



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOSÉ DE CLUNY

CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: do contexto de urgência ao contexto de cuidados intensivos coronários

Rubina Lara Camacho Fernandes

**Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular
Relatório para obtenção de grau mestre**

2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Funchal, 2018

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOSÉ DE
CLUNY**

**CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA: do contexto de urgência ao
contexto de cuidados intensivos coronários**

Rubina Lara Camacho Fernandes

Docente: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

**Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular
Relatório para a obtenção de grau de mestre
2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Funchal, 2018

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que fosse possível esta aventura.

À Professora Doutora Merícia Bettencourt pelo apoio, orientação e motivação.

Aos enfermeiros tutores, enfermeiro Luís Miguel Rodrigues, enfermeira Gisela Teixeira e enfermeira Arménia Sobrinho pela partilha de conhecimentos e de saberes.

Aos colegas desta caminhada.

Aos meus amigos e à minha família.

E a ti Paulo!

A todos, um muito obrigado!

RESUMO

A essência da profissão de enfermagem é o cuidar. Um cuidar onde, não só são exigidos os conhecimentos técnicos e científicos, mas também os que nos capacitam para os cuidados relacionais, humanos e éticos.

Com o propósito de ser e fazer melhor, procurando o aperfeiçoamento das minhas competências, bem como o desenvolvimento de conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e éticos decidi ingressar no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

A elaboração deste relatório é o culminar de todas as experiências vividas, e tem como objetivo relatar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos dezoito meses de curso. Foi utilizada uma metodologia descritiva, crítico-reflexiva e fundamentada na evidência científica, realçando o caminho percorrido ao longo do estágio realizado em três contextos distintos, tendo como destaque a abordagem à pessoa em situação crítica.

Neste relatório, são apresentadas, fundamentadas e discutidas as competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas, relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e às aprendizagens profissionais. É, também, dada ênfase ao desenvolvimento das competências específicas no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, das respostas em situações de catástrofe e na prevenção da infeção.

Este percurso académico permitiu-me, igualmente, desenvolver as competências indicadas para o segundo ciclo do ensino superior, preconizadas pelo Processo de Bolonha. Estas concretizaram-se através da demonstração de conhecimentos e capacidade de compreensão em diferentes situações complexas e não familiares, pela análise crítico-reflexiva e a utilização de modelos de tomada de decisão. Desenvolvi, igualmente, a capacidade de comunicação, expondo o resultado da pesquisa para fundamentar o projeto de autoformação. A elaboração deste projeto e o seu relatório contribuíram para a minha autonomização no delinear da minha formação atual e futura.

A construção de uma identidade pessoal e profissional mais sólida, assente em competências técnicas, científicas, relacionais, humanas e éticas, altamente diferenciadas, proporcionar-me-ão maior segurança nos cuidados e respostas cabais às pessoas ao meu cuidado.

Descritores: Enfermagem Médico-cirúrgica; Competências; Doente crítico

ABSTRACT

The essence of the nursing profession is caring. A care where not only technical and scientific knowledge are demanded but also those that enable us for relational, human and ethical care are required.

In order to be and do better, seeking to improve my skills, as well as the development of scientific, technical, relational and ethical knowledge I decided to join the 2nd Masters course in Medical-Surgical Nursing at the São José de Cluny Nursing School.

The preparation of this article is the culmination of all the experiences and aims to report the skills acquired and developed over the eighteen months of the course. A descriptive, critical-reflexive methodology based on scientific evidence was used, highlighting the path taken along the internships carried out in three distinct contexts, with emphasis on the approach to the person in critical situation.

In this report, the common specialist nurse competences developed, related to professional, ethical and legal responsibility, continuous improvement of quality, management of care and professional learning are presented, substantiated and discussed. Emphasis is also placed on the development of specific skills in the area of care for the individual experiencing complex processes of critical illness, responses in catastrophic situations and prevention of infection.

This academic course has also allowed me to develop the competences indicated for the second cycle of higher education, as recommended by the Bologna Process. These materialize through the demonstration of knowledge and ability to understand in different complex and unfamiliar situations, by the critical-reflexive analysis and by the use of decision-making models, I strengthened my decision-making ability. I developed the communication capacity, exposing the result of a research to support the self-training project. The preparation of this project and its report contributed to my autonomization in the delineation of my current and future formation.

Building a more solid personal and professional identity based on highly differentiated technical, scientific, relational, human, and ethical skills will provide me with greater security in the care and responsiveness of the people in my care.

Key-words: Medical-surgical nursing; Skill; Critically ill

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA- Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

APACHE – Acute Physiology And Chronic Health Evaluation

AVC- Acidentes Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CI – Cuidados Intensivos

CVC – Cateter Venoso Central

GCPPCIRA – Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

MRSA – Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

p- página

PIC – Pressão Intra Craniana

pp- paginas

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PVC- Pressão Venosa Central

RAM – Região Autónoma da Madeira

SAPS – Simplified Acute Physiology Score

SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial

SO – Sala de Observação

SU- Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UTIC – Unidade de Tratamento Intensivo Coronário

VV- Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.	19
1.1 Cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica.	22
1.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.	49
1.3 Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade da respostas em tempo útil e adequado.	51
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	59
2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	61
2.2 Domínio da melhoria da qualidade	68
2.3 Domínio da gestão de cuidados.....	75
2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissional.....	78
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	83
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

INTRODUÇÃO

Segundo Smeltzer, Bare, Hinkle, e Cheever (2011) as definições de enfermagem têm evoluído ao longo do tempo. A enfermagem tem sido descrita como uma arte mas, cada vez mais como uma ciência.

A American Nurses Association, citada por Smeltzer et al. (2011) definiu enfermagem como o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas à saúde e à doença, e identifica vários fenômenos como focos de atenção, que vão desde os processos de autocuidado, processos fisiológicos e fisiopatológicos, passando pelo conforto, dor e desconforto e pelos processos de transição ao longo do ciclo de vida.

Assim, podemos afirmar que a essência da profissão de enfermagem é o cuidar. Um cuidar onde, não só são exigidos os conhecimentos técnicos e científicos, mas também os que nos capacitam para os cuidados relacionais, humanos e éticos.

Com o propósito de ser e fazer melhor, procurando o aperfeiçoamento das minhas competências, bem como o aprofundamento de conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e éticos numa área específica da prestação de cuidados de enfermagem, decidi ingressar no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Fundamentar a prática baseada na evidência, segundo a perspectiva de Graig e Smyth (2003) “ não só faz fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” para que se obtenha mais resultados benéficos do que nocivos” (p.4).

A elaboração deste relatório surge no âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na unidade curricular intitulada Relatório de Estágio, tendo como professor orientador a Professora Doutora Merícia Bettencourt. É o culminar de todas as experiências vividas, bem como dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo destes dezoito meses, procurando enquadrá-los nas competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Recorro a uma metodologia descritiva, crítico – reflexiva, fundamentada na evidência científica, onde saliento o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica focando as suas três grandes áreas de atuação: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi vítimas, da conceção à ação e na maximização na intervenção da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em

situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas. As competências comuns do enfermeiro especialista, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão de cuidados e por fim do domínio das aprendizagens profissionais são, igualmente, alvo de referência.

Os objetivos deste relatório visam realçar todo o caminho percorrido ao longo dos estágios realizados em contextos específicos, os objetivos traçados para cada um deles e as atividades desenvolvidas, culminando na realização de uma análise crítico - reflexiva sobre o percurso realizado de forma a adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica em relação à pessoa em situação crítica, bem como as competências inerentes ao segundo ciclo de formação superior e a consequente obtenção de grau de mestre, após discussão pública deste mesmo relatório.

Segundo os descritores de Dublin para a obtenção deste grau académico é necessário atingir as seguintes capacidades: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e por fim competências de autoaprendizagem. Estas capacidades vão de, alguma forma ao encontro com o que é exigido ao enfermeiro especialista em Portugal.

Os estágios realizados, no serviço de urgência, nos cuidados intensivos polivalentes e por fim na unidade de tratamento intensivo coronário (UTIC), a minha área de opção, foram realizados no hospital Drº Nélio Mendonça.

A estruturação deste trabalho é composta pela introdução, pela descrição e análise das competências adquiridas e desenvolvidas específicas e comuns do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica face à pessoa em situação crítica. No capítulo três faço uma análise sobre o desenvolvimento das competências de mestre. Finalizo com as principais conclusões, onde saliento as mudanças verificadas através de todo este processo de aquisição de competências.

