'Tubo': 'Acromio'
 - 'Hidrocolóide': 'Pouco espesso, Suave'
- Interventions:** 'Inferção / Infusãoção (Classo de feridas)'. A list of checkboxes includes:
 - Usar lençol amovível
 - Osmoza percutânea
 - Sênea percutânea
 - Aquecimento da temperatura
 - Geladeira sem cobertura
 - Escudo de proteção
 - Têxtil úmido ou facilmente absorvente
 - Fenda entalhada, sem adesivo
 - Têxtil compatível com botões
 - Mau odor
 - Hipergranulação
 - Aumento do tamanho da ferida
 - Colúmbio aderido
 - Descoloração do tecido
- Footer:** 'Data', 'Hora', and 'Assinatura do cirurgião'.

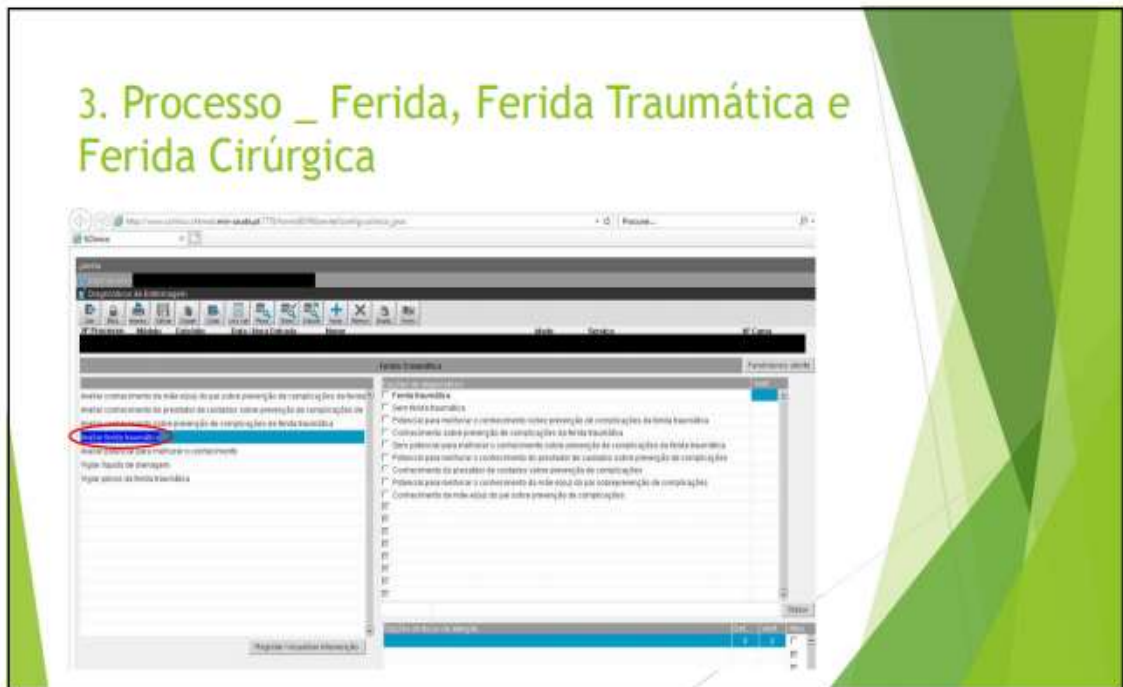
3. Processo _ Úlcera de Pressão

| ÚLCERA DE PRESSÃO |
|--|
| Diagnósticos: |
| • Avaliar úlcera de pressão |
| Intervenções: |
| • Avaliar úlcera de pressão [Selecionar horário adequado ao tratamento programado] |
| • Executar tratamento da úlcera de pressão – Especificar o tratamento nas observações [Selecionar horário adequado ao tratamento programado] |
| • Vigiar o estado da úlcera de pressão [Sem horário] |
| Resultado: |
| Sem úlcera de pressão |
| Identificar sempre local anatómico da úlcera |
| Inserir todas as úlceras individualmente |
| Risco de úlcera de pressão só deve ser inserido após terem sido inseridas todas as úlceras, excepto quando a úlcera surge após a admissão |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSEJAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |

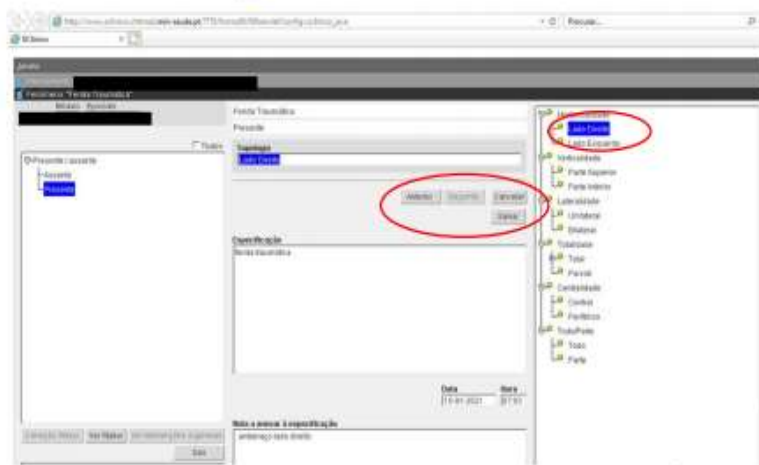
3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica



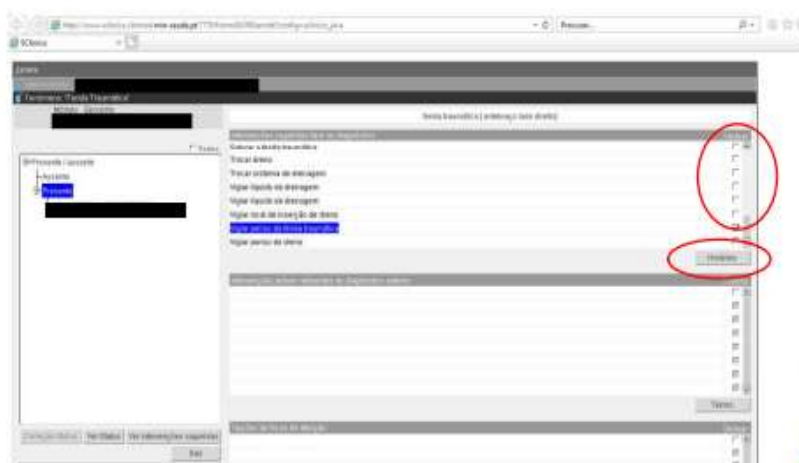
3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica



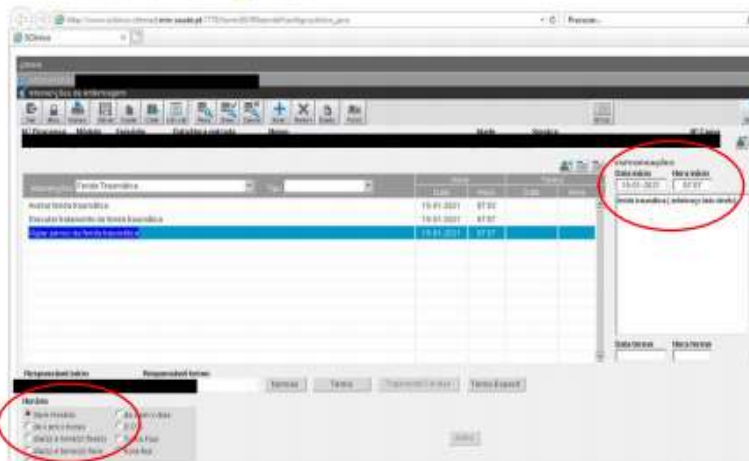
3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica



3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica



3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica



3. Processo _ Ferida, Ferida Traumática e Ferida Cirúrgica

| FERIDA, FERIDA TRAUMÁTICA OU FERIDA CIRÚRGICA |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida ou <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida traumática ou <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida cirúrgica |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida / Ferida traumática / Ferida cirúrgica (Selecionar ferida adequada ao tratamento programado) • Executar tratamento da ferida / Ferida traumática / Ferida Cirúrgica (Selecionar ferida adequada ao tratamento programado) • Vigiar processo da ferida / Ferida traumática / Ferida cirúrgica (Sem feridas) |
| Resultado: Sem ferida ou Sem ferida traumática ou Sem ferida cirúrgica |
| Identificar sempre local anatômico de ferida, ferida traumática ou ferida cirúrgica Inserir todas as feridas, feridas traumáticas ou feridas cirúrgicas individualmente De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSIAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |

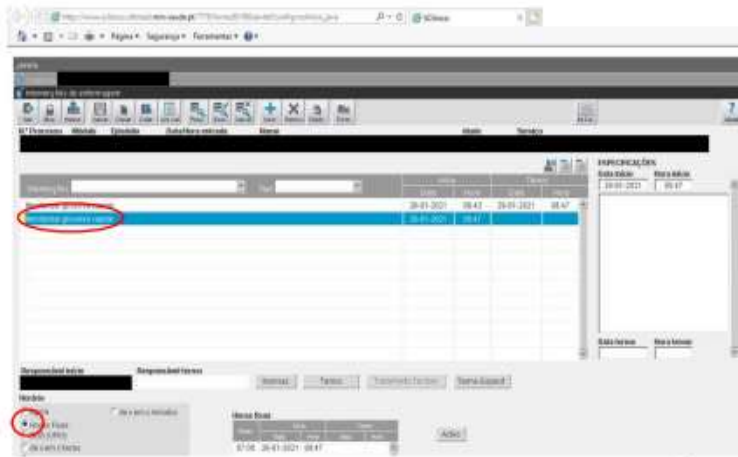
3. Metabolismo Energético

The screenshot shows a web-based medical interface. On the left, a list of diagnostic categories is visible, including 'Análisis de laboratorio', 'Análisis de imagen', and 'Análisis de fisiología'. The main area contains a table with columns for 'Condición', 'Especificidad', 'Sensibilidad', 'Valor Predictivo Positivo', and 'Valor Predictivo Negativo'. A row for 'Diabetes mellitus' is highlighted in yellow and circled in red. At the bottom right, a button labeled 'Especificidad de información' is also circled in red.

3. Metabolismo Energético

The screenshot shows a web-based medical interface. On the left, a list of diagnostic categories is visible, including 'Análisis de laboratorio', 'Análisis de imagen', and 'Análisis de fisiología'. The main area contains a table with columns for 'Condición', 'Especificidad', 'Sensibilidad', 'Valor Predictivo Positivo', and 'Valor Predictivo Negativo'. A row for 'Diabetes mellitus' is highlighted in blue and circled in red. At the bottom right, a button labeled 'Especificidad de información' is also circled in red.

3. Metabolismo Energético



3. Metabolismo Energético

| METABOLISMO ENERGÉTICO |
|---|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Monitorar glicemia capilar |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Monitorar glicemia capilar (7, 12, 18, 23h, ou com mais frequência se necessário) |
| Resultado: <p>Sem hiperglicemia/hipoglicemia</p> <p>De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENFIMAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas</p> |

4. Considerações Finais

- ▶ Observar o doente;
- ▶ Identificar as **necessidades** do doente;
- ▶ Identificar os **problemas** do doente;
- ▶ Verificar as **prescrições** médicas.

4. Considerações Finais

- ▶ INDEPENDENTE - avaliar, supervisionar, **vigiar**
- ▶ DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO - avaliar, supervisionar, incentivar, providenciar, **assistir**, ...
- ▶ DEPENDENTE EM GRAU MODERADO - avaliar, supervisionar, incentivar, providenciar, **assistir**, ...
- ▶ DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO - avaliar, supervisionar, incentivar, providenciar, assistir, **executar** ...



**Muito
Obrigado**



Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 – *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem* – do original «ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Anexo XIII - Guia de elaboração do Processo de Enfermagem

1. Avaliação Inicial

- Efetuar a avaliação inicial de enfermagem a todos os doentes, no momento da admissão;
- Preencher todos os campos, para os quais se tenha informação;
- Os campos para os quais não se tenha a informação, deixar por preencher, e preencher assim que for recolhida a informação

2. Prescrições

2.1 Fármacos

- Atribuir horário a cada um dos fármacos;
- **24/24h** – 9h, exceto: pantoprazol e levotiroxina – 7h / Antiagregantes plaquetários – 13H / Ansiolíticos e benzodiazepinas – 21h / Antidislipidémicos – 19h / outros com horário específico;
- **12/12h** – 9h e 21h;
- **8/8h** – 6h30, 14h30 e 22h30;
- **6/6h** – 0h, 6h, 12h, 18h;
- **4/4h** – 0h, 4h, 8h, 12h, 16h, 20h.