O método utilizado para a elaboração deste relatório foi a mobilização de todas as atividades desenvolvidas durante o estágio, tendo em vista atingir os objetivos delineados, a sua análise e discussão à luz das recomendações das boas práticas e da evidência científica. A pesquisa bibliográfica e científica em base de dados eletrónicas e na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Universidade da Madeira e no Arquivo Regional da Região Autónoma da Madeira (RAM), constituiu uma estratégia fundamental.

Para a elaboração deste relatório são utilizadas as normas para a elaboração de trabalhos preconizado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, que são as normas da American Psychological Association (APA).

**CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS
ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Segundo o Regulamento nº 122/2011 intitulado “Regulamento das competências do enfermeiro especialista”, enfermeiro especialista é aquele que “possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p.8648).

Por sua vez e segundo o Regulamento nº 124/2011, que nos fala das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Médico- Cirúrgica, o doente crítico é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência da falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656). Neste sentido, o enfermeiro especialista presta cuidados especializados, qualificados, de forma contínua permitindo a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com vista à recuperação total dos doentes.

Por outro lado, Mendonça (2009) assegura que a “saúde, inserida nos novos contextos, exige profissionais detentores de competências multi dimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. Os enfermeiros, atores deste processo dinâmico e progressivamente evolutivo, aplicam saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos” (p.51). Salaria ainda que a “formação e desenvolvimento profissional, apontam para a necessidade do indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício” (p.51).

Assim, de forma a direcionar o percurso no sentido da obtenção de competências diferenciadas e a progredir no meu desenvolvimento profissional, ao longo dos estágios efetuados elaborei um plano para cada um deles, os quais continham os meus objetivos, as atividades e estratégias a adotar de forma a adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Competência profissional é definida como a “capacidade de utilizar as nossas capacidades/perícias clínicas e experiência passada para rapidamente identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada doente, os riscos e benefícios individuais e intervenções potenciais, e os seus valores e expectativas pessoais” (Sackett et al 2000, citado por Graig & Smyth, 2003, p. 9).

Desta forma ao longo deste capítulo farei uma reflexão sobre as experiências vividas e sobre as competências adquiridas ao longo dos três contextos de estágios efetuados.

O meu percurso iniciou-se com a prática clínica I – serviço de urgência, seguiu-se a prática clínica II- Cuidados intensivos polivalentes e por fim a prática clínica III – Unidade de tratamento intensivo coronário.

Assim, relativamente à competência “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” esta possui seis unidades de competência, as quais irei explorá-las de forma a salientar como adquiri e desenvolvi estas mesmas unidades de competência atingindo assim a competência em análise.

1.1 Cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica

O cuidado da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e emergente inicia-se muitas vezes com a sua entrada no serviço de urgência (SU), ao qual recorrem por uma variedade de motivos. Aqui inicia-se a prestação de cuidados à pessoa em situação urgente e/ou emergente bem como na antecipação da instabilidade e/ou risco de falência orgânica.

O serviço de urgência é a porta de entrada da maioria dos doentes que recorrem ao hospital. Segundo Patrick (2011), a enfermagem de urgência é definida como a prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações da saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não diagnosticadas ou que requerem outras intervenções” (p.4).

O enfermeiro de urgência presta cuidados a uma diversidade populacional, com diferentes idades, diferentes patologias, e por essa razão é-lhe exigido um vasto conhecimento técnico, científico e humano. Por esse motivo, cada vez mais são exigidas competências específicas e especializadas para o cuidado a estes doentes, para que as respostas às suas necessidades sejam as mais adequadas à sua situação.

Essas exigências são logo impostas na triagem. Na urgência do Hospital Dr.º Nélio Mendonça, um serviço de urgência polivalente, é utilizado o método de Sistema de Triagem de Manchester. Este serviço possui quatro vias verdes a Via Verde (VV) do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Via Verde do Trauma, a Via Verde da Sepsis e a Via Verde Coronária.

Sendo um SU polivalente possui as valências médicas de medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, imagiologia, patologia clínica, bem como as especialidades de neurologia, cardiologia de intervenção, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia cardio-torácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular e medicina intensiva. Está ainda, estreitamente ligado ao bloco operatório.

Este serviço serve toda a população da ilha da Madeira, que são cerca de 250.000 habitantes, e presta, também, cuidados de saúde à população visitante, ou seja, os turistas, que visitam a ilha durante os 12 meses do ano.

A equipa de enfermagem é constituída por 80 elementos, contendo 15 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sete em saúde mental e psiquiatria e, quatro em enfermagem de saúde comunitária. Estes elementos são distribuídos por cinco equipas.

Dispõe de 13 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 11 no turno da noite.

Segundo dados facultados pelo enfermeiro chefe deste serviço, durante o ano de 2017, foram triadas 116 764 pessoas, dando uma média de 320 pessoas por dia e sendo estas encaminhadas para as diferentes áreas médica, cirúrgica, ortopédica, obstétrica e outros serviços.

Segundo estes mesmos dados, durante o ano de 2017, foi acionada em 151 situações a VV da sépsis, tendo sido confirmados apenas seis casos.

Em relação à VV do AVC, foi acionada 189 vezes, tendo sido confirmados 49 casos. No que concerne à via verde do trauma, esta foi acionada 582 vezes, sendo confirmados 37 casos. Por último, a VV coronária, foi acionada 1562 vezes.

O SU contém uma sala de emergência, onde são recebidos os doentes críticos e com necessidade de atendimento imediato. Está destinada à urgência pediátrica e também à urgência de adultos. Para esta sala são destacados três enfermeiros, assumindo cada um deles as suas funções, que estão divididas como A, B e C. Estes elementos por sua vez, também estão destacados noutros postos de trabalho. Quando esta sala é ativada, o seu posto de trabalho fica reduzido para apenas um elemento, aumentando a carga de trabalho para o único elemento que lá ficou, podendo colocar em risco os cuidados bem como, aumentar o tempo de espera dos doentes, ficando assim, eventualmente, comprometido o direito do doente em ser atendido em tempo útil.

O enfermeiro que realiza a triagem tem a responsabilidade de atribuir a prioridade adequada a cada doente. Segundo Gilboy (2011), é com base na avaliação realizada na triagem que é definido quem precisa de cuidados imediatos ou quem pode aguardar. Esta decisão tem implicações também na segurança do doente, pois uma triagem por excesso pode tirar a vez de quem mais precisa, mas por outro lado uma má triagem pode atrasar os cuidados e colocar em risco a vida do doente.

Segundo Souza, Araújo e Chianca (2015) citados por Carvalho (2016), um dos “parâmetros utilizados para avaliar a validade do sistema de triagem de Manchester nos estudos encontrados foi a percentagem de pacientes triados acima da prioridade real,

denominado *overtriage*, e de pacientes triados abaixo da prioridade real, denominado *undertriage*” (p.41). O mesmo revela que num estudo realizado na Holanda, a percentagem de doentes triados com uma prioridade inferior à real foi de 15% e a priorização superior à real ocorreu em 40% dos pacientes.

Estes dados vêm dar ênfase à minha constatação aquando da passagem pela triagem, que me permitiu refletir sobre este assunto e pude testemunhar a dificuldade que é triar, quando principalmente as queixas são pouco específicas. Requer do enfermeiro de triagem um olhar crítico sobre a situação e uma visão holística para melhor classificar e priorizar.

Tal como salientado por Gilboy (2011), o enfermeiro de triagem tem que ter “conhecimentos, experiência, temperamento e qualificação necessária para desempenhar funções de tão grande *stress*” (p. 76). Este tem que ter “conhecimentos aprofundados de avaliação, capacidade de organização, e de realizar uma entrevista, um vasto conhecimento de patologias e traumatismos, bem como experiência que permita detetar indícios subtis quanto à acuidade do doente” (p.76). E mais uma vez este autor defende que não são os doentes cujo estado crítico é visível que constituem o maior desafio, mas sim aqueles que dependem da grande capacidade e competência de reconhecer os sinais e sintomas subtis de um estado grave embora ainda pouco evidente.