2.2 Atitudes Terapêuticas

- As atitudes são prescritas pelo médico assistente;
- Para cada atitude selecionar as intervenções e atribuir horário;
- Atitude: **Monitorizar Sinais Vitais** – sem horário / Intervenções: Monitorizar TA, FC, FR, T e Dor – 9h, 16h, 23h, ou conforme prescrição médica;
- Atitude: **Monitorizar Glicemia Capilar** – sem horário / Intervenções: Monitorizar glicemia capilar – 7h, 12h, 18h, 23h, ou conforme prescrição médica;
- Atitude: **Monitorizar Diurese** – sem horário / Intervenções: Monitorizar eliminação urinária: 7h, 14h 21h, ou conforme prescrição médica;
- outros...



ÚLCERA DE PRESSÃO

Diagnósticos:

| ÚLCERA DE PRESSÃO | Horário | RISCO DE Úlcera de Pressão | Horário |
|---|-----------------|---|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar Risco de Úlcera de Pressão• Avaliar Úlcera de Pressão• Executar tratamento à Úlcera de Pressão (especificar o tratamento no quadro das observações)• Vigiar penso da Úlcera de Pressão | Turno fixo M | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar Risco de Úlcera de Pressão• Aplicar creme• Vigiar sinais de úlcera de pressão | Turno fixo M |

Se o doente apresentar úlceras, abrir os 2 focos, primeiro todas as úlceras presentes e só depois o risco de úlcera

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções adequadas



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

RISCO DE QUEDA

Diagnósticos:

| ALTO RISCO de queda | Horário | MÉDIO RISCO de queda | Horário | BAIXO RISCO de queda | Horário |
|---|-------------------|---|-------------------|--|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de queda• Manter grades da cama• Baixar cama• Gerir medidas de segurança | De 3/3 dias às 9h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de queda• Manter grades da cama• Baixar cama• Gerir medidas de segurança | De 3/3 dias às 9h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de queda• Gerir medidas de segurança• Baixar cama• Gerir medidas de segurança | De 3/3 dias às 9h |
| | Sem horário | | Sem horário | | Sem horário |
| | Sem horário | | Sem horário | | Sem horário |

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções adequadas



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| INFEÇÃO | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Diagnósticos: | | | |
| RISCO DE infeção | Horário | SEM RISCO de infeção | Horário |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de infeção <p>Se associado a cateter venoso periférico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico • Inserir cateter venoso periférico • Optimizar cateter venoso periférico • Remover cateter venoso periférico • Trocar cateter venoso periférico • Vigiar penso do cateter • Vigiar local de inserção do cateter <p>Se associado a algáliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar cateter urinário • Remover cateter urinário • Trocar cateter urinário | <p>Turno fixo M</p> <p>Turno fixo M</p> <p>SOS</p> <p>Sem horário</p> <p>SOS</p> <p>4/4 dias</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>SOS</p> <p>10/10 dias (90/90 dias e 1D)</p> | <p>• Avaliar risco de infeção</p> | <p>Turno fixo M</p> <p>Quando apresentar risco de infeção identificar a que procedimento está associado (p.ex.: cateterismo periférico ou algáliação).</p> <p>Para cada procedimento associado deve ser inserido um risco de infeção.</p> <p>Inserir as intervenções necessárias a cada um dos procedimentos associados.</p> |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| SONO | | | |
|--------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Diagnósticos: | | | |
| Sono COMPROMETIDO | Horário | SEM Sono COMPROMETIDO | Horário |
| • Avaliar Sono | Turno fixo N | • Avaliar Sono | Turno fixo N |

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas

| AUTO CUIDADO: HIGIENE | | | |
|--|--|---|--|
| Diagnósticos: | | | |
| Auto-cuidado: higiene, DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO | Horário | Auto-cuidado: higiene, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário |
| • Avaliar auto cuidado: higiene • Dar banho na cama / no chuveiro • Lavar a boca | Turno fixo M Turno fixo M Turno fixo M | • Avaliar auto cuidado: higiene • Assistir no auto cuidado: higiene • Assistir no auto cuidado: higiene da boca | Turno fixo M Turno fixo M Turno fixo M |

Resultado: INDEPENDENTE no auto cuidado: higiene

- Avaliar o auto cuidado: higiene (Turno fixo M)
- Supervisionar o auto cuidado: higiene (Turno fixo M)

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas



| AUTO CUIDADO: VESTUÁRIO | | | | |
|---|------------------------------|---|------------------------------|---|
| Diagnósticos: | | | | |
| Auto Cuidado: vestuário, DEPENDENTE, EM GRAU ELEVADO | Horário | Auto Cuidado: vestuário, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Auto Cuidado: vestuário, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO |
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar auto cuidado: vestuário• Vestir | Turno fixo M Turno fixo M | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar auto cuidado: vestuário• Assistir no auto cuidado: vestuário | Turno fixo M Turno fixo M | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar auto cuidado: vestuário• Assistir no auto cuidado: vestuário |
| Resultado: INDEPENDENTE no auto cuidado: vestuário | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar auto cuidado: vestuário (Turno fixo M)• Supervisionar o auto cuidado: vestuário (Turno fixo M) | | | | |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas | | | | |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| AUTO CUIDADO: USO DO SANITÁRIO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Diagnósticos: | | | | | |
| Auto Cuidado: uso do sanitário, DEPENDENTE, EM GRAU ELEVADO | Horário | Auto Cuidado: uso do sanitário, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Auto Cuidado: uso do sanitário, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO | Horário |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar auto cuidado: uso do sanitário • Trocar fralda / dispositivo urinário • Otimizar fralda • Vigiar eliminação urinária • Vigiar eliminação intestinal | <p>Turno fixo M</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> | <p>Auto Cuidado: uso do sanitário, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar auto cuidado: uso do sanitário • Assistir no uso do sanitário • Providenciar arrastadeira / urinol • Vigiar eliminação urinária • Vigiar eliminação intestinal | <p>Turno fixo M</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> | <p>Auto Cuidado: uso do sanitário, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar auto cuidado: uso do sanitário • Assistir no uso do sanitário • Providenciar arrastadeira / urinol • Vigiar eliminação urinária • Vigiar eliminação intestinal | <p>Turno fixo M</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> |
| <p>Resultado: INDEPENDENTE no auto cuidado: uso do sanitário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar o auto cuidado: uso do sanitário (Sem horário) • Vigiar eliminação urinário (Sem horário) • Vigiar eliminação intestinal (Sem horário) <p>De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas</p> <p>Quando não for possível associar a eliminação urinária e intestinal ao auto cuidado: uso do sanitário, colocar os focos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminação urinária - Eliminação intestinal | | | | | |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

AUTO CUIDADO: ALIMENTAR-SE

Diagnósticos:

| Alimentar-se, DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO | Horário | Alimentar-se, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Alimentar-se, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO | Horário |
|--|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o alimentar-se• Alimentar• Vigiar a refeição | Turno fixo M Hora fixa 8h / 10h / 13h / 16h / 19h / 21h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o alimentar-se• Assistir no alimentar-se• Vigiar a refeição | Turno fixo M Hora fixa 8h / 10h / 13h / 16h / 19h / 21h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o alimentar-se• Assistir no alimentar-se• Vigiar a refeição | Turno fixo M Hora fixa 8h / 10h / 13h / 16h / 19h / 21h |

Resultado: INDEPENDENTE no alimentar-se

- Avaliar o alimentar-se (Turno fixo M)
- Vigiar a refeição (Hora fixa - 8h / 10h / 13h / 16h / 19h / 21h)

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas

- Doentes diabéticos ou com sonda nasogástrica, substituir o horário das 21h pelas 23h

- Doentes com sonda nasogástrica para alimentação, substituir o "alimentar" por "alimentar através de sonda"



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| AUTO CUIDADO: BEBER | | | | |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|
| Diagnósticos: | | | | |
| Beber, DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO | Horário | Beber, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Horário |
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o beber• Administrar líquidos | Turno fixo M Sem horário | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o beber• Assistir no auto cuidado: Beber | Turno fixo M Sem horário | Turno fixo M Sem horário |
| Resultado: INDEPENDENTE no beber: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o beber (Turno fixo M)• Supervisionar o auto cuidado: Beber (Sem horário) | | | | |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas | | | | |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

POSICIONAR-SE

Diagnósticos:

| Posicionar-se, DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO | Horário | Posicionar-se, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Posicionar-se, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO | Horário |
|--|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o posicionar-se• Posicionar | Turno fixo M 3/3h 0h / 3h / 6h / 9h / 12h / 15h / 18h / 21h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o posicionar-se• Assistir no posicionar-se | Turno fixo M 0h / 3h / 6h / 9h / 12h / 15h / 18h / 21h | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o posicionar-se• Assistir no posicionar-se• Supervisionar o posicionar-se | Turno fixo M Sem horário Sem horário |

Resultado: INDEPENDENTE, no posicionar-se

- Avaliar o posicionar-se (**Sem horário**)
- Incentivar o posicionar-se (**Sem horário**)

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas
- Quando simultaneamente for introduzido o diagnóstico "Transferir-se", no posicionar-se ocultar o horário das 9h e das 12h, utilizar este horário nas intervenções do transferir para a cadeira e para a cama, respetivamente.



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| TRANSFERIR-SE | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Diagnósticos: | | | | | |
| Transferir-se, DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO | Horário | Transferir-se, DEPENDENTE EM GRAU MODERADO | Horário | Transferir-se, DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO | Horário |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o transferir-se • Transferir para a cadeira • Transferir para a cama | Turno fixo M Hora fixa 9h Hora fixa 12h | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o transferir-se • Assistir no transferir-se (no quadro das observações colocar: 9h – para a cadeira / 12h – para a cama) | Turno fixo M Hora fixa 9h / 12h | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o transferir-se • Assistir no transferir-se • Incentivar o transferir-se • Supervisionar o transferir-se | Turno fixo M Sem horário Sem horário Sem horário |
| Resultado: | | | | | |
| INDEPENDENTE , no transferir-se <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o transferir-se (Sem horário) • Incentivar o transferir-se (Sem horário) De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas | | | | | |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| ORIENTAÇÃO | |
|--|---|
| Diagnósticos: | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar orientação |
| Intervenções: | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar orientação (Sem horário)• Executar terapia de orientação para a realidade (Sem horário) |
| Resultado: | Orientação |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas | |



| DISPNEIA |
|---|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar dispneia |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar dispneia (Sem horário)• Executar oxigenioterapia (Sem horário ou SOS) – Deve estar prescrita• Gerir oxigenioterapia (Sem horário)• Monitorizar FR (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado)• Monitorizar SPO2 (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado) |
| Resultado: Sem dispneia |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |



| LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS |
|---|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar limpeza das vias aéreas |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar limpeza das vias aéreas (Sem horário)• Aspirar secreções (SOS)• Monitorizar FR (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado)• Monitorizar SPO2 (9 / 16 / 23 h ou com mais frequência se adequado)• Administrar líquidos (Sem horário) |
| Resultado: Sem limpeza das vias aéreas comprometida |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| CONVULSÃO |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar convulsão |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar convulsão (Sem horário)• Iniciar medidas de segurança durante a convulsão (SOS) |
| Resultado: Sem convulsão |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |



| HEMORRAGIA |
|--|
| Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar hemorragia |
| Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar hemorragia (Sem horário) |
| Resultado: Sem hemorragia |
| Inserir intervenções de controle de hemorragia adequadas ao tipo de hemorragia do utente (nasal, gástrica, dos tecidos, entre outras) De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas |



ÚLCERA DE PRESSÃO

Diagnósticos:

- Avaliar úlcera de pressão

Intervenções:

- Avaliar úlcera de pressão (**Selecionar horário adequado ao tratamento programado**)
- Executar tratamento da úlcera de pressão – Especificar o tratamento nas observações (**Selecionar horário adequado ao tratamento programado**)
- Vigiar penso da úlcera de pressão (**Sem horário**)

Resultado:

Sem úlcera de pressão

Identificar sempre local anatómico da úlcera

Inserir **todas as úlceras individualmente**

Risco de úlcera de pressão só deve ser inserido após terem sido inseridas todas as úlceras, excepto quando a úlcera surge após a admissão

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas

FERIDA, FERIDA TRAUMÁTICA OU FERIDA CIRÚRGICA

Diagnósticos:

- Avaliar ferida
- ou
- Avaliar ferida traumática
- ou
- Avaliar ferida cirúrgica

Intervenções:

- Avaliar ferida / Ferida traumática / Ferida cirúrgica (**Selecionar horário adequado ao tratamento programado**)
- Executar tratamento da ferida / Ferida traumática / Ferida Cirúrgica (**Selecionar horário adequado ao tratamento programado**)
- Vigiar penso da ferida / Ferida traumática / Ferida cirúrgica (**Sem horário**)

Resultado:

Sem ferida ou Sem ferida traumática ou Sem ferida cirúrgica

Identificar sempre o local anatómico da ferida, ferida traumática ou ferida cirúrgica
Inserir todas as feridas, feridas traumáticas ou feridas cirúrgicas individualmente

De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas



GUIA DE ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
Internamento em OBS

| METABOLISMO ENERGÉTICO | |
|--|--|
| Diagnósticos: | |
| • Monitorizar glicemia capilar | |
| Intervenções: | |
| • Monitorizar glicemia capilar (7, 12, 18, 23h, ou com mais frequência se necessário) | |
| Resultado: | |
| Sem hiperglicemia/hipoglicemia | |
| De acordo com a especificidade do doente, inserir as intervenções (AVALIAR / ENSINAR / INCENTIVAR / INSTRUIR / PROVIDENCIAR / SUPERVISIONAR) adequadas | |

Anexo XIV - Checklist do Carro de Emergência da Sala de Emergência não COVID

1



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|--|---------------------------------|------------|------------|
| Fármacos | Gaveta nº 1 e 2 | | |
| AAS 500mg | 0 (não fornecido pela farmácia) | 2 | x |
| Acetilcisteína 5 gr (amp) | | 3 | 01/11/2021 |
| Ácido Acetilsalicílico 1800 mg (amp) | | 5 | 01/09/2021 |
| Adenosina 6mg (amp) | | 10 | 01/07/2022 |
| Adrenalina 1mg (amp) | | 10 | 01/10/2022 |
| Água destilada 20 ml (amp) | | 6 | 01/09/2022 |
| Aminofilina 240 mg (amp) | | 5 | 01/10/2021 |
| Amiodarona 150 mg (amp) | | 12 | 01/03/2022 |
| Atropina 0,5 mg (amp) | | 10 | 01/02/2022 |
| Bicarbonato de Sódio 8,4% 10 cc (amp) | | 2 | 01/03/2022 |
| Brometo de Ipratrópio 250 mcg (amp) | | 5 | 01/07/2021 |
| Brometo de Ipratrópio + Salbutamol (amp) | | 5 | 01/05/2021 |
| Budesonide (amp) | | 2 | 01/06/2021 |
| Captopril 25 mg (cp) | | 4 | 01/05/2023 |
| Clemastina 2 mg (amp) | | 2 | 01/02/2023 |
| Clopidogrel 75mg (cp) | | 12 | 01/04/2022 |
| Cloreto de Potássio 7,45% 10 cc (amp) | | 6 | 01/08/2023 |
| Cloreto Sódio 20% 10 cc (amp) | | 3 | 01/05/2022 |
| Diazepam 10 mg (amp) | | 4 | 01/04/2021 |
| Diazepam retal 5 mg (amp) | | 1 | 01/07/2022 |
| Diazepam retal 10 mg (amp) | | 1 | 01/06/2022 |
| Digoxina 0,25 mg (amp) | | 4 | 01/12/2021 |
| DNI 5 mg (cp) | | 5 | 01/12/2023 |
| DNI 10 mg (amp) | | 5 | 01/01/2022 |
| Dobutamina 250 mg (amp) | | 1 | 01/10/2021 |
| Dopamina 200 mg (amp) | | 4 | 01/12/2021 |
| Etomidato 20 mg (amp) | | 2 | 01/05/2021 |
| Fenitoina 250 mg (amp) | | 6 | 01/04/2022 |
| Fentanil 0,25 mg (amp) | | 5 | 01/11/2021 |
| Flumazenil 5 mg (amp) | | 2 | 01/02/2023 |

05/02/2021 15:56

Verificado por: _____

Elaborado por:
Liliana Figueiredo



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|---------------------------------------|------------------|------------|------------|
| Furosemida 20 mg (amp) | | 10 | 01/08/2022 |
| Glucose 30% 20 cc (amp) | | 5 | 01/08/2023 |
| Gluconato Cálcio 10% 10 cc (amp) | | 4 | 01/03/2023 |
| Haloperidol 5mg (amp) | | 2 | 01/11/2024 |
| Heparina 25.000 U (amp) | | 3 | 01/11/2023 |
| Hidrocortisona 100 mg (amp) | | 5 | 01/08/2022 |
| Levetiracetam 500 mg (amp) | | 3 | 01/03/2023 |
| Labetolol 100 mg (amp) | | 2 | 01/09/2024 |
| Lidocaina 2% 20 cc (amp) | | 3 | 01/03/2023 |
| Enoxaparina 20 mg (seringa pré-cheia) | | 2 | 01/02/2023 |
| Enoxaparina 40 mg (seringa pré-cheia) | | 2 | 01/02/2023 |
| Enoxaparina 60 mg (seringa pré-cheia) | | 2 | 01/03/2022 |
| Enoxaparina 80 mg (seringa pré-cheia) | | 2 | 01/02/2022 |
| Metilprednisolona 125 mg (amp) | | 3 | 01/12/2021 |
| Metoclopramida 10 mg (amp) | | 6 | 01/04/2025 |
| Mirazolanam 15 mg (amp) | | 3 | 01/07/2023 |
| Morfina 10 mg (amp) | | 3 | 01/04/2022 |
| Naloxona 0,4 mg (amp) | | 5 | 01/07/2021 |
| Nitroglicerina 0,5 mg (cp) | | 6 | 01/10/2021 |
| Noradrenalina 10 mg (amp) | | 3 | 01/10/2021 |
| Pantoprazol 40 mg (amp) | | 5 | 01/01/2022 |
| Paracetamol 1gr (amp) | | 5 | 01/06/2022 |
| Propofol 1% (amp) | | 5 | 01/04/2023 |
| Sulfato de Magnésio 20% (amp) | | 3 | 01/01/2025 |
| Sugamadex 200 mg (amp) | | 6 | 01/06/2022 |
| Ticagrelol 90 mg (cp) | | 6 | 01/08/2022 |
| Tramadol 100 mg (amp) | | 3 | 01/05/2023 |
| Rtpa 50 mg (amp) | | 2 | 01/10/2022 |
| Agulha de punção intraóssea | Adulto | 1 | 01/12/2024 |
| | Pediátrico | 1 | 01/06/2024 |



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|---------------------------------------|-------------------|------------|------------|
| Frigorífico do PyxisMedStation | | | |
| Brometo de rocurónio 50 mg (amp) | Pyxis | 2 | x |
| Dexametasona 5 mg (amp) | Pyxis | 2 | x |
| Insulina rápida 100 u (amp) | Pyxis | 1 | x |
| Isoprenalina 0,2 mg (amp) | Pyxis | 6 | x |
| Terlipressina 1mg (amp) | Pyxis | 2 | x |
| Ácido tranexâmico 500 mg (amp) | Pyxis | 5 | x |
| Cloreto de sódio 1000 cc | | 2 | 01/10/2023 |
| Cloreto de sódio 500 cc | | 3 | 01/06/2023 |
| MATERIAL Gaveta nº 3 | | | |
| Pinça Magill | Adulto | 1 | 27/07/2021 |
| | Pediátrico | 1 | 29/06/2021 |
| Laringoscópio | Çabo punho curto | 1 | n.a |
| | Çabo punho normal | 1 | n.a |
| Lâminas de laringoscópio | nº 0 | 1 | n.a |
| | nº 1 | 1 | n.a |
| | nº 2 | 1 | n.a |
| | nº 3 | 1 | n.a |
| | nº 4 | 1 | n.a |
| Lâminas de laringoscópio McKoy | nº 3 | 1 | n.a |
| | nº 8 | 1 | n.a |
| Fio de Nastro | | 1 | n.a |
| Tubo Guedel | nº 0 | 0 | x |
| | nº 1 | 1 | 28/11/2023 |
| | nº 2 | 1 | 09/03/2023 |
| | nº 3 | 1 | 04/06/2024 |
| | nº 4 | 1 | 09/06/2024 |
| Kit de traqueostomia | | 1 | 12/02/2025 |
| Espátulas de madeira | | 10 | 01/06/2022 |
| Pilhas para cabos de Laringoscópio | IR6 1,5v | 2 | n.a |
| | CLR 14 | 2 | n.a |

05/02/2021 15:56

Verificado por: _____

Elaborado por:
Liliana Figueiredo



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------|------------|
| Gaveta nº 4 | | | |
| Tubo em T | | 1 | 01/11/2023 |
| Mandril para Entubação (estilete) | 4mm; CH12 (para OT de 4 a 6) | 1 | 01/11/2024 |
| | 4,7mm; CH14 (para OT de 5 a 10) | 1 | 01/04/2024 |
| Tubo Endotraqueal s/cuff | nº 2,5 | 0 | x |
| | nº 3 | 1 | 31/01/2023 |
| | nº 3,5 | 1 | 01/10/2022 |
| | nº 4 | 1 | 01/04/2021 |
| | nº 4,5 | 1 | 01/04/2022 |
| | nº 5 | 0 | x |
| Tubo Endotraqueal c/cuff | nº 5 | 2 | 06/02/2023 |
| | nº 5,5 | 2 | 10/01/2023 |
| | nº 6 | 2 | 30/11/2021 |
| | nº 6,5 | 2 | 14/03/2023 |
| | nº 7 | 2 | 04/08/2024 |
| | nº 7,5 | 2 | 10/06/2024 |
| | nº 8 | 2 | 08/11/2022 |
| | nº 8,5 | 2 | 27/09/2023 |
| Máscara Laringea | nº 3 | 1 | 01/11/2022 |
| | nº 4 | 1 | 01/03/2023 |
| | nº 5 | 1 | 01/04/2023 |
| Máscara de Alta Concentração | Adulto | 1 | 09/06/2023 |
| | Pediátrica | 1 | 01/11/2023 |
| Máscara de Venturi | Adulto | 1 | 19/05/2023 |
| | Pediátrica | 1 | 01/04/2021 |
| Sonda nasal dupla de oxigénio | Adulto | 1 | 01/06/2023 |
| | Pediátrica | 1 | 01/04/2022 |
| Conjunto de nebulização | Adulto | 1 | 01/07/2024 |
| | Pediátrica | 1 | 01/07/2023 |
| Máscaras de Ambu | nº 1 | 1 | n.a |
| | nº 2 | 1 | n.a |
| | nº 3 | 1 | n.a |
| | nº 4 | 1 | n.a |
| | nº 5 | 1 | n.a |
| Seringa 10 cc | | 1 | 01/06/2025 |

05/02/2021 15:56

Verificado por: _____

Elaborado por:
Liliana Figueiredo



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|--------------------------------------|-------------------------|------------|------------|
| Gaveta nº 5 | | | |
| Kit de Cateter Venoso Central | | | |
| Lidocaina 2% | 20 ml | 1 | 01/03/2023 |
| Seringa | 10 cc | 2 | 01/06/2025 |
| Agulha | 21 G | 2 | 10/06/2025 |
| | 23 G | 2 | 08/10/2023 |
| | 26 G | 2 | 19/07/2024 |
| Seda | 0/0 (pedido ao armazém) | 1 | 28/02/2021 |
| | 2/0 | 1 | 31/10/2024 |
| | 3/0 | 1 | 01/04/2025 |
| Heparina (amp) | | 1 | 01/05/2023 |
| Campo esterilizado com óculo | | 1 | 01/09/2024 |
| Seringa 5 cc | | 2 | 01/06/2025 |
| Cloreto de sódio 500 cc | | 1 | 01/06/2023 |
| Cateter venoso central (Kit) | | 1 | 01/03/2022 |
| Penso <i>opsite</i> | | 1 | 14/03/2026 |
| Compressas 10x10 cm | | 2 | 01/10/2023 |
| Prolongador 50 cm | | 1 | 01/12/2021 |
| Sistema de soros | | 1 | 01/01/2024 |
| Toneira de 3 vias | | 1 | 01/03/2025 |
| Lâmina de bisturi | | 2 | 01/01/2025 |
| Kit de Sutura | | 1 | 13/07/2021 |
| Luvas esterilizadas | nº 6 | 1 | 01/02/2023 |
| | nº 6,5 | 1 | 31/07/2024 |
| | nº 7 | 1 | 01/04/2025 |
| | nº 7,5 | 1 | 01/04/2025 |
| | nº 8 | 1 | 01/10/2022 |
| Kit de Dreno Torácico | | | |
| Cloreto de sódio 500 cc | | 1 | 01/06/2023 |
| Lidocaina 2% 20 ml | | 1 | 01/03/2023 |
| Seringa 10 cc | | 1 | 01/06/2025 |
| Agulha | 21 G | 2 | 10/06/2025 |
| | 22 G | 2 | 15/03/2023 |
| | 23 G | 2 | 08/10/2023 |
| | 26 G | 2 | 07/02/2025 |
| | 0/0 (Pedido ao armazém) | 1 | 28/02/2021 |