Segundo Souza, Araújo e Chianca (2015) o sistema de triagem de Manchester é um bom preditor da necessidade de internamento e da mortalidade, sendo, portanto, um instrumento útil, não só para gestão do risco clínico nos serviços de urgência e emergência mas também para ajudar na gestão das necessidades que os doentes vão apresentar posteriormente. Necessidades essas que incluem recursos humanos e tecnológicos que irão ser smobilizados de acordo com as necessidades apresentadas pelo doente.

Atualmente o sistema de triagem de Manchester é considerado uma ferramenta imprescindível para o planeamento e gestão dos serviços de urgência em Portugal. É um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico (Silva, 2009, citado por Carvalho, 2016).

Durante a sua dissertação de mestrado, Carvalho (2016), referiu um instrumento, desenvolvido por Kelly Jo Cone em 2010, denominado de *Triage Decision Making Inventory*, o qual tinha como objetivo avaliar as perceções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem, bem como as diferenças nas tomadas de decisão com base na experiência profissional.

Através deste instrumento, que revelou ser eficaz, foi possível medir o reconhecimento do pensamento crítico, características cognitivas, intuição e experiências aquando da tomada deste tipo de decisões (Cone, 2010, citado por Carvalho, 2016).

O mesmo revela que esta é uma “uma ferramenta que permite ao enfermeiro identificar se está preparado para tomar decisões na triagem, identificando áreas onde é necessário mais formação e treino, promovendo competência na tomada de decisão” (Smith & Cone, 2010, citado por Carvalho, 2016, pp 43,44).

Partilhando da mesma opinião de Carvalho (2016), podemos então concluir que à medida que os profissionais de enfermagem vão desenvolvendo as suas capacidades cognitivas, bem como o seu aperfeiçoamento profissional vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências na prática. Sobretudo altera-se e melhora-se a sua capacidade de tomada de decisões.

Durante o estágio no serviço de urgência, tive várias oportunidades de aprendizagem e portanto, foi possível prestar cuidados a pessoas em situações emergentes, identificando os focos de instabilidade, bem como trabalhar a minha capacidade de tomar decisões e priorizar os meus cuidados, perante as diversas situações com as quais me deparei.

Destaco as situações que ocorreram na sala de emergência, quer por via verde do trauma, coronária quer de AVC, nas quais colaborei no seu atendimento e tratamento.

Dentro destas ressalvo a que para mim foi a mais importante, pois foi aquela que me causou mais *stress* e maior dificuldade em tomar decisões. Tratou-se da situação de um senhor que teve um acidente de viação, tendo ficando encarcerado dentro do carro. Numa primeira abordagem, aparentemente parecia não haver lesões. Estava consciente e orientado, escala de Glasgow de 15. Respiração espontânea, com O₂ a 12L/min. Saturação periférica de 96%. Contudo, a situação foi-se agravando, ficando com compromisso da via aérea, com secreções sanguinolentas, respiração paradoxal e a saturação periféricas de O₂ a baixar. Os exames complementares revelaram fratura da cricoide, estenose da traqueia e enfisema subcutâneo na região do pescoço. Utente foi transferido para os cuidados intensivos.

Aqui é notório, que tal como foi referido anteriormente, por vezes o que aparentemente não é grave torna-se numa situação de risco de vida. Por essa razão, é importante possuir conhecimentos aprofundados sobre situações críticas e a capacidade de ver mais além de forma a antecipar focos de instabilidade.

Outras situações que saliento foram os doentes com taquicardia ventricular, fibrilação ou flutter auricular, que estavam na sala de observação (SO). É essencial que estes doentes estarem monitorizados, de forma a controlar a frequência cardíaca e o traçado

eletrocardiográfico, para podermos detetar possíveis alterações de ritmo, bem como a resposta ao tratamento instituído.

Outra situação que destaco trata-se de uma doente a quem prestei cuidados no SO. Foi uma senhora vítima de uma queda, a qual provocou um traumatismo vertebro medular, com lesão a nível de C6 e C7, fazendo com que esta não apresentasse sensibilidade abaixo da linha mamilar e apresentasse sintomas de hipotermia, bradicardia e hipotensão.

Esta encontrava-se em choque medular. Segundo, Wilbeck (2011), este é caracterizado por perda dos reflexos da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão. Segundo este autor, os doentes apresentam paralisia flácida, sem reflexos e disfunção intestinal e vesical e destrói a capacidade de termorregulação corporal. Nas lesões acima de T6 também pode ocorrer choque neurogénico, provocando bradicardia e hipotensão.

As várias situações vividas neste contexto fizeram com que desenvolvesse e melhorasse o meu olho clínico, a minha visão holística sobre o doente. Foi um assimilar de informações e de novos conhecimentos que permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a capacidade de priorizar os cuidados, e desta forma corresponder ao preconizado pela Lei nº 156/2015, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu artigo 104º, o qual refere que o enfermeiro assume o dever de corresponsabilizar-se pelo atendimento em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento.

Outro contexto de estágio foi o serviço de medicina intensiva polivalente, uma unidade que foi acreditada pela Direção Geral de Saúde no ano de 2017, com nível bom, utilizando método preconizado pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) internacional.

Esta unidade é constituída por 11 camas e é considerada uma unidade de cuidados intensivos de nível III, pois tem a capacidade de cuidar de pessoas com falência multiorgânica e com necessidade de meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos avançados. Aqui são assegurados todos os cuidados necessários, bem como a monitorização necessária para a sua vigilância. A monitorização invasiva inclui a Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Arterial Invasiva, Cateter de PICCO (Pulse Contour Cardiac Output), Pressão Intra Craniana (PIC), bem como os meios de terapêutica avançada tais como a hemodiálise contínua, e o Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO).

Segundo o relatório deste serviço referente ao ano de 2016, esta unidade é constituída por 54 enfermeiros, dos quais cinco possuem especialidade em enfermagem de

reabilitação, um em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, um em saúde comunitária e dezasseis em enfermagem Médico-Cirúrgica. Deste 2016, devido à criação do curso de mestrado em Enfermagem em Médico – Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, existe um número crescente de enfermeiros a frequentar este curso e assim a desenvolver as suas competências e aperfeiçoamento profissional.

Esta unidade dá resposta a todos os doentes críticos, com necessidades de internamento da Região Autónoma da Madeira.

Através do Despacho n.º 4320/2013, foi criado um Grupo de Trabalho para proceder à avaliação da capacidade e das necessidades nacionais de camas de unidades de cuidados intensivos em Portugal Continental. Através deste grupo de trabalho foi realizado um relatório que refere que o número de camas de cuidados intensivos em função do número de camas de agudos é muito variável internacionalmente.

Na Europa o número de camas por 100.000 habitantes é muito divergente, variando entre 29,2 na Alemanha e 4,2 em Portugal, sendo a média europeia de 11,5 camas de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por 100.000 habitantes, representando 2,8% das camas de agudos.

O número de camas de cuidados intensivos polivalentes em Portugal varia, neste estudo, entre 1,5% e 4,5% das camas de cuidados de agudos de adulto.

Tal como é preconizado pelo Regulamento nº 533/2014, o qual nos fala sobre a norma de cálculo das dotações seguras, esta unidade cumpre com o rácio de um enfermeiro para um doente.

Durante o período de estágio nos cuidados intensivos tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com falência multiorgânica e com necessidade de medicação vasoativa, ventilação e monitorização invasiva e não invasiva.

Este estágio representou para mim um grande desafio, pois ao longo da minha vida profissional foram raras as situações às quais prestei cuidados a utentes com este tipo de necessidades. Foi portanto, um grande desafio não só a nível profissional, mas também pessoal.

Aqui tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente com hematoma subaracnoideu, com necessidade de colocação de cateter de PIC, a doentes com insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação invasiva, doentes que sofreram paragem cardiorrespiratória após enfarte agudo do miocárdio e que foram submetidos ao protocolo de hipotermia, entre outras situações.

Com a prestação de cuidados a estes doentes tive a oportunidade de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos cuidados técnicos de alta complexidade, pois todos estes doentes necessitavam de monitorização invasiva, não só pela sua condição de saúde, bem como devido à variedade do suporte medicamentoso necessário para a sua estabilização e recuperação.

Assim, prestei cuidados a doentes com necessidade de monitorização invasiva, através do cateter de PIC, monitorização da tensão arterial invasiva através da linha arterial, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e também com necessidade de diálise contínua.