05/02/2021 15:56

Verificado por: _____

Elaborado por:
Liliana Figueiredo



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATORIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Seda | 2/0 | 1 | 31/10/2024 |
| | 3/0 | 1 | 01/04/2025 |
| Lâmina de bisturi | | 2 | 01/01/2025 |
| Clampe/tesoura | | 1 | n.a |
| Válvula de Heimlich | | 2 | 02/10/2024 |
| Dreno Torácico | nº 12 | 1 | 30/11/2023 |
| | nº 16 | 1 | 30/03/2023 |
| | nº 18 | 1 | 01/05/2021 |
| | nº 20 | 1 | 21/01/2024 |
| Campo esterilizado | | 1 | 01/09/2024 |
| Campo com óculo | | 0 | x |
| Compressas 10x10 | | 4 | 01/10/2023 |
| Perfurador | | 1 | 05/04/2025 |
| Adpatador para válvula de Heimlich | | 2 | 27/05/2021 |
| Gilete | | 1 | n.a |
| Exterior | | | |
| Insuflador Manual | Adulto | 1 | x |
| | Pediátrico | 1 | x |
| Fonte de Oxigénio Portátil | | 1 | x |
| Desfibrilhador (quando aplicável) | | 1 | x |
| Plano duro | | 1 | x |
| Cabo FCG | | 1 | x |
| Contentor de corte perfurantes | | 1 | x |
| Gaveta Lateral Direita | | | |
| Monitorização | | | |
| Linha de capnografia | | 1 | x |
| Oxímetro pediátrico | | 1 | 31/07/2022 |
| Cabo de pacemaker | | 0 | x |
| Eléctrodos para pace-externo | | 1 | 01/03/2022 |
| Gel para Cardioversão | | 1 | na |
| Eléctrodos para monitorização | Adulto | 10 | x |
| | Pediátricos | 10 | x |
| Cadeado do carro de emergência | | 4 | n.a |
| Gaveta Lateral Esquerda 1 e 2 | | | |
| | Cloreto de Sódio 1000 cc | 1 | 01/10/2023 |
| | Cloreto de Sódio 500 cc | 2 | 01/06/2023 |
| | Cloreto de Sódio 250 cc | 1 | 01/07/2023 |



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro Emergência | QUANTIDADE | VALIDADE |
|------------------|----------------------------------|------------|------------|
| Soros | Cloreto de Sódio 100 cc | 4 | 01/07/2022 |
| | Água bidestilada | 2 | 01/03/2023 |
| | Glicose 5% 500 cc | 1 | 01/01/2022 |
| | Glicose 5% 100 cc | 2 | 01/09/2023 |
| | Glicose 10% 500 cc | 1 | 01/02/2023 |
| | Gelatina modificada 500 cc | 1 | 01/08/2021 |
| | Manitol 250 cc | 1 | 01/05/2023 |
| | Lactato de Ringer | 1 | 01/11/2022 |
| | Bicarbonato de Sódio 8,4% 500 cc | 1 | 01/10/2022 |

Anexo XV - Checklist da Sala de Emergência não COVID

1



Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHECK-LIST DA SALA DE EMERGÊNCIA NÃO RESPIRATÓRIOS

Nº _____ Localização: Sala de Emergência Não Respiratórios

| TIPO DE MATERIAL | Carro de Apoio | QUANTIDADE | VALIDADE |
|--------------------------------------|------------------------|------------|------------|
| Parte Superior | | | |
| Betadine dérmico | (novo) | 1 | 01/02/2022 |
| Água Oxigenada | (novo) | 1 | 01/08/2023 |
| Luvas | L | 1 | 01/02/2022 |
| | M | 1 | 01/06/2021 |
| | S | 1 | n.a |
| Álcool 70% | Aberto a 21/01/2021 | 1 | 01/10/2025 |
| Hipoclorito de sódio | Preparado a 23/01/2021 | 1 | x |
| Desinfetante cutâneo | Aberto a 03/02/2021 | 1 | 01/05/2025 |
| Material para avaliação de glicémia | | | x |
| Gaveta 1 | | | |
| Lâminas de bisturi | | 3 | 01/01/2025 |
| Penso para cateter venoso periférico | | 6 | 01/12/2024 |
| Espátulas | | 6 | 01/12/2021 |
| Giletes | | 2 | n.a |
| Adesivo 2,5 cm | | 1 | n.a |
| Adesivo 10 cm | | 1 | n.a |
| Adesivo 5 cm | | 1 | n.a |
| Penso oftálmico | | 2 | 01/03/2024 |
| Gaveta nº 2 | | | |
| Cateteres venosos periféricos | nº 14 | 4 | 01/05/2024 |
| | nº 16 | 4 | 01/03/2023 |
| | nº 18 | 6 | 31/12/2022 |
| | nº 20 | 6 | 30/09/2022 |
| | nº 22 | 6 | 28/02/2023 |
| | nº 24 | 6 | 01/08/2024 |
| Tubos de bioquímica | | 6 | 01/05/2021 |
| Tubos de hemograma | | 6 | 31/11/2021 |
| Tubos de coagulação | | 6 | 31/09/2021 |
| Tubos de velocidade de sedimentação | | 5 | 31/04/2021 |
| Tubos de hemograma pediátricos | | 4 | 31/03/2021 |

05/02/2021 15:51

Verificado por: _____

Elaborado por:
Liliana Figueiredo

| | | | |
|--------------------------------------|--------|---|------------|
| Tubos de coagulação pediátricos | | 4 | 31/03/2021 |
| Kit's de gasimetria | | 6 | 30/11/2022 |
| Copos de urina | | 3 | 31/09/2024 |
| Extrator de mucosidades | | 2 | 01/03/2024 |
| Adaptadores para colheita de sangue | | 6 | 30/06/2023 |
| Válvulas bidirecionais | | 6 | 31/05/2023 |
| Kit colheita Covid | | 2 | 30/04/2022 |
| Kit colheita MRSA + KPC | | 4 | 30/09/2021 |
| Frasco de hemoculturas | | 4 | 31/05/2021 |
| Gaveta nº 3 | | | |
| Seringas 50cc | | 3 | 29-02-2025 |
| Sistemas para bomba perfusora | | 3 | 31/03/2025 |
| Sistemas de soros | | 4 | 01/01/2024 |
| Prolongadores | 25 cm | 2 | 01/03/2025 |
| | 50 cm | 2 | 01/04/2024 |
| | 100 cc | 2 | 01/09/2024 |
| | 2 mts | 2 | 01/02/2025 |
| Controladores de débito | | 2 | 01/01/2025 |
| Seringas | 1 cc | 3 | 01/02/2024 |
| | 2 cc | 6 | 01/04/2024 |
| | 5 cc | 6 | 01/02/2025 |
| | 10 cc | 6 | 01/04/2025 |
| | 20 cc | 6 | 01/12/2024 |
| Aglhas | 18G | 5 | 25/09/2024 |
| | 20G | 5 | 05/01/2025 |
| | 21G | 5 | 01/03/2023 |
| | 26G | 5 | 14/04/2024 |
| Torneiras 3 vias | | 6 | 01/03/2025 |
| Gaveta nº 4 | | | |
| Bata esterilizada | | 2 | 01/08/2025 |
| Frasco de drenagem torácica | | 1 | 06/11/2024 |
| Kit de Entubação Nasogástrica | | | |
| Tetracaína | | 2 | 01/05/2022 |
| Seringa | 100 cc | 1 | 18/05/2025 |
| Clampe | | 2 | 01/10/2023 |
| Saco coletor | | 2 | 01/02/2025 |

| | | | |
|----------------------------------|---------------|---|------------|
| Compressas | 10 cm x 10 cm | 2 | 01/11/2023 |
| Sonda Blackmore | nº 15 | 0 | x |
| | nº 21 | 0 | x |
| Tira de adesivo | | 2 | n.a |
| SNG | nº 6 | 1 | 01/03/2021 |
| | nº 8 | 1 | 01/03/2021 |
| | nº 10 | 1 | 01/10/2022 |
| | nº 12 | 1 | 01/05/2023 |
| | nº 14 | 1 | 01/10/2022 |
| | nº 16 | 1 | 01/10/2022 |
| | nº 18 | 1 | 01/10/2023 |
| | nº 16 2 vias | 1 | 01/04/2024 |
| | nº 18 2 vias | 1 | 01/03/2025 |
| Kit de Algáliação | | | |
| Luvas esterilizadas | nº 6 | 1 | 01/02/2023 |
| | nº 6,5 | 1 | 01/05/2023 |
| | nº 7 | 1 | 01/04/2025 |
| | nº 7,5 | 1 | 01/04/2025 |
| | nº 8 | 1 | 01/10/2022 |
| Luvas de exame esterilizadas | | 2 | 28/07/2023 |
| Seringa 20 cc | | 2 | 01/03/2025 |
| Água bidestilada (amp) | 5 cc | 4 | 01/11/2021 |
| Compressas esterilizadas | 10 x 10 cm | 4 | 01/11/2023 |
| Copo colheita de urina | | 2 | 01/09/2023 |
| Saco coletor | | 2 | 22/02/2025 |
| Tetracaina | | 2 | 01/05/2022 |
| Seringa 20 cc | | 2 | 01/03/2025 |
| Sonda Vesical | nº 8 | 1 | 01/08/2024 |
| | nº 12 | 1 | 12/07/2023 |
| | nº 14 | 1 | 24/08/2024 |
| | nº 16 | 1 | 24/08/2024 |
| | nº 18 | 1 | 12/04/2024 |
| | nº 20 | 1 | 13/06/2022 |
| | Nº 18 2 vias | 1 | 06/02/2023 |
| | Nº 20 2 vias | 1 | 15/05/2023 |
| Gaveta Lateral Esquerda 1 | | | |
| Ligaduras de algodão | 10 cm | 3 | 01/02/2024 |
| | 15 cm | 3 | 01/02/2024 |
| | 5 cm | 3 | 01/03/2030 |

| | | | |
|-----------------------------------|-------------|---|------------|
| Ligaduras de algodão elásticas | 10 cm | 3 | 01/05/2030 |
| | 15 cm | 3 | 01/06/2030 |
| Compressas esterilizadas (pacote) | 10 x 10 cm | 6 | 01/10/2023 |
| | 10 x 15 cm | 6 | 01/10/2023 |
| | 5 x 5 cm | 6 | 01/11/2022 |
| Gaveta Lateral Esquerda 2 | | | |
| Esponjas de higiene | | 5 | n.a |
| Cuecas descartáveis | | 2 | n.a |
| Resguardos | | 4 | n.a |
| Fraldas | Adulto | 3 | n.a |
| | Pediátricas | 3 | n.a |
| Gaveta Lateral Esquerda 3 | | | |
| Tubos para aspirador | | 1 | 01/12/2023 |
| Sacos para aspirador | | 1 | 01/01/2025 |
| Conexão em Y | | 2 | n.a |
| Aventais | | 6 | n.a |
| Sacos vários | | | n.a |
| Gaveta Lateral Direita | | | |
| Máscara de Alta Concentração | Adulto | 1 | 19/04/2023 |
| | Pediátrica | 1 | 01/11/2023 |
| Tubo Guedel | nº 0 | 1 | 28/09/2023 |
| | nº 1 | 1 | 01/04/2021 |
| | nº 2 | 1 | 01/05/2023 |
| | nº 3 | 1 | 04/06/2024 |
| | nº 4 | 1 | 09/06/2024 |
| Aspirador de Secreções | | | |
| Sondas de aspiração | nº 6 | 1 | 01/05/2023 |
| | nº 8 | 1 | 15/05/2024 |
| | nº 10 | 1 | 01/01/2025 |
| | nº 12 | 2 | 01/03/2022 |
| | nº 14 | 2 | 14/11/2023 |
| | nº 16 | 4 | 01/10/2024 |
| | Yankauer | 3 | 28/03/2024 |
| Ventilador HAMILTON | | | |
| Traqueia | | 1 | 08/07/2025 |
| Traqueia hormónio flexível | | 1 | 01/01/2024 |
| Peça T | | | 01/11/2023 |
| Filtro circuito anestésico | Adulto | 3 | 01/09/2023 |
| | Pediátrica | 3 | 01/06/2022 |

Anexo XVI - Guia de apoio à utilização do ventilador Hamilton T1

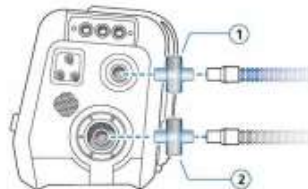
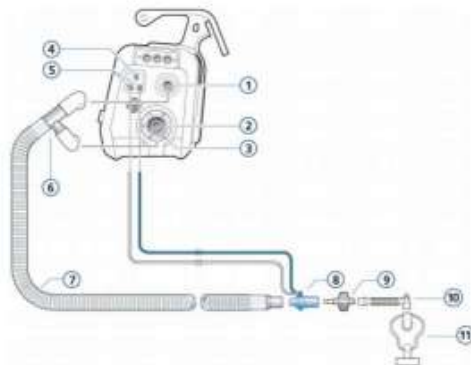


Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Serviço de Urgência da Unidade Hospital de Lamego

Hamilton T1: Guia de utilização


Testes e Calibração: realizar sempre que se troca o circuito ventilatório

1. Ligar o ventilador
2. Deixar executar o *self-teste*
3. Calibrar o ventilador
 - 3.1. Utilizar botão de navegação ou *touch*
 - 3.2. Sistema>> Testes & Calibração>>Vazamento + Sensor de fluxo + Sensor de O2: seguir as instruções do ventilador
 - 3.2.1.Vazamento
 - 3.2.1.1. Desconectar do paciente
 - 3.2.1.2. Ocluir circuito
 - 3.2.1.3. Conectar paciente
 - 3.2.2.Sensor se fluxo
 - 3.2.2.1. Desconectar do paciente
 - 3.2.2.2. Inverter o sensor de fluxo
 - 3.2.2.3. Inverter o sensor de fluxo
 - 3.2.3.Sensor de O2
 - 3.2.3.1. Desconectar do paciente
4. Para desligar pressionar o botão de Standby por mais de 3 segundos.



- 1 – Para o utente
- 2 – Do utente
- 3 – Válvula expiratória com membrana
- 4 – Saída nebulização
- 5 – Conectores de sensor de fluxo
- 6 – Conector de ramo
- 7 – Ramo inspiratório/expiratório coaxial
- 8 – Sensor de fluxo
- 9 – Filtro HME
- 10 – Traqueia hormónio flexível
- 11 – Tubo endotraqueal/Máscara laringea/Máscara facial não ventilada

Anexo XVII - Procedimento: "Higiene oral da pessoa em contexto de Cuidados Intensivos

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 1/9 |
| | | Revisto em _/_/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

- **Âmbito**

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

- **Responsabilidade pela implementação**

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

- **Fundamentos**

A higiene oral apresenta-se com grande relevância no contexto dos cuidados básicos de enfermagem, garantindo o conforto e bem-estar do doente (Freitas & Cruz, 2020). Refere-se às práticas de enfermagem utilizadas para limpeza das estruturas da cavidade oral (Ferreira & Ferreira, 2018).

O cuidado de higiene oral eficaz e de rotina é necessário para doentes hospitalizados, com benefício na manutenção da saúde da cavidade oral e da saúde geral (Dagneu et al., 2020).


A realização da higiene oral é uma prática imprescindível, tendo em conta a condição debilitada do doente e os riscos que a ausência de desinfecção ou uma higiene deficiente da cavidade oral possam acarretar (Freitas & Cruz, 2020).

Nos doentes internados em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), essa relação assume elevada importância. O doente em UCI apresenta inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), dos quais se destacam: as características intrínsecas do doente (condição clínica, comorbilidades, extremos de idade, desnutrição), défice de autocuidado, elevado número de procedimentos e dispositivos invasivos a que estão sujeitos, terapêutica instituída, dieta modificada, alteração do microbioma, imunossupressão preexistente ou adquirida pelo tratamento adotado, características do ambiente de cuidados intensivos e o comportamento dos profissionais de saúde (Pinho, 2020; Freitas & Cruz, 2020).

Estudos indicaram alterações patológicas na cavidade oral dos doentes em UCI, incluindo lesões da mucosa oral, ressecamento dos lábios e das mucosas, infeções fúngicas, aumento do biofilme na superfície oral e colonização por microrganismos

Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo

Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-------------------------|
|  <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | <p align="center">Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos</p> | <p>Elaborado em 27/04/2021</p> | <p>Folha 2/9</p> |
| | | <p>Revisto em ___/___/___</p> | <p>Edição N.º 1</p> |
| | | <p align="center">IT.PQ.04. 11</p> | |

multirresistentes (Terezakis et al., 2011; Needleman et al., 2012; Jones et al., 2011; Landgraf, et al., 2017; Tuon et al., 2017; Wei & Yang, 2019; Cotoia et al., 2020; Galhardo et al., 2020). A ausência de fluxo salivar nos doentes sedados e internado em UCI pode ser explicado por diversas circunstâncias, como a ausência de mastigação, falta de consumo oral normal, permanência da boca aberta, distúrbios no equilíbrio de líquidos e o extenso uso de medicamentos, como os opióides, anticolinérgicos e diuréticos (Felix, 2016; Wei & Yang, 2019). A aspiração de secreções, microaspiração de agentes de colonização da orofaringe e/ou inalação de aerossóis colonizados, colonização do trato aerodigestivo e translocação de bactérias gastrointestinais, disseminação de bactérias por via hematológica, e o uso de equipamento contaminado, são aspetos referidos como causa significativa da maioria dos casos de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) (Pinho, 2020; Silva et al., 2020).

O microbioma oral dos doentes em contexto de UCI é diferente dos indivíduos saudáveis (Cotoia et al., 2019). Estudos demonstram que após 48h da admissão na UCI ocorrem mudanças na sua composição, os bacilos Gram-positivos predominantes na cavidade oral são substituídos por bacilos Gram-negativos comumente associados à PAV (Cotoia et al., 2019); e todos os doentes apresentam formação de biofilme orofaríngeo (com predomínio de bactérias gram-negativas) que é considerado um reservatório de agentes patogénicos respiratórios (Galhardo et al., 2020).


Staphylococcus aureus sp., *Streptococcus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Candida albicans*, *Haemophilus influenzae* são os microorganismos mais frequentes na cavidade oral e das vias aéreas superiores (Pinho, 2020).

A entrada destes agentes patogénicos no trato respiratório inferior fica facilitada pela aspiração das secreções orofaríngeas e nasofaríngeas ao redor do *cuff* do tubo endotraqueal, atuando como um reservatório constante (Cotoia et al., 2019). Medidas eficazes de cuidados de saúde oral são necessárias para reduzir estas infeções.

O tratamento adequado de higiene oral de doentes ventilados em UCI para prevenção de PAV é uma importante linha de defesa para a erradicação de microorganismos resistentes a antibióticos, diminuindo a morbimortalidade e os custos de cuidados de saúde (Gershonovitch et al., 2020)

A prática da higiene oral deve ser inserida no contexto diário dos cuidados de enfermagem a todos os doentes, e é um importante item das *bundles* de prevenção da PAV (DGS, 2017; Wei & Yang, 2019; Freitas & Cruz, 2020).

| | |
|---|--|
| <p>Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo</p> | <p>Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva</p> |
|---|--|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 3/9 |
| | | Revisto em _/_/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

A PAV é a pneumonia que surge em pessoa entubadas com tubo endotraqueal ou traqueostomia para ventilação mecânica há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas (DGS, 2017; Wei & Yang, 2019; Tanguay et al., 2020). Os fatores de risco para PAV são a entubação prolongada, sedação e bloqueadores neuromusculares, doença de base, nutrição entérica, extremos de idade e aspiração observada (Pinho, 2020).

A DGS emanou uma norma onde define um conjunto de intervenções (*feixes de intervenções* ou *bundles*) que agrupadas e implementadas de forma integrada promovem melhor resultado na prevenção da PAV. A mesma norma determina

realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Categoria IIA) (DGS, Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017, p. 1).


Doentes entubados e ventilados mecanicamente em UCI tem maior risco de desenvolver infeções orais e sistémicas. A colonização oral é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de PAV (Jackson & Owens, 2019; Pinho, 2020; Tanguay et al., 2020). A higiene oral é a forma mais eficaz e de baixo custo para diminuir a colonização por bactérias patogénicas respiratórias (Tanguay et al., 2020).

Burja et al., (2018) reforça que o uso das *bundles* diminui significativamente a incidência de PAV. Este estudo define como *bundles*: elevação da cabeceira elevada > 30°; higiene oral com cloro-hexidina, avaliação diária para extubação, necessidade de inibidores da bomba de prótons, uso de sistemas de aspiração fechados, manutenção da pressão do *cuff* em 25 cm H₂O.

O *Institute for Healthcare Improvement* publicou as *bundles* de prevenção de PAV e definiu cinco aspetos para a sua prevenção: elevar a cabeceira do leito entre 30° e 45°; redução da sedação e preparação diária para extubação; prevenção de úlcera péptica; profilaxia de trombose venosa profunda (a menos que contraindicado) e higiene oral com cloro-hexidina diariamente (IHI, 2012; Wei & Yang, 2019).

A cloro-hexidina é considerada a solução antisséptica mais utilizada para higiene oral em doentes ventilados mecanicamente, sendo comprovada a sua eficácia na redução das taxas de incidência da PAV (DGS, 2017; Dale et al., 2019; Jackson & Owens, 2019; Alecrim et al., 2019; Malhan, et al. 2019; Branco et al., 2020; Cotoia et al.,

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 4/9 |
| | | Revisto em ___/___/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

2020; Zhao et al., 2020; Gershonovitch et al., 2020); de 26% para cerca de 18%, quando comparado ao placebo ou aos cuidados habituais (Zhao et al., 2020); e sem impacto significativo na mortalidade associada (Lee et al., 2019).

A aplicação de cloro-hexidina juntamente com a sucção das secreções orofaríngeas e desbridamento mecânico proporcionou bons resultados na diminuição dos microorganismos patogénicos responsáveis pela PAV (Gershonovitch et al., 2020). Também, a remoção do biofilme dental tem sido considerada importante para prevenir a PAV (Camargo et al., 2019).

Estudos têm demonstrado eficácia na utilização de concentrações baixas de cloro-hexidina (0,20% e 0,12%, em detrimento da concentração de 2%) e sem evidência de lesões da mucosa oral (DGS, 2017; Cotoia et al., 2019; Galhardo et al., 2020; Freitas & Cruz, 2020).


A DGS recomenda a concentração de gluconato de cloro-hexidina a 0,2% para higiene oral de rotina (DGS, 2017).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomenda, no caso específico do doente crítico com COVID-19, cuidados de higiene oral com cloro-hexidina solução oral a 0,12% (SPCI, 2021).

• **Objetivos**

- Promover conforto e bem-estar do doente em contexto de UCI.
- Diminuir a colonização da orofaringe prevenindo infeções respiratórias associadas à ventilação mecânica.
- Uniformizar os cuidados de enfermagem relativos ao procedimento de higiene oral da pessoa em contexto de UCI.