Um dos meus objetivos para este estágio era prestar cuidados a doentes com necessidade de monitorização de PVC, contudo não tive essa oportunidade. Este é um método de avaliação indireta da pressão auricular direita. Este método de avaliação de monitorização é utilizado para orientar na gestão de fluidoterapia. Contudo, novos dados revelaram que este é um preditor pobre sobre a resposta aos fluidos e pode refletir erradamente a pré carga devido as alterações do tónus venoso, da pressão intratorácica, da *compliance* e da geometria do ventrículo esquerdo e direito, havendo uma fraca relação entre a PVC e o volume telediastólico do ventrículo direito. Esta pode ser utilizada como um guia geral da pré carga, com mais ênfase para as tendências da sua evolução ao longo do tempo, do que como uma medição isolada. Tendo em conta que não tive qualquer oportunidade durante o período de estágio, não havendo doentes com necessidade deste tipo de monitorização, procurei saber se haveria outro método para avaliação da resposta à administração dos fluidos. Respondendo a esta questão, Lamas (2015) refere que outra forma de avaliar a resposta aos fluidos administrados e cada vez mais utilizada é através da avaliação da variação da pressão de pulso.

Nos doentes que sofrem uma lesão cerebral, tal como a doente a quem prestei cuidados, o grande objetivo no cuidado a estes doentes é evitar a lesão secundária ou seja, a lesão causada por mecanismos que se desenvolvem na sequência da lesão cerebral inicial, tais como a hipertensão intracraniana, o vasoespasm cerebral, a deficiente oxigenação ou perfusão cerebral, a hipoglicemia cerebral e a excitabilidade por atividade epilética.

Através do cateter de PIC, pretende-se avaliar a pressão intracraniana, o fluxo sanguíneo cerebral, o metabolismo cerebral e o estado elétrico cerebral. O valor de PIC normal é de 0-15, e deve estar sempre inferior a 20mmHg. Um valor superior pode originar perturbações funcionais, comprometendo a perfusão cerebral (Manita, 2015).

Assim, durante os cuidados prestados a esta doente, estive atenta a este tipo de monitorização e prestei cuidados de forma a manter a sua estabilidade hemodinâmica, para que não ocorressem complicações. Pude aperceber-me de como tão instáveis podem estar os doentes que sofrem este tipo de lesões.

Através da monitorização da tensão arterial invasiva com recurso à linha arterial, pude avaliar a evolução do doente e a resposta aos fármacos administrados.

As indicações para a colocação de linha arterial são a instabilidade da pressão arterial, a hipotensão grave, a administração de fármacos vasoativos, vasodilatadores, vasopressores e inotrópicos e as colheitas frequentes de gasometrias arteriais (Lamas,2015).

Todos estes métodos de monitorização acarretam complicações para as quais estive sempre atenta de forma a poder detetá-las precocemente evitando complicações maior.

Nesta unidade são também utilizados meios de monitorização não invasiva tais como a capnografia, avaliação de saturação periférica e monitorização cardíaca, através das quais também é possível realizar uma avaliação do doente e a sua resposta ao tratamento.

Aos doentes que me foram atribuídos levantei diagnósticos e planeei intervenções de forma a dar resposta às suas necessidades e também às suas famílias. Esses mesmos planos foram alterados e atualizados conforme a evolução das situações.

Com o decorrer deste estágio as várias situações com as quais me fui defrontando, permitiram o meu crescimento pessoal e também profissional. Permitiram-me desenvolver conhecimentos técnicos e científicos. Possibilitaram-me o desenvolvimento das minhas habilidades, o meu olho clínico, o meu olhar holístico. Foi o tentar “desviar” o olhar das diversas máquinas e da monitorização e me concentrar no que é realmente importante que é o cuidar humano!

Foi proposto durante esta prática clínica a realização de um estudo de caso fundamentado e como tal, decidi elaborar o estudo sobre uma doente com patologia respiratória. A escolha partiu de uma necessidade sentida de forma a poder desenvolver conhecimentos e competências nesta área. Pois, doentes com este tipo de patologia são muito comuns no serviço medicina interna, e assim deste modo, a aquisição de maiores habilidades aliadas a conhecimentos técnicos e científicos avançados constitui uma mais-valia no cuidado a estes doentes no meu dia-a-dia de trabalho.

A insuficiência respiratória é uma das causas mais comuns de internamento no serviço de medicina intensiva (Society of Critical Care Medicine, 2008), o que vai de encontro às estatísticas desta unidade, em que segundo o relatório de serviço de 2016, 29%

das admissões neste serviço foi por falência respiratória, seguindo-se da falência cardiovascular com 30,1% das admissões.

Segundo Freitas e Martinho (2015) a “insuficiência respiratória define-se pela incapacidade de o sistema respiratório efetuar trocas gasosas, oxigenação e /ou eliminação de dióxido carbono. Pode tratar-se de um processo agudo ou crónico” (p.81).

Com a elaboração deste processo de enfermagem desenvolvi competências no cuidar da pessoa em situação crítica, na sua avaliação inicial, aprofundei conhecimentos relacionados com o cuidar a pessoa e a fisiopatologia da falência respiratória.

Para Garcia e Nóbrega (2009), o processo de enfermagem pode ser definido como um instrumento tecnológico de ajuda ao cuidado, de forma a organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. E é uma metodologia que ajuda “a identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos e famílias” (p. 189).

Para este estágio e tal como para o estágio no serviço de urgência, tracei como um dos objetivos colaborar no transporte intra hospitalar do doente crítico. Sabendo que o transporte gera obrigatoriamente exposição a riscos adicionais, havendo risco de falência de órgão ou sistemas, foi importante para mim conhecer quais os cuidados a ter antes, durante e após o transporte destes doentes, e que de forma podem ser minimizados esses mesmos riscos.

Neste sentido, Freitas e Gomes (2015) referem que a decisão de transporte só deverá ser dada caso seja necessário transferir para um serviço que ofereça melhores e mais cuidados e para a realização de exames complementares de diagnóstico, tais como Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou ressonâncias magnéticas.

Uma das regras que estes autores salientam é que durante o transporte seja assegurado o mesmo nível de cuidados realizados no serviço, o que significa que os transportes realizados no serviço de medicina intensiva são feitos com acompanhamento de um médico e de um enfermeiro.

No serviço de urgência o transporte intra hospitalar é realizado com acompanhamento do enfermeiro e quando assim se justifica é realizado também com acompanhamento médico.

O transporte do doente crítico passa por três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão deve ser tomada tendo em conta os custos e os benefícios para o doente, principalmente naqueles que apresentam insuficiências respiratórias, instabilidade

hemodinâmica, hipertensão intracraniana e lesões vertebro medulares, pois ocorre maior risco de falências das suas funções vitais e agravamento da sua patologia.

A fase de planeamento deverá ser cautelosa e realizada tanto pelo médico, bem como pelos enfermeiros. Esta fase deve ter em conta os seguintes passos: comunicar ao serviço recetor, informando quais as condições em que o doente se encontra, estabilizar clinicamente o doente de modo a prevenir problemas associados ao transporte, bem como preparar o material necessário, incluindo medicação que possa ser necessária administrar.

Por fim, na fase de efetivação, esta deve ser realizada o mais rápido possível. A mudança de maca é segundo os autores, um dos períodos mais críticos de qualquer transporte, pelo risco de algum dispositivo se exteriorize. É importante manter sempre o doente monitorizado (Freitas & Gomes, 2015).

Segundo Gimenez et al (2017) num seu estudo prospetivo concluíram que os eventos adversos mais frequentes durante o transporte intra hospitalar são as alterações fisiológicas, as falhas nos equipamentos e nas equipas. Os danos causados foram classificados como de grau moderado e com isto fez com que o tempo de permanência no hospital bem como nos cuidados intensivos fosse maior.

Neste estudo participaram 293 doentes, dos quais 143 necessitaram de transporte intra hospitalar e foram registados 86 eventos adversos.

Segundo este mesmo estudo, as complicações decorrentes foram classificadas da seguinte forma: 44,1% foram relacionados com alterações fisiológicas, mais comumente as alterações na frequência cardíaca, 23,5% devido a falha no equipamento, sendo a falta de oxigénio a falha mais comum. A falha da equipa ocorreu em 19,7% dos eventos adversos, sendo a interrupção da ventilação manual ou da bomba de infusão contínua as mais frequentes. Os atrasos ocorreram em 12,7% dos eventos adversos e estes foram devido ao atraso no atendimento e aos obstáculos presentes durante o percurso.

O tempo médio de permanência hospitalar do grupo com eventos adversos foi maior quando comparado com os doentes sem eventos adversos (31,4 contra 16,6 dias, respetivamente).

Tendo em conta a bibliografia e os estudos consultados, fizeram com que eu me apercebesse que planear um transporte, não é uma decisão tomada de “ânimo leve”, ou seja, tem que ser bem planeado. Temos que verificar se as baterias dos equipamentos são suficientes, bem como as balas de oxigénio. Se há necessidade de levar medicação, qual a medicação a levar e em que quantidade, bem como calcular o tempo previsto a efetuar o transporte. Assim, as complicações que daí podem advir, podem aumentar para o dobro do

tempo de internamento nos cuidados intensivos (CI), trazendo consequências para o doente e para a instituição, aumentado o seu custo de internamento, bem como o risco de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde.

Segundo Sousa et al (2016), no seu artigo intitulado “Infeção por staphylococcus aureus resistente em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa” os doentes internados em CI possuem 5-10% maior probabilidade de contrair infeções.

No estágio III, o meu estágio de opção na área do doente cardíaco, mais especificamente que tenha sofrido uma doença isquémica cardíaca, foi por mim denominado de cuidado especializado à pessoa com doença isquémica cardíaca.

A escolha deste tema surgiu por ser uma área que gosto particularmente. O doente cardíaco é um doente que pode ser encontrado em diversos contextos de cuidados, tal como nos serviços de medicina interna. O seu tratamento e vigilância é fundamental e não termina no final do internamento na cardiologia, mas sim prolonga-se para toda a vida. Por essa razão achei pertinente o desenvolvimento de novas competências e de novos conhecimentos nesta área.

Por esse motivo, aquando do estágio no serviço de urgência tive uma especial atenção às vias verdes coronárias, bem como aos doentes com patologia do foro cardíaco no SO.

A VV Coronária, está presente no Hospital Drº Nélio Mendonça desde 2010.

Estudos recentes, bem como o relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2017 indica que a percentagem de morte por doença cardíaca continua elevada, sendo necessária a continuação da formação dos prestadores de cuidados, para que o nível de cuidados seja de excelência.

Segundo a Direção-Geral de Saúde no relatório denominado de Programa Nacional para as Doenças Cérebro - Cardiovasculares (2017) “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010” (p.5).

A análise realizada sobre os indicadores de mortalidade “evidencia que os óbitos associados às doenças do aparelho circulatório têm vindo progressivamente a diminuir, contrastando com os óbitos relacionados com as doenças do aparelho respiratório e com os tumores malignos onde se verifica um ligeiro aumento” (p. 5). A percentagem de óbitos por doença cardiovascular em 2015 foi de 29.7%, sendo um dos melhores valores obtidos nas últimas décadas. Contudo, este mesmo programa alerta e reforça a necessidade de manter este tipo de patologias como prioridade de intervenção.

O serviço de cardiologia é composto por 42 enfermeiros, sendo distribuídos por cinco equipas que por sua vez são formadas por seis elementos, ficando distribuídos pelas várias valências deste serviço (enfermaria, UTIC e unidade de cirurgia cárdio torácica). Destes 42 elementos formados pela equipa de enfermagem, quatro possuem especialidade em enfermagem de reabilitação, dois possuem especialidade em enfermagem em saúde mental e psiquiatria e dez têm a especialidade em enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo a enfermeira chefe.

Na UTIC ficam sempre destacados dois enfermeiros nos turnos da manhã, tarde e noite. Aqui são colocados os enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica ou enfermeiros peritos com vasta experiência profissional.

Segundo o Regulamento nº 533/2014, que nos fala sobre a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o tempo médio de cuidados de enfermagem necessário numa unidade de cuidados intensivos de cardiologia por dia é de 13,34.horas.

O rácio enfermeiro/ doente nesta unidade assemelha-se mais às unidades de cuidados intensivos de nível II, onde seria um enfermeiro para dois doentes. Contudo esta unidade é também uma unidade de cuidados intensivos nível III, pois tem capacidade para assegurar cuidados a utentes com falência multiorgânica e com necessidade de monitorização invasiva, medicação vasopressora e com necessidade de ventilação invasiva. No entanto, por uma questão de organização e de dinâmica, os doentes com necessidade de ventilação invasiva são transferidos para o serviço de medicina intensiva.

Segundo dados fornecidos pela enfermeira chefe, no ano de 2016 na unidade de cardiologia verificaram-se 1384 internamentos na enfermaria e 506 na UTIC, correspondendo a uma taxa de ocupação de cerca de 70%.

A UTIC está a concorrer para a acreditação de qualidade da Direção Geral de Saúde, tal como já ocorreu com outras unidades do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE).

Neste campo de prática clínica tive uma vez mais oportunidade de desenvolver esta unidade de competência, ou seja, prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, pois a pessoa que sofre um enfarte agudo do miocárdio não está apenas em risco de sofrer uma alteração do funcionamento da bomba cardíaca, como também comprometer todos os outros sistemas tais como o sistema respiratório, o sistema renal e o sistema neurológico.

Durante este período de aprendizagem clínica, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com este tipo de patologia e que foram submetidos a cateterismo de diagnóstico e

terapêutico. Foram várias as oportunidades de aprendizagem e portanto, foi possível prestar cuidados a pessoas em situações emergentes, identificando os focos de instabilidade.

Tive também, a oportunidade de prestar cuidados a doentes que foram submetidos a cardioversão e também com *pacemakers* provisórios, por apresentarem fibrilação auricular ou taquicardia ventricular.

As complicações intrínsecas dos síndromes coronários agudos são: a instabilidade hemodinâmica e arritmias cardíacas. A instabilidade hemodinâmica pode manifestar-se de diferentes formas desde um quadro de hipotensão leve até a uma situação de hipotensão mais acentuada, comprometendo o débito cardíaco e a sua função. É de realçar que a hipotensão pode estar associada ao regime medicamentoso adotado. Outras causas que podem causar um quadro hipotensivo são nas situações de hipovolémia, tromboembolismo pulmonar, infeções, arritmias e comprometimento do ventrículo direito devido a isquemia ou enfarte (Stefanini, Matsushita & Gil, 2004).

Cuidar deste tipo de doentes, submetidos a todos estes procedimentos, obrigou-me a procurar não só estratégias de aprendizagem, bem como a realizar pesquisa bibliográfica e científica. As experiências vivenciadas neste campo de estágio proporcionaram-me um assimilar de novos conhecimentos, os quais permitiram o meu desenvolvimento profissional. Como referi anteriormente, o doente cardíaco pode se encontrar em diferentes contextos, tal como no serviço de medicina interna, portanto é comum cuidar deste tipo de pessoas. Deste modo, através da vivência de novas experiências aumentou o meu saber, fazendo com que quando estiver perante um doente com estas características seja mais fácil identificar as suas necessidades, bem como sinais e sintomas de instabilidade e assim ter maior competência para atuar de forma a minimizar esses mesmos focos.

Segundo Venturi et al (2016) a monitorização hemodinâmica é muito importante no cuidado ao doente crítico, pois através desta é possível reconhecer e avaliar as complicações do estado hemodinâmico e assim atuar de forma assertiva, de forma a prevenir complicações maiores, melhorando o seu prognóstico. Os sinais vitais são parâmetros indispensáveis no cuidado ao doente crítico, pois, valores anormais indicam um alerta de gravidade.

No contexto de cuidados críticos, tanto numa unidade polivalente, como num serviço de urgência ou na UTIC, é importante haver uma rigorosa e minuciosa atenção nos cuidados prestados, de forma a detetar complicações e atuar antecipadamente de forma a prevenir ou solucionar situações adversas que possam ocorrer.

A monitorização hemodinâmica “oferece de forma legítima os parâmetros hemodinâmicos para uma terapêutica eficaz, possibilitando assim uma assistência de enfermagem mais precisa e conseqüentemente livre de erros” (Venturi et al, 2016, p. 21).