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|
|  Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 5/9 |
| | | Revisto em <u> / / </u> | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

• **Descrição do Procedimento de Enfermagem**

Material necessário:


- Copo
- Água bidestilada estéril
- Gluconato de Cloro-hexidina 0,2% ou 0,12%
- Esponja(s) para higiene oral descartáveis
- Seringa de 20 ml
- Material de aspiração
- Equipamento de proteção individual (EPI's), adequado à via de transmissão: avental ou bata, óculos, máscara e luvas.
- Emoliente
- Compressas esterilizadas

Procedimento de Enfermagem:

- Explicar ao doente o procedimento e pedir consentimento livre e esclarecido (sempre que aplicável);
- Proporcionar privacidade;
- Preparar o equipamento para a realização do procedimento e a solução antisséptica para higienização oral;
- Posicionar o doente com cabeceira elevada (» 30º);
- Inspeccionar a cavidade oral do doente;
- Verificar pressão do Cuff (20 a 30cm H2O), caso apresente TET/TOT ou Traqueostomia;
- Realizar aspiração de secreções naso / orofaringe e/ou supra glóticas;
- Realizar lavagem da cavidade oral:
 - o Escovar os dentes e a língua: ação mecânica com esponja de higiene oral, antisséptico oral (solução oral cloro-hexidina 0,2%), e aspiração;

Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo

Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 6/9 |
| | | Revisto em _/_/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

- Lavar a cavidade oral: antisséptico oral (solução oral cloro-hexidina 0,2%) e aspiração;
- Caso se opte por aplicar cloro-hexidina gel 0,2%
 - Usar uma bisnaga por cada doente
 - Acondicionar após cada utilização
 - Aplicar com uma luva ou esponja limpa
 - Deixar atuar, não remover
- Limpar a boca do doente;
- Aplicar emoliente nos lábios (em SOS);
- Proceder aos registos de enfermagem, por turno.

Situações Específicas:

- Usar, preferencialmente, a solução oral de cloro-hexidina a 0,12%:
 - no doente com infeção por SARS-CoV-2;
 - no doente pós-operatório maxilo-facial.


• **Monitorização / avaliação**

- Realização de higiene oral com cloro-hexidina, pelo menos 3 vezes por dia e em SOS, segundo procedimento descrito.
- Realização dos registos de Enfermagem no Processo de Enfermagem do doente.

• **Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte**

Alecrim, R. et al. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 72(2); p. 521-530. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0473

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Iúlia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> Centro Hospitalar Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 7/9 |
| | | Revisto em ___/___/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

Branco, A. et al. (2020). Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 73 (6): e20190477. doi: 10.1590 / 0034-7167-2019-0477.

Burja, S. et al. (2018). Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP). *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 18(1), 105–109. <https://doi.org/10.17305/bjbms.2017.2278>

Camargo, L. et al. (2019). Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. *Journal of Periodontal Research*; 54(6), p. 601-611. doi: 10.1111/jre.12668.

Cotoia, A. et al. (2020). Pathogenesis-targeted preventive strategies for multidrug resistant ventilator-associated pneumonia: A narrative review. *Microorganisms*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/microorganisms8060821>

Dagnew, Z. et al. (2020). Nurses' attitude towards oral care and their practicing level for hospitalized patients in Orotta National Referral Hospital, Asmara-Eritrea: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 19:63. doi: 10.1186/s12912-020-00457-3.


Dale, C. et al. (2019). Protocol for a multi-centered, stepped wedge, cluster randomized controlled trial of the de-adoption of oral chlorhexidine prophylaxis and implementation of an oral care bundle for mechanically ventilated critically ill patients: The CHORAL study. *Trials*, 20(1), p. 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3673-0>

DGS. (2017). Norma nº 02/2015 atualizada em 30/05/2017: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação". Direção-Geral da Saúde.

Felix, L. (2016). Avaliação do impacto de dois diferentes métodos de higiene oral com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16357/1/2016_dis_lcfelix.pdf


Ferreira, M. & Ferreira, C. (2018). *Intervenções e Procedimentos em Enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 8/9 |
| | | Revisto em _/_/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

- Freitas, L., & Cruz, I. (2020). Prática de enfermagem baseada em evidência sobre autocuidado: higiene oral em UTI--Revisão Sistematizada da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, p. 12(1).
- Galhardo, L. et al. (2020). Impact of oral care and antisepsis on the prevalence of ventilator-associated pneumonia. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 18(2), 331–336. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a44443>
- Gershonovitch, R., et al. (2020). Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva por meio de higiene bucal aprimorada: uma revisão de ensaios clínicos randomizados. *SN medicina clínica abrangente*, p. 1-7. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00319-8>
- IHI (2012). Guia prático: prevenir pneumonia associada ao ventilador. Institute for Healthcare Improvement. Disponível em <http://www.ihl.org/> e <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>
- Jackson L, Owens M. (2019). Does oral care with chlorhexidine reduce ventilator-associated pneumonia in mechanically ventilated adults? *British Journal of Nursing*, 28(11), p. 682-689. doi: 10.12968/bjon.2019.28.11.682.
- Jones, D. et al. (2011). História natural do acúmulo de placa dentária em adultos sob ventilação mecânica: um estudo descritivo correlacional. *Enfermagem de cuidados intensivos e críticos*, 27 (6), p. 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.005>
- Landgraf, A. et al. (2017). Mechanical Ventilation and Cytopathological Changes in the Oral Mucosa. *Am J Crit Care*, 26(4), p. 297-302. doi: 10.4037/ajcc2017218.
- Lee, S. et al. (2019). Chlorhexidine-Related Mortality Rate in Critically Ill Subjects in Intensive Care Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respir Care*, 64(3), p. 337-349. doi: 10.4187/respcare.06434.
- Malhan, et al. (2019). Oral Care and Ventilator-Associated Pneumonia. *American Journal of Therapeutics*; 26(5); p e604-e607 doi: 10.1097 / MJT.0000000000000878
- Needleman. I. et al. (2012). O impacto da hospitalização no acúmulo de placa dentária: um estudo observacional. *Journal of Clinical Periodontology*, 39 (11), p. 1011-

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|--|---|----------------------------|-----------------|
|  <p>Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP</p> | <p>Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos</p> | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 9/9 |
| | | Revisto em _/_/ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

1016. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2012.01939.x>

Pinho, 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Silva, D. et al. (2020). Impact of oral hygiene in patients undergoing mechanical ventilation in the COVID-19 pandemic. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66, p. 96-101. doi: 10.1590/1806-9282.66.S2.96.

SPCI (2021). Abordagem de enfermagem ao doente crítico COVID-19. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em <https://www.spci.pt/enfermagem-covid-19>

Tanguay, A. et al. (2020). Factors influencing oral care in intubated intensive care patients. *Nursing in Critical Care*, 25(1), p. 53–60. <https://doi.org/10.1111/nicc.12456>

Terezakis, E. et al. (2011). The impact of hospitalization on oral health: a systematic review. *Journal of clinical periodontology*, 38(7), p. 628-636. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01727.x.

Tuon, F. et al. (2017). Estudo prospetivo, randomizado e controlado que avaliou a modificação precoce da microbiota oral após admissão na unidade de terapia intensiva e higiene bucal com clorexidina. *J Glob Antimicrob Resist*, 8, p. 159-163. doi: 10.1016 / j.jgar.2016.12.007.

Wei, H. & Yang, K. (2019). Effects of different oral care scrubs on ventilator-associated pneumonia prevention for machinery ventilates patient. *Medicine*, 98(12), e14923. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000014923>

Zhao, T. et al. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 12:CD008367. doi: 10.1002/14651858.CD008367.

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

Anexo XVIII - Justificação para alteração do procedimento: "Higiene oral"



Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos

Procedimentos de Enfermagem

Abril de 2021



Ana Catarina Ferreira, n.º 6132
Carolina Isabel Teixeira S. Costa, n.º 515
Liliana Figueiredo, n.º 908
Natália Almeida L. Figueiredo, n.º 617

Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos

Procedimentos de Enfermagem

Elaborado no âmbito do Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Abril de 2021

Justificação de proposta de alteração de procedimento:

Higiene Oral da Pessoa em contexto de Cuidados Intensivos

A qualidade e segurança dos cuidados é uma preocupação constante da equipa de enfermagem e um propósito fundamental dos serviços de saúde, que visam proporcionar os cuidados necessários ao doente com o intuito de se obter os resultados desejáveis, de forma segura, adequada e eficiente, minimizando os riscos inerentes.

O procedimento atual implementado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) apresenta aspetos passíveis de melhoria, com impacto na eficiência dos cuidados de enfermagem e na redução dos custos associados, uma vez que:

- exige repetição das etapas da técnica de higiene oral, de 8/8h e em SOS (duplo procedimento: implica lavagem da boca/escovação dos dentes e aplicação de cloro-hexidina 0,2%, gel, bisnaga), e, conseqüentemente, mais tempo despendido na prestação de cuidados de higiene oral;

- utiliza a solução cloridrato de benzidamina para lavagem da cavidade oral em detrimento da solução antisséptica recomendada pela Norma da DGS (2017);

- da análise realizada do custo dos produtos farmacêuticos utilizados no procedimento da higiene oral, verificou-se um custo de 7,64 euros para o procedimento atual (solução cloridrato de benzidamina 240ml (Tantum Verde Elixir) – 2,62euros; e cloro-hexidina gel bisnaga – 5,02euros).

Comparativamente, o procedimento proposto apresenta algumas vantagens, dado que exige apenas uma etapa da técnica de higiene oral, de 8/8h e em SOS; é eficaz na redução da taxa de incidência infeção; utiliza para lavagem da cavidade oral a solução recomendada pela Direção-Geral da Saúde (*"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*); e é mais económico, sendo o custo da solução oral de cloro-hexidina 0,12% de 500ml (dobro do volume) de 5,96euros.

A cloro-hexidina é considerada, pela evidência científica, a solução antisséptica mais utilizada para higiene oral em doentes ventilados mecanicamente, sendo comprovada a sua eficácia na redução das taxas de incidência da Pneumonia Associada à Ventilação mecânica.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomendam a realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% (DGS, 2017), ou cloro-hexidina solução oral a 0,12% (SPCI, 2021), respetivamente.

Pelos aspetos mencionados, consideramos pertinentes as sugestões constantes no procedimento elaborado.

Tem como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados eficientes, recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente; dando cumprimento às normas da DGS (2017).

Anexo XIX - Procedimento: "Transporte intra-hospitalar do Doente Crítico: Lista de verificação para transporte do doente para realização de MCDT's

| | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|
|  Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 1/6 |
| | | Revisto em <u> / / </u> | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

- **Âmbito**

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

- **Responsabilidade pela implementação**

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

- **Fundamentos**

O doente crítico é a pessoa que tem a "vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Ordem Enfermeiros, 2018).

O transporte intra-hospitalar é o encaminhamento temporário ou definitivo de doentes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar, para fins diagnósticos ou terapêuticos. Por ser uma atividade complexa, deve assegurar a preservação das condições clínicas durante todo o trajeto do procedimento (Pedreira et al., 2014).

O transporte intra-hospitalar do doente crítico é uma decisão de caráter clínica que deve ser assumida pelo médico responsável, ou por um elemento da equipa por ele delegado, representando um procedimento comum para os profissionais, sendo frequentemente desvalorizado. Cabe ao enfermeiro responsável pelo doente garantir a segurança da transferência.

Sendo uma realidade inevitável, acarreta um conjunto de riscos que podem pôr em causa a segurança do doente, não só por se tratar de um transporte, mas também pela natureza do doente crítico que está mais vulnerável aos eventos adversos, instabilidade e agravamento do estado clínico (Canellas et al., 2020).

A decisão de transportar um doente crítico deve ser baseada na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos potenciais, essencialmente fundamentado na

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
|  <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 2/6 |
| | | Revisto em <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

necessidade de tecnologias ou especialidades não disponíveis no local em que se encontra.


O acompanhamento durante o transporte requer o mesmo nível de monitorização hemodinâmica recebido na unidade de origem, incluindo monitorização do traçado eletrocardiográfico, oximetria de pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e situação clínica (Pedreira et al., 2014). O princípio da transferência intra-hospitalar visa manter o ótimo atendimento do doente, no percurso e no serviço de destino, e como tal, é importante prever os eventos adversos e aplicar protocolos adaptados com o intuito de melhorar a qualidade (Ismail et al., 2020).

Os eventos adversos que ocorrem no transporte estão essencialmente relacionados com a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação. Em relação à falha dos equipamentos, as principais complicações estão relacionadas com equipamentos de ventilação (desconexão, balas de oxigénio vazias); equipamentos de perfusão (*términus* da bateria, *terminus* dos fármacos sem a possibilidade imediata de reposição); equipamentos de monitorização (mau funcionamento, término de bateria); acesso intravenoso (desconexão, preenchimento/tamanho inadequado das linhas, dificuldade em administrar os fluidos durante o transporte) (Pires et al., 2015).