A par da monitorização hemodinâmica é importante também a vigilância dos valores analíticos, pois através destes poderá ser detetado o agravamento do estado geral, bem como fazer uma ligação entre os valores analíticos e a apresentação da monitorização e assim aumentar a compreensão das alterações apresentadas pelo doente.

Assim, tal como nos cuidados intensivos polivalentes, durante a prática clínica na UTIC e perante os vários doentes que me foram atribuídos, levantei diagnósticos e planeei intervenções de forma a dar resposta às necessidades dos doentes e também às suas famílias. Esses mesmos planos foram alterados e atualizados conforme a evolução das situações.

De forma a sistematizar todas as informações mais pertinentes e os cuidados a ter perante um doente com enfarte agudo do miocárdio, elaborei um estudo de caso fundamentado. Desta forma através deste trabalho, permitiu-me uma vez mais aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, bem como organizar o meu pensamento de forma a poder dar as respostas mais adequadas às situações que me foram apresentadas.

Em relação a complicações dos tratamentos efetuados como a angioplastia, realizada por cateterismo da punção da artéria radial ou femoral, nenhum doente a quem prestei cuidados apresentou qualquer complicação. Autores como Dall’Orto et al (2010) e Sá, Lobo, Pereira e Almeida (2015), referem que as complicações destes procedimentos são raras e quando ocorrem são mais frequentes quando a via usada é o acesso femoral. Contudo como fatores favorecedores das complicações inerentes a estes procedimentos temos a calcificação da artéria puncionada, a obesidade, a idade, o género, a hipertensão e o uso de anticoagulantes. As complicações que podem surgir consistem em “hemorragias, hematomas, fístulas arteriovenosas, pseudoaneurismas e com menor frequência, pode surgir isquemia” (Sá, Lobo, Pereira & Almeida, 2015, p.26).

O encerramento vascular é realizado através da compressão manual ou com dispositivos de encerramento que promovem maior conforto e segurança ao doente, havendo menor risco de complicações. Os dados do estudo realizado por Sá et al (2015) vão de encontro com o que é referido por Dall’Orto et al (2010) em que estes referem que as complicações surgem maioritariamente no acesso femoral.

Apesar da evidência referida anteriormente, estive sempre muito atenta às possíveis complicações, nomeadamente à perfusão periférica, com avaliação do pulso distal, da coloração, da temperatura e do preenchimento capilar das extremidades, do risco de

hemorragia, do edema ou sinais e sintomas de infecção no local, pois “pequenas queixas” podem significar um agravamento da pessoa submetida a cateterismo. E tal como refere Benner (2001) um enfermeiro perito tem a capacidade de reconhecer alterações fisiológicas subtis e desta forma antecipar o tratamento adequado evitando complicações que possam colocar a vida do utente em risco.

Benner (2001) afirma ainda que a

perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluindo na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência em enfermagem (p.33).

Durante este estágio tive também a oportunidade de permanecer na sala de hemodinâmica. Aquando desta minha permanência, pude assistir à realização de cateterismos de diagnóstico e de angioplastia com colocação de *stents*. Durante este período não ocorreram vias verdes coronárias. Os procedimentos realizados decorreram sem intercorrências e foram todos realizados por via femural. Aqui, pude aperceber-me da sua dinâmica, dos cuidados a ter durante a execução destes procedimentos e da importância de uma eficiente preparação pré cateterismo e dos cuidados ao doente pós cateterismo, assim como da preparação do doente para o regresso a casa. Cuidados esses que vão contribuir para que as intercorrências sejam minimizadas.

Segundo os dados fornecidos pelo secretariado do serviço de hemodinâmica, no ano de 2016 ocorreram 171 vias verdes coronárias e no ano 2017 até o final do mês de outubro ocorreram 145 situações de via verde coronária.

O número de cateterismos no ano de 2016 foi de 754 e até outubro de 2017 já foram realizados 658.

Em relação ao número de angioplastias no ano 2016 efetuaram-se 408 e até final do mês de outubro de 2017 efetuaram-se 328.

No que concerne o número de *pacemakers* colocados, em 2016 foram 213 e até final do mês de outubro de 2017 foram colocados 173.

Com as situações vividas nestes três campos de estágio e estando em contato com diferentes situações críticas, vi melhorada a minha prestação de cuidados em situações de urgência e emergência, bem como na antecipação da instabilidade orgânica. Ressalvo que esta capacidade de antecipar focos de instabilidade, bem como de responder de forma assertiva e antecipadamente a esses mesmos focos era algo que considero já possuir, fruto da minha experiência profissional. Contudo, acredito, que após as novas experiências vividas

e a partilha de conhecimentos com colegas mais experientes, fizeram com que desenvolvesse essa capacidade, aperfeiçoando, deste modo, competências no cuidar do doente crítico.

Em relação à unidade de competência **Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos**, foi durante a prática clínica desenvolvida nos cuidados intensivos que adquiri e desenvolvi maior capacidade, rigor e profundidade nesta mesma unidade de competência. Neste contexto, tive a oportunidade de manusear os seguintes protocolos: administração contínua de noradrenalina, a administração contínua de insulina de ação rápida, a administração de alimentação entérica contínua, a administração de potássio sérico e o protocolo de hipotermia perante as situações de paragem cardiorrespiratória.

A noradrenalina possui atividade no recetor alfa, beta 1 adrenérgico, com pouca ação sobre recetores beta 2. Dependendo da dose utilizada, obtém-se o aumento do volume sistólico, a diminuição da frequência cardíaca e importante vasoconstrição periférica, com aumento da pressão arterial. Este é um potente vasoconstritor visceral, renal e das extremidades. O uso por tempo prolongado pode causar lesões cutâneas, devido à vasoconstrição periférica.

Segundo Mendes (2013), o estado nutricional é fundamental para a determinação da evolução clínica num doente crítico e o desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades energéticas pode agravar o seu quadro clínico e disfunção orgânica. A desnutrição e a deterioração do estado nutricional estão relacionadas com um aumento das comorbilidades associadas aos sistemas cardiovascular, imunológico, respiratório e gastro intestinal, tais como, um aumento da suscetibilidade para infeções, úlceras de pressão, atraso na cicatrização e alterações analíticas, fazendo com que ocorra um aumento do tempo de internamento, das taxas de morbilidade e de mortalidade.

Ainda segundo este mesmo autor, é recomendado iniciar dieta entérica, principalmente nos doentes hemo dinamicamente estáveis e com o trato gastro intestinal funcionante, nas primeiras 24 horas.

Segundo Marinho et al (2012), no seu artigo publicado na revista da Sociedade Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica as recomendações atuais, em termos de suporte nutricional, baseiam-se, por um lado, em *guidelines* e/ou consensos para o fornecimento calórico ao doente crítico, em média, de 25Kcal/kg/dia ou 25-30Kcal/kg/dia não proteicas no homem e 20-25Kcal/kg/dia não proteicas na mulher, e por outro lado, em fórmulas pré-estabelecidas na literatura, como por exemplo a fórmula de Harris-Benedict,

que utiliza parâmetros como o sexo, o peso, a altura e a idade, para avaliar o metabolismo basal dos doentes críticos.

Tendo em conta a importância da alimentação nos doentes críticos é importante seguir um protocolo sobre a alimentação entérica contínua, quando outras formas de alimentação não estão indicadas. As dietas utilizadas podem ser poliméricas, mistas e oligoméricas.

Assim, tendo em conta o protocolo avaliei os resíduos gástricos de seis em seis horas e atuei conforme a tolerância do doente. Estive atenta às possíveis complicações tais como: diarreia, flatulência, distensão e estase gástrica ou mesmo hiperglicémia.

Associada a uma eficaz alimentação é de máxima importância também, a sua hidratação. Esta combinação vai permitir atenuar os efeitos do estado hipercatabólico em que o doente se encontra. A monitorização da perda ou ganho do peso ponderal é essencial para avaliar a eficácia deste protocolo.

Outro protocolo, que segui e aprendi a gerir foi o da administração contínua de insulina de ação rápida.

Nesta linha de pensamento, Ponce (2015) fala-nos da hiperglicemia em doentes não diabéticos. Segundo estes, existem autores que designam de hiperglicemia induzida pelo *stress*. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos incluem “resistência periférica à insulina, défice absoluto ou relativo de insulina, aumento da produção endógena de glicose, efeito da nutrição entérica ou parentérica, aumento de níveis hormonais endógenos (glucagon, catecolaminas, ou corticoides), ou iatrogenias (administração de epinefrina, corticoides)” (p.305).