Transportar o doente crítico de forma segura significa melhorar a comunicação entre as equipas, padronizar as ações e equipamentos utilizados por meio de protocolos e identificar intercorrências para obter excelência no atendimento durante o transporte (Pires et al., 2015).

Estudos realizados encontraram benefícios na introdução de lista de verificação e check-list (Bérubé et al., 2013; Ash et al., 2015). Da análise pré e pós implementação destas medidas, verificou-se uma redução absoluta de 20% nos incidentes de transporte, estatisticamente significativa em três áreas: necessidade de medicação de emergência, falha do monitor e dificuldades com a mobilização do doente (Bérubé et al., 2013); e diminuição significativa dos distúrbios fisiológicos durante o transporte (73,2% vs 39,6%, $p < 0,001$), assim como os eventos adversos relacionados ao equipamento (47,1% vs 15,7%, $p < 0,05$) (Ash et al., 2015).

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> Centro Hospitalar Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 3/6 |
| | | Revisto em ___/___/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

Segundo as *guidelines* concebidas pela *Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine*, as check-lists devem ser usadas de forma a garantir toda a preparação necessária para cada etapa do transporte (Intensive Care Society, 2019).

A implementação de check-lists ajudam a melhorar a segurança do transporte, permitindo a uniformização das ações, a promoção do cuidado baseado na evidência, a melhoria da comunicação, o uso adequado de equipamentos e a minimização dos erros.

O sucesso no transporte intra-hospitalar depende diretamente do planeamento e da atuação organizada da equipa multiprofissional, bem como da escolha de equipamentos adequados para o transporte.

Transportar um doente crítico de forma segura significa melhorar a comunicação entre as equipas, padronizar as ações e equipamentos utilizados por meio de protocolos e identificar intercorrências para obter excelência no transporte e do cuidar.

• **Objetivos**

- Uniformizar os procedimentos de enfermagem na preparação do transporte do doente crítico.
- Minimizar riscos subjacentes à instabilidade que caracteriza o transporte do doente crítico.
- Garantir a segurança e o bem-estar do doente crítico durante o transporte e após a sua realização.
- Minimizar as repercussões fisiológicas e psicológicas desencadeadas por resposta ao *stress*.
- Diminuir a incidência de complicações associadas ao transporte do doente crítico.
- Uniformizar níveis de vigilância e monitorização de enfermagem.

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 4/6 |
| | | Revisto em ___/___/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

• **Descrição do Procedimento de Enfermagem**

Procedimento de Enfermagem:

Antes do transporte:

- Preenchimento da check-list de verificação para transporte intra-hospitalar do doente para realização de exames, conforme folha anexa.

Após o transporte:

- Registo de intercorrências.
- Atualizar e registar a TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) no processo de enfermagem do doente.
- Arquivar check-list de verificação no processo de enfermagem do doente.

• **Monitorização / avaliação**

- Realização dos registos de Enfermagem no Processo de Enfermagem do doente.

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.ª Paulo Gilva |
|--|---|

| | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|
|  CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 5/6 |
| | | Revisto em <u> / / </u> | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

• **Bibliografia de suporte**

Almeida, A. et al. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta paul. Enferm*, 25(3), p. 471-476. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>.

Ash, A. et al. (2015). Impact of a transport check-list on adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients. *Australian Critical Care*, 28(1), p. 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.10.033>.

Bérubé, M. et al. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 29(1), p. 9-19. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.001.


Canellas, M. et al. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermeria Global*, 19(4), 557–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>

Intensive Care Society. (2019). *Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult*. 1–40. Disponível em www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019

Ismail, M. et al. (2020). Study on the incidence of adverse events during intrahospital transfer of critical care patients from emergency department. *Med J Malaysia*, 75(4), p. 325-330. Disponível em <http://www.e-mjm.org/2020/v75n4/intra-hospital-transfer.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 429/2018 (2018, julho 16) – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista 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 Peri-operatória e na Área de Enfermagem

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Lillana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

| | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|
|  <p> CENTRO HOSPITALAR Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP </p> | Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 6/6 |
| | | Revisto em _/_/___ | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |

à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República: II Série, nº 135, p.19359-19370.

Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Pedreira, L. et al. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do doente crítico. Revista Enfermagem UERJ, 22(4), p. 533–539. Disponível em

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/4142/11649>

Pires, A. et al. (2015). Transporte seguro de doentes críticos. Revista Rede de Cuidados Em Saúde, 9(2), 1–4.

Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/2531>

Teles, M. et al. (2018). Protocolo para transporte intra-hospitalar de doentes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. Revista de Medicina Da UFC, 58(4), p. 83. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2018v58n4p83-89>

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Líliliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Molta, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

Anexo XX - Lista de verificação para transporte do Doente para realização de MCDT's (Provisória)

Nome: _____ N.º Processo: _____ N.º Cama _____
 Serviço de Origem: _____ Serviço de Destino: _____
 Médico Responsável: _____ n.º Ordem: _____
 Enfermeiro Responsável: _____ n.º Ordem: _____
 Dia da transferência: _____ Hora de saída: _____ Hora de chegada: _____


Diagnóstico: _____
 Antecedentes: _____
 Alergias: _____ Jejum? _____ há _____ horas

| IDENTIFICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA |
|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmação da identificação do doente (pulseira e processo) |
| <input type="checkbox"/> Confirmação do serviço de destino e do médico, enfermeiro ou técnico que recebe o doente |
| <input type="checkbox"/> Confirmação do Processo do Doente ou da Requisição de MCDT's |
| AVALIAÇÃO DO DOENTE |
| <input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no serviço de origem |
| <input type="checkbox"/> História Clínica |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais |
| <input type="checkbox"/> Motivo da transferência |
| <input type="checkbox"/> Nota de transferência |
| <input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes |
| <input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico |
| OBSERVAÇÃO DO DOENTE |
| A – VIA AÉREA |
| <input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter via aérea durante o tempo previsto para transporte |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea |
| <input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível do tubo e Rx pós-entubação |
| <input type="checkbox"/> Excluída possibilidade de entubação traqueal |
| <input type="checkbox"/> Limpeza da via aérea |
| B – VENTILAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> Oxigénio suplementar Óculos nasais _____ litros/min Máscara: FiO2 _____ % |
| <input type="checkbox"/> Ventilação artificial: Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp/min _____ FiO2 _____ % Peep _____ |
| <input type="checkbox"/> Gasimetria à saída: pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ FiO2 _____ % Bicarbonato _____ |
| C – HEMODINÂMICA |
| <input type="checkbox"/> FC _____ bat/min TAS _____ mmHg TAD _____ mmHg TAM _____ mmHg |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia ativa na última hora? Perda estimada? _____ ml |
| <input type="checkbox"/> Suporte transfusional? Qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Acesso vascular: Acessos periféricos ___G/___G Cateter central _____ G Linha arterial _____ |
| <input type="checkbox"/> Débito urinário/hora (última hora) _____ ml/h |
| <input type="checkbox"/> Drenos fixos e seguros, clampados se aplicável |
| <input type="checkbox"/> Fármacos em perfusão: Relaxantes musculares: _____ a _____ ml/h Sedativos: _____ a _____ ml/h _____ a _____ ml/h Analgésicos: _____ a _____ ml/h _____ a _____ ml/h Aminas vasoativas: _____ a _____ ml/h Outros: _____ a _____ ml/h _____ a _____ ml/h |
| D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA |
| <input type="checkbox"/> Convulsão na última hora |
| <input type="checkbox"/> G.C.S. ___ O ___ V ___ M ___ |
| <input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intracraniana |
| <input type="checkbox"/> Pupilas: Diâmetro _____ mm Fotoreatividade _____ |
| <input type="checkbox"/> RASS _____ |
| <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora _____ |
| E – TRAUMA |
| <input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada |
| <input type="checkbox"/> Excluída a presença de pneumotórax ou hemotórax |
| <input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal / pélvica |
| <input type="checkbox"/> Imobilização de ossos longos / bacia |
| F – AVALIAÇÃO LABORATORIAL |
| <input type="checkbox"/> Hgb /Hct _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Na+ _____ mEq/L |
| <input type="checkbox"/> K+ _____ mEq/L |
| <input type="checkbox"/> Glicemia _____ mg/dl |
| G – MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (últimos valores) |
| <input type="checkbox"/> ECG _____ FC _____ bat/min |
| <input type="checkbox"/> TA ___/___ mmHg TA média ___ mmHg |
| <input type="checkbox"/> FR ___ c/min SaO2 ___ mmHg ETCO2 _____ |
| <input type="checkbox"/> T _____ °C Outros _____ |
| H – VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> Reserva de O2: $O_2 \text{ necessário} = (20 + V_{\text{min}}) \times (FIO_2) \times (\text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$ |
| <input type="checkbox"/> Ambu com reservatório e tubo de O2, filtro e máscara |
| <input type="checkbox"/> Monitor Desfibrilhador com "pacemaker" (com carga adequada ao tempo de transporte) |
| <input type="checkbox"/> Equipamentos de perfusão (com carga adequada ao tempo de transporte) |
| <input type="checkbox"/> Mala de transporte (material de via aérea e fármacos) |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Linhas de perfusão (com comprimento suficiente – 2,5mts) |
| INÍCIO DO TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória (Teste e calibração do ventilador de transporte) |
| <input type="checkbox"/> Mudança de equipamento de perfusão |
| <input type="checkbox"/> Mudança de monitorização |
| <input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas |
| <input type="checkbox"/> Tapar o doente |
| <input type="checkbox"/> Fixação correta do equipamento |
| <input type="checkbox"/> Confirmação de que aguardam o doente no serviço de destino antes da partida |
| <input type="checkbox"/> Conhecimento do conteúdo do material de emergência dentro da mala de transporte |
| <input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço |
| DURANTE O TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> Registrar parâmetros |
| <input type="checkbox"/> Registrar terapêutica / intervenções efetuadas e hora |
| <input type="checkbox"/> Regista hora de saída e hora de chegada |
| ENTREGA DO DOENTE NO SERVIÇO DE DESTINO |
| <input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes |
| <input type="checkbox"/> Motivo da transferência |
| <input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e terapêuticas durante o transporte |
| <input type="checkbox"/> Entrega do processo clínico, exames complementares e dados administrativos |
| <input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do profissional que o recebeu _____ n.º Ordem _____ |
| <input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte _____ |
| REGRESSO AO SERVIÇO DE ORIGEM |
| <input type="checkbox"/> Informar responsável de turno do resultado do transporte |
| <input type="checkbox"/> Trocar o equipamento de transporte e reportar falhas |
| <input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo |

Anexo XXI - Lista de verificação para transporte do Doente para realização de MCDT's

| | | | |
|--|---|----------------------------|-----------------|
|  Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE UCIP | Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's | Elaborado em 27/04/2021 | Folha 1/1 |
| | | Revisto em <u> / / </u> | Edição N.º 1 |
| | | IT.PQ.04. 11 | |



IDENTIFICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Confirmar a existência de pulseira |
| <input type="checkbox"/> | Confirmar com o serviço de destino a hora e o local |
| <input type="checkbox"/> | Requisição de MCDT's |

CUIDADOS A TER NO TRANSPORTE

VIA AÉREA E VENTILAÇÃO

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Verificar nível do TOT e pressão do Cuff antes de iniciar transporte |
| <input type="checkbox"/> | Aspirar secreções (SOS) |
| <input type="checkbox"/> | Bala de O ₂ com capacidade |
| <input type="checkbox"/> | Providenciar ventilador de transporte (testar e calibrar) e colocar parâmetros |
| <input type="checkbox"/> | Providenciar insuflador manual com reservatório e tubo de O ₂ , filtro e máscara |
| <input type="checkbox"/> | Providenciar estetoscópio |

HEMODINÂMICA

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Assegurar perfusões e soros em quantidade adequada |
| <input type="checkbox"/> | Preparar medicação de prevenção prescrita pelo médico (ex. Rocurónio) |
| <input type="checkbox"/> | Providenciar monitor de transporte |
| <input type="checkbox"/> | Pressão Arterial Invasiva: fixar o transdutor no braço ipsilateral, repor o "Zero" |

TRAUMA

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Colar cervical |
| <input type="checkbox"/> | Providenciar plano duro (se indicado) |
| <input type="checkbox"/> | Drenos: assegurar cuidados e fixar |

JEJUM

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jejum |
| <input type="checkbox"/> | Colocar SNG em drenagem livre |

TRANSPORTE/ MATERIAL

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Confirmar baterias dos equipamentos |
| <input type="checkbox"/> | Mudar os equipamentos de perfusão para um suporte de transporte |
| <input type="checkbox"/> | Linhas de perfusão (2,5mts / 6mts se RMN) |
| <input type="checkbox"/> | Fixação redundante de tubos e linhas |
| <input type="checkbox"/> | Doente adequadamente tapado e retirar material da cama desnecessário (ex. almofadas) |
| <input type="checkbox"/> | Mala de transporte |

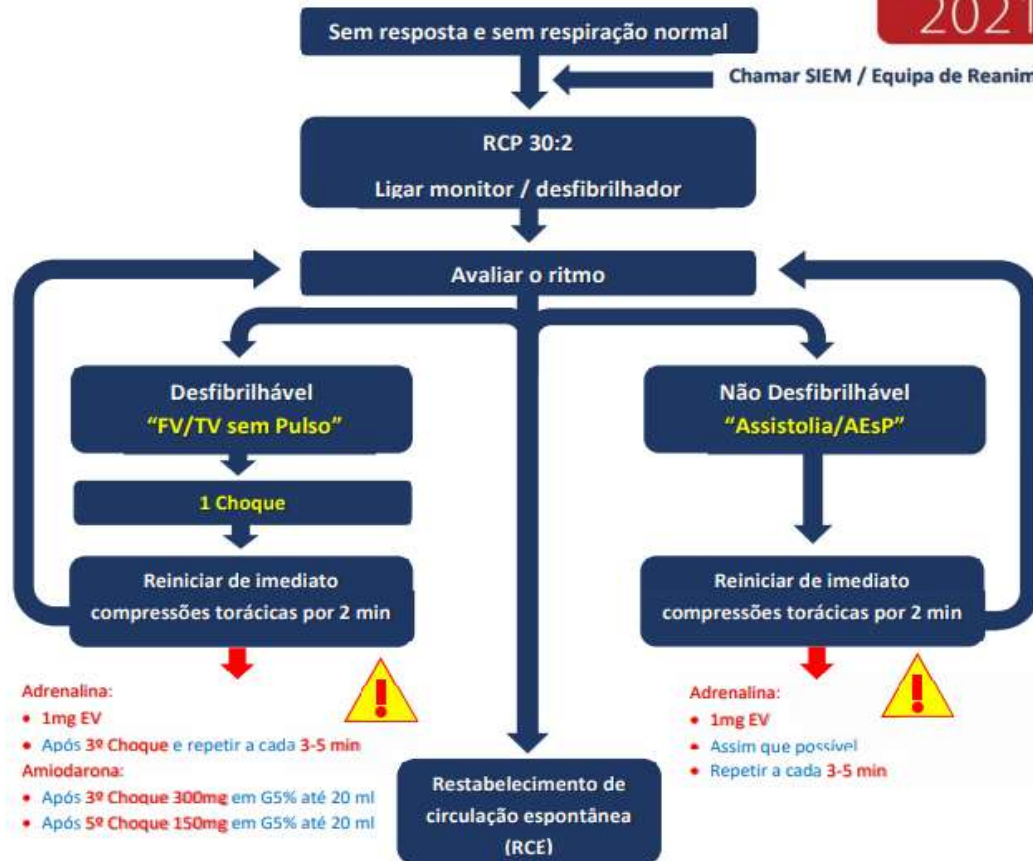
REGISTOS E AVALIAÇÃO

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Registo no processo do doente e no TISS |
| <input type="checkbox"/> | Informar responsável de turno da transferência |
| <input type="checkbox"/> | Trocar equipamento de transporte, providenciar descontaminação e reportar incidentes |
| <input type="checkbox"/> | Verificar nível do TOT e pressão do CUFF |
| <input type="checkbox"/> | Repor mala de transporte e selo |

| | |
|--|---|
| Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo | Revisto por: Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.ª Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva |
|--|---|

Anexo XXII - Póster: "Suporte Avançado de Vida"

Suporte Avançado de Vida



Assegurar compressões torácicas de alta qualidade e:

- Administrar oxigénio
- Utilizar capnografia
- Compressões contínuas se via aérea avançada
- Minimizar interrupções nas compressões
- Acesso endovenoso ou intraósseo
- Administrar adrenalina a cada 3-5 min
- Administrar amiodarona após 3 choques
- Identificar e tratar causas reversíveis

Identificar e tratar causas reversíveis:

- Hipóxia
- Hipovolémia
- Hipo-/hipercaliémia/alterações Metabólicas
- Hipo-/hipertermia
- Trombose - coronária ou pulmonar
- Pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Tóxicos

Considerar uso de imagem de ultrassom para identificar causas reversíveis

Considerar:

- Angiografia coronária/Intervenção coronária percutânea
- Compressões torácicas mecânicas para facilitar transferência/tratamento
- RCP extra corporal

Medidas pós RCE:

- Abordagem ABCDE
- Oxigénio para SpO₂ 94-98% e PaCO₂ normal
- ECG 12 derivações
- Identificar e tratar a causa
- Gerir temperatura alvo

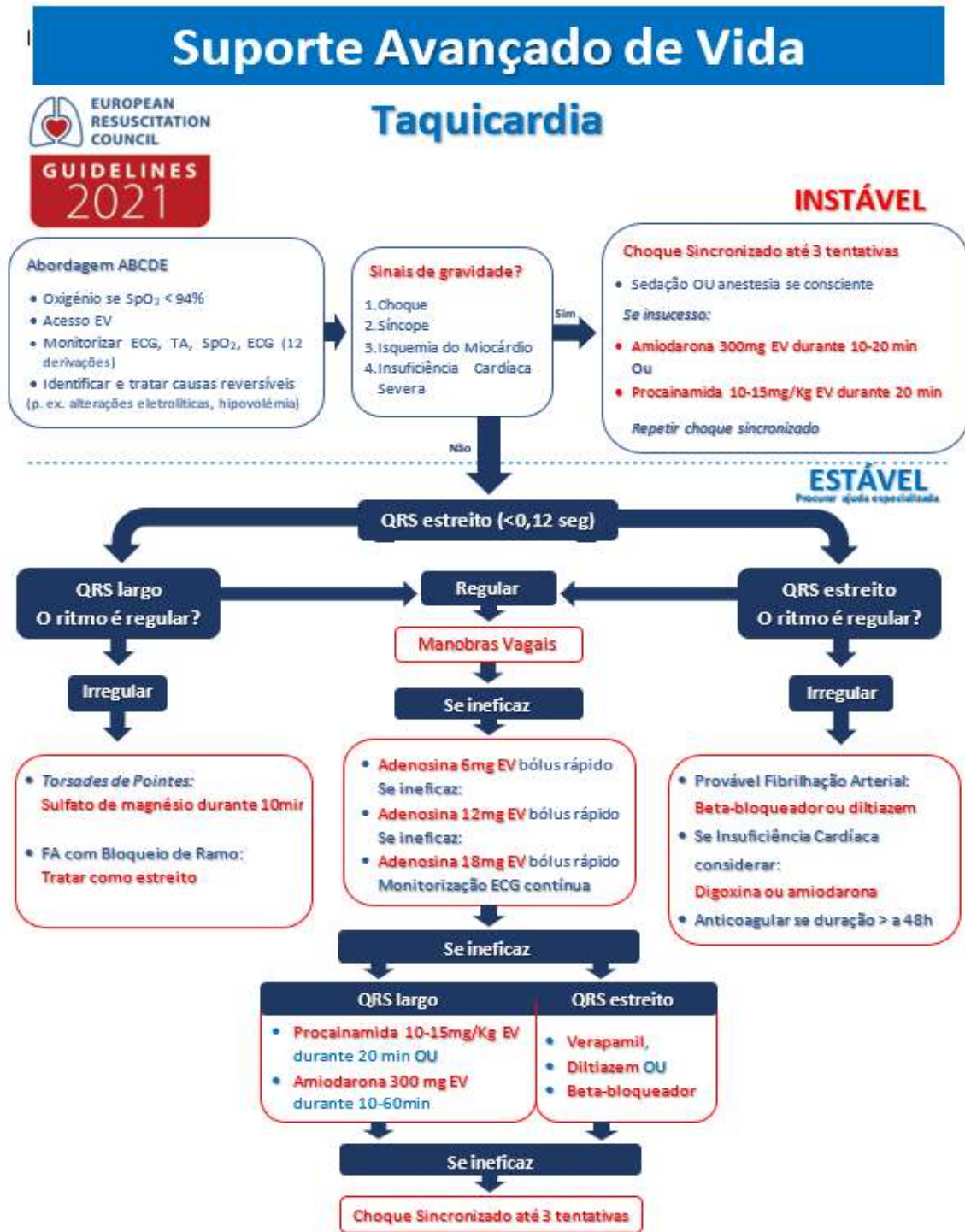
Algoritmo do Suporte Avançado de Vida, adaptado do ERC. ABCDE: via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição. AEsP: Atividade elétrica sem pulso. ECG: eletrocardiograma. EV: endovenoso. ERC: European Resuscitation Council. FV: Fibrilhação ventricular. G5%: Glicose a 5%. PaCO₂: Pressão arterial parcial de dióxido de carbono. RCE: Restabelecimento da circulação espontânea. RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar. SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica. SpO₂: Saturação periférica de oxigénio. TV: Taquicardia ventricular.

Elaborado por: Ana Casarim Ferreira, Carolina Costa, Uliana Figueiredo, Natalia Figueiredo,

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Abril de 2021, com orientação de Enf.º Armando Ribeiro, Enf.º Jorge Moita, Enf.º Lúcia Prior, Enf.º Paulo Silva

Bibliografia: J. Soar, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support, Resuscitation (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Anexo XXIII - Póster: "Taquicardia"



Algoritmo de Taquicardia, adaptado do ERC. ABCDE: via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição. ECG: European Resuscitation Council. EV: endovenoso. FA: Fibrilhação Atrial. SpO₂: saturação periférica de oxigénio. TA: tensão arterial.

Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Ulisses Figueiredo, Natália Figueiredo, 7^o Curso de Medicina em Enfermagem Médica-Cirúrgica e 8^o Curso de Pós-graduação em Enfermagem Médica-Cirúrgica, Abril de 2021, com orientação de Inf.^o Américo Ribeiro, Inf.^o Jorge Neto, Inf.^o Lúcia Pinó, Inf.^o Paulo Silva

Fonte: J. Soar, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Anexo XXIV - Póster: "Bradicardia"

Suporte Avançado de Vida

Bradicardia



Abordagem ABCDE

- Oxigénio se $SpO_2 < 94\%$ e obter acesso EV
- Monitorizar ECG, TA, SpO_2 , ECG 12 derivações
- Identificar e tratar causas reversíveis (p. ex. alterações eletrolíticas, hipovolémia)

Sinais de gravidade?

1. Choque
2. Síncope
3. Isquemia do Miocárdio
4. Insuficiência Cardíaca severa

Sim

Atropina 500 mcg EV

Não

Resposta satisfatória?

Sim

Não

Risco de assistolia?

1. Assistolia recente
2. BAV Mobitz tipo II
3. BAV completo com QRS largos
4. Pausas ventriculares > 3 seg

Sim

Não

Vigiar

Considerar medidas intermédias:

- Atropina 500 mcg EV, repetir até ao máximo de 3 mg
 - Isoprenalina 5 mcg min^{-1} EV
 - Adrenalina 2 a 10 mcg min^{-1} EV
 - Fármacos alternativos*
- E/OU
- Pacing Transcutâneo

Pedir ajuda especializada para Pacing EV

*Fármacos alternativos

- Aminofilina
- Dopamina
- Glucagon (se bradicardia causada por beta-bloqueadores ou bloqueadores dos canais de Cálcio)
- Glicopirrolato (pode substituir a atropina)

Algoritmo de Bradicardia, adaptado do ERC. ABCDE: via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição. BAV: Bloqueio aurículo-ventricular. ERC: European Resuscitation Council. ECG: eletrocardiograma. EV: endovenosa. SpO_2 : saturação periférica de oxigénio. TA: tensão arterial.

Elaborado por: Ana Catarina Ferreira, Carolina Costa, Liliana Figueiredo, Natália Figueiredo,

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Abril de 2021, com orientação de: Enl.º Armando Ribeiro, Enl.º Jorge Maia, Enl.º Lúcia Prior, Enl.º Paulo Silva

Fonte: J. Soar, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support, Resuscitation (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