A hiperglicemia nos doentes não diabéticos aumenta significativamente o risco de morbidade e de mortalidade, aumentando o risco de infeção e de *sépsis*. Este ocorre devido ao *stress* oxidativo, com produção de radicais livres e disfunção endotelial (Ponce, 2015).

Pelas razões supracitadas é de enorme importância o controlo da glicemia capilar, sendo uma das formas mais eficazes a utilização deste protocolo. Deste modo, é importante vigiar sinais e sintomas de hiperglicemia, bem como de hipoglicémia, e caso necessário a interrupção da administração contínua de insulina.

Em relação ao protocolo de reposição de potássio sérico, sabe-se que o potássio é o principal ião intracelular e que influencia no equilíbrio hemodinâmico. A sua avaliação deverá ser feita de quatro em quatro horas e quando o seu valor se encontra inferior a 4 mEq/l, deverá ser realizada a sua reposição com 20 mEq/l em 100 cc de soro fisiológico 0.9%, durante uma hora. Assim, em relação a este protocolo, vigiei e avaliei as alterações no

traçado eletrocardiográfico, bem como os valores analíticos. As variações eletrocardiográficas provocadas por hipocaliémia são tipificadas por alterações da onda T, provocando o seu achatamento e ondas U e P mais proeminentes. Podem ocorrer arritmias auriculares e ventriculares tais como taquicardia ventricular, fibrilação auricular e extrassístoles. Por outro lado a hipercaliémia pode ser representada electrograficamente pela existência de onda T pontiagudas, pelo alargamento do complexo QRS e onda P mais larga e achatada. Tal como na hipocaliémia, o excesso deste ião (superior a 5 mEq/l) pode provocar taquicardia ventricular, taquicardia ventricular e assistolia (Lipman & Cascio, 2001).

Outro protocolo, que tive oportunidade de gerir foi o de Indução de hipotermia terapêutica, num doente que sofreu paragem cardiorrespiratória.

Segundo Abreu e Gonçalves (2011), a hipotermia terapêutica é uma intervenção terapêutica ativa que consiste no arrefecimento corporal forçado, de forma a manter a temperatura central em cerca de 33°C, com o intuito de prevenir e/ou reverter os mecanismos responsáveis pela lesão neurológica. Esta reduz o metabolismo cerebral e as suas necessidades energéticas.

Segundo o artigo publicado pelos autores supracitados, estudos revelam que com a introdução deste protocolo terapêutico tem ocorrido uma diminuição da morbidade e mortalidade dos doentes reanimados após paragem cardio respiratória, sem efeitos secundários significativos.

Contudo Lopes (2011) refere no seu artigo, que existem estudos que também evidenciam que a normotermia permite obter os mesmos resultados no tratamento do doente com lesão cerebral aguda sem os riscos associados à hipotermia, tais como a vasoconstrição e o *shivering*.

Por essa razão, é que na UCI polivalente cada vez mais é utilizada a normotermia em vez da hipotermia terapêutica.

Durante o estágio na UTIC os protocolos terapêuticos, com os quais estive em maior contato e assim adquiri, desenvolvi e aprofundei conhecimentos e competências foram os da administração de Reopro, o protocolo de utilização de dispositivos de compressão arterial TR Band e da administração intermitente de Levossimendano na insuficiência cardíaca avançada.

O Reopro é um medicamento utilizado para prevenir complicação cardíaca isquémica em doentes submetidos a Angioplastia Coronária Percutânea Transluminal (PTCA). É um inibidor da agregação plaquetária. Este medicamento é administrado em

perfusão durante 12 horas. Assim os cuidados a ter aquando da sua administração são: verificar sinais vitais e pulsos periféricos de 15/15m na primeira hora e depois de hora a hora, cumprir com o repouso no leito e sem fletir o membro puncionado, manter a cabeceira da cama até 30° no máximo, proceder ao levante apenas duas horas após ter terminado a perfusão, realizar análises seriadas e por último vigiar sinais de hemorragia, pois estes doentes, submetidos a este protocolo apresentam maior risco para que tal complicação possa ocorrer.

Em relação ao protocolo de utilização de dispositivo de compressão arterial radial TR Band, este é utilizado quando os doentes são submetidos a Intervenção Coronária Percutânea (ICP), através da artéria radial. É considerado uma técnica segura e eficaz na hemóstase. Segundo o protocolo do serviço a desinsuflação deste dispositivo deverá ser iniciada após 4 horas e deverão ser retirados 4cc de ar de 15 em 15 minutos. É importante verificar o estado neuro circulatório das extremidades e observar se ocorrem sinais de hemorragia. Se isso ocorrer é necessário voltar a insuflar a banda.

Por fim, a administração intermitente do levossimendano na insuficiência cardíaca avançada. Este medicamento não está relacionado com a doença isquémica cardíaca, mas sim nas insuficiências cardíacas. Contudo, é um medicamento cada vez mais utilizado principalmente em regime ambulatorio, ou seja os utentes vêm à UTIC realizar este medicamento e depois regressam a casa. É realizado de 15 em 15 dias durante três meses.

No SU, também são utilizados protocolos terapêuticos idênticos aos utilizados no serviço de medicina intensiva, contudo, não tive a oportunidade neste contexto de cuidar de doentes com necessidade de implementação destes mesmos protocolos.

Através desta gestão realizada com os protocolos terapêuticos complexos, pude aperceber-me da sua complexidade e das possíveis complicações inerentes aos mesmos. Assim, estive atenta às possíveis complicações e planeei respostas de forma a combatê-las.

O contato com estes protocolos fomentou, em mim, não só a necessidade de pesquisa, pois estes eram desconhecidos da minha prática clínica, bem como o meu sentido crítico, analítico e reflexivo sobre os mesmos, desenvolvendo assim os meus conhecimentos técnicos e científicos, a capacidade de compreensão e aplicação de novos conhecimentos e a tomada de decisão.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica é outro tema de grande importância e que faz parte das competências do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

A dor é descrita por Branco e Baptista (2012) como

uma experiência sensorial desagradável, habitualmente induzida por estímulos nóxicos. Constitui um mecanismo de defesa essencial para a sobrevivência e bem-estar do organismo ao identificar e localizar processos que podem lesar os tecidos. Desta forma a dor desempenha uma função fisiológica, preservando a integridade corporal e a homeostasia (p.15).

Deste modo, ao longo de todas as minhas práticas clínicas tive sempre atenção à dor, pois como sabemos a dor constitui o quinto sinal vital. As competências e as habilidades adquiridas foram de grande importância para a minha diferenciação e vida profissional. Sinto que hoje presto mais atenção a este sinal vital, proporcionando assim um melhor e maior conforto aos doentes, traduzindo-se assim num melhor cuidado!

Tal como referido por Estilita (2015) “nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos o grau de dor pode ser desproporcionalmente superior, já que muitos se encontram no limite da sua lesão ou doença”(p. 61).

Refere ainda que

O desconforto associado aos componentes das rotinas dos cuidados prestados, tais como aspiração de secreções, posicionamentos, alteração do padrão vigília/sono, execução de tratamentos, a presença de tudo endotraqueal podem aumentar a dor e desconforto. Estas agressões contribuem não só para o aumento da dor mas também para o aumento do desconforto emocional e físico (p. 61).

Reforçando o que foi referido pelo autor supracitado, Teixeira e Durão (2016) afirmam que a “dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo este impacto no estado geral do indivíduo” (p. 135). Por isso, a gestão da dor é fundamental. A sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas adequadas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

A avaliação da dor deve ser preferencialmente referida pelo doente, utilizando escalas adaptadas a cada tipo de doente.

A dor pode trazer consequências nocivas, que incluem uma “resposta fisiológica ao *stress*, aumento da libertação de neurotransmissores simpáticos e níveis elevados de hormonas do *stress*” (Estilita 2015,p.61). A presença de dor condiciona e limita o reflexo da tosse e da respiração profunda, podendo originar atelectasias e outras complicações pulmonares. Podem ocorrer variações da glicemia capilar, potencializar o catabolismo, hipercoagulabilidade e disfunção imunitária (Estilita, 2015).

Esta constatação faz com que seja primordial o controlo da dor e como tal traçar intervenções para a promoção do conforto e do bem-estar.

Segundo a autora citada anteriormente, esta propõe condutas importantes para o controlo da dor. Destaco as seguintes intervenções: iniciar sempre o controlo analgésico, com terapêutica analgésica de acordo com a escala analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde e antecipar sempre a dor, ou seja antes de qualquer procedimento, proceder à analgesia.

Contudo, a grande maioria dos doentes que se encontram nos cuidados intensivos polivalentes são incapazes de comunicar verbalmente, pois estão sob sedação profunda e entubados com tubo endotraqueal e ventilados mecanicamente. Deste modo, estes doentes são incapazes de referir a sua dor. Desta forma no serviço de medicina intensiva é utilizada a escala comportamental Behavioural Pain Scale (BPS).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no seu Plano Nacional da Avaliação da Dor (2016), a dor em doentes que não podem comunicar deve ser avaliada por meio subjetivo da observação dos comportamentos. Assim sendo, foram desenvolvidas escalas para avaliar a dor nestes mesmos doentes tal como, a BPS, a qual inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), a Critical Care Pain Observation Tool que inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização) e a Escala de Conductas Indicadoras de Dolor que inclui 5 itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória e conforto).

Associado à avaliação da dor, é importante avaliar o grau de sedação. Deste modo é avaliado com recurso à escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), que segundo Estilita (2015) é a escala mais fiável para a avaliação da sedação em doentes críticos.

Desta forma, com a utilização de uma escala adequada para a avaliação da dor, fica assegurado ao doente o direito à uma gestão adequada da dor, fazendo com que seja cumprido um dever profissional e garantindo a humanização dos cuidados de saúde. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos a escala da dor que os enfermeiros portugueses elegeram para avaliação e controlo deste sinal de vida nos doentes não comunicativos, sedados e ventilados, foi a escala BPS.

Assim sendo, o Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos deixa onze recomendações para que o quinto sinal de vida seja avaliado da melhor forma. Essas recomendações passam pela avaliação da dor ser, sempre que possível, relatada pelo próprio doente, utilizando uma escala verbal. Por outro lado quando estes são incapazes

de comunicar por se encontrarem sedados e ventilados a dor deve ser avaliada por meio subjetivo, ou seja, pela observação de comportamentos utilizando a escala BPS. Esta avaliação deve ser realizada em todos os turnos e sempre que necessário. E é recomendada a sua avaliação antes e após os procedimentos que possam ser causadores de dor, bem como a resposta às medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor.

Tendo em conta o referido, ao longo do estágio na unidade de cuidados intensivos (UCI), perante um doente com estas características, tive sempre o cuidado de avaliar a dor, utilizando estas escalas.

Antes dos procedimentos e sempre que se justificava foi aumentada a dose de analgesia, de forma a promover o maior conforto possível, permitindo assim a colaboração do doente. As estratégias não farmacológicas mais utilizadas por mim foram o posicionamento corporal adequado, bem como dos dispositivos externos (por exemplo tubo-endotraqueal) e a massagem corporal com creme hidratante, de forma a promover o seu relaxamento. A promoção de um ambiente calmo, diminuição do ruído, da luminosidade, foram estratégias que tiveram como finalidade promover o conforto, bem como a promoção do sono, que tanto pode estar comprometido nestes doentes.

No serviço de urgência, a dor é também uma preocupação por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica, não sendo este o motivo que muitas vezes levam as pessoas a recorrer ao SU.

Segundo o estudo realizado por Guedes, Souza, Lima, Martins e Chianca (2015), 22,8% das pessoas que recorrem ao serviço de urgência é por queixas de dor. Contudo, muitos dos nossos doentes não têm a capacidade de referir a sua dor devido à sua situação crítica ou devido ao seu estado de dependência. Desde modo, recorri aos sinais que pudessem evidenciar que o doente estivesse com dor, ou seja ao seu comportamento, como a sua posição ou inquietação, pelas expressões faciais, pelos gemidos e pela avaliação dos sinais vitais, que constituem um indiciador de dor.

Em relação ao doente coronário a dor torácica é a manifestação comum de isquemia do miocárdio e é muito importante a sua monitorização.

Outros sintomas que podem causar mal-estar e podem estar relacionados com a isquemia cardíaca são o desconforto epigástrico e a dor que irradia para a mandíbula ou braço esquerdo. As pessoas idosas, com diabetes mellitus podem referir dispneia (Hinkle & Cheever, 2016). Podem ainda surgir sintomas atípicos como náuseas, indisposição, palpitações e dormência (Overbaugh, 2009, citado por Hinkle & Cheever 2016).

Tendo em conta o citado, tive sempre o cuidado de avaliar a dor, utilizando a escala mais apropriada para cada doente. A escala da dor mais utilizada por mim, durante a prática clínica na UTIC foi a escala qualitativa. Segundo a Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 através desta escala o doente deverá classificar a sua dor como sem dor, dor ligeira, moderada, intensa ou como dor máxima.

As escalas da dor existentes na aplicação informática do serviço para a elaboração dos registos, são todas escalas de auto avaliação, ou seja terá que ser o individuo a auto relatar a sua dor. Estas escalas adequam-se à grande maioria da população que é internada na UTIC, pois são utentes que estão conscientes, orientados e com capacidade de comunicação verbal e logo com capacidade de descrever a sua dor.

Avaliar a dor torácica, a sua intensidade, localização, irradiação e duração, bem como a administração de fármacos como o uso da oxigenioterapia, nitratos e betabloqueadores que promovem o restabelecimento do fluxo miocárdio aumentando o seu aporte de oxigénio, proporcionam a redução da dor (Carvalho, Pareja & Maia, 2013).

Assim nas primeiras horas após o evento cardíaco pude constatar que é utilizada como medida farmacológica, a perfusão de *dinitrato de isossorbida* e a administração de oxigenioterapia.

As estratégias não farmacológicas que mais adotei para o controlo da dor, foram o repouso, sentado ou deitado na cama em posição de semi fowler.

Contudo, as queixas de dor torácica foram raras e quando foram relatadas eram referidas como de baixa intensidade. Esta situação deve – se ao facto de que antes dos doentes serem transferidos para esta unidade essas queixas foram solucionadas na hemodinâmica através dos cateterismos terapêuticos ou no serviço de urgência, através de técnicas farmacológicas, como por exemplo a administração de morfina.

As queixas de dor mais referidas pelos utentes nesta fase foram cefaleias e/ou lombalgias, que melhoravam com a administração de paracetamol.

O bem-estar não está apenas relacionado com a dor, mas sim também com o bem-estar psicológico.

Tal como referem Castro, Vilelas e Botelho (2011), quando uma pessoa é hospitalizada numa unidade de cuidados intensivos onde se encontra muitas vezes rodeada de monitores, que alarmam constantemente, isso contribui para a despersonalização e para o aumento da ansiedade. O desconforto físico aliado à insegura emocional, podem dar origem a reações de silêncio, choro, podendo ocorrer também agitação psicomotora. (Zinn, Silva & Telles, 2003, citado por Castro, Vilelas & Botelho, 2011). “Muitas pessoas doentes sentem-

se vulneráveis, angustiadas e com medo, uma vez que o internamento não vem apenas impregnado de mitos e fantasias, mas também da possibilidade constante da ocorrência da morte” (Castro, et, al, 2011, p. 43).

Na mesma linha de pensamento, Abreu (2015) refere que a ansiedade e a depressão são aspetos psicopatológicos frequentes na doença cardiovascular. Após o conhecimento do diagnóstico, a ansiedade pode tornar-se mais evidente, em virtude da insegurança quanto à evolução da doença, do prognóstico e, na antecipação de possíveis acidentes isquémicos agudos graves, potencialmente fatais.

Segundo este mesmo autor, para além dos sintomas físicos o doente sente “ um turbilhão de emoções, desde a sensação de perda de controlo e de referenciais, bem como, medo, isolamento, desespero e impotência perante a doença” (p.52).

Tive a oportunidade de me aperceber e de ser confrontada com este tipo de sentimentos, tanto durante o estágio de cuidados intensivos, como durante o estágio na UTIC.

Neste sentido surge a comunicação terapêutica, através da qual é possível haver uma troca de informações no sentido de ajudar e facilitar todo o processo em que o doente e família se encontram.

Contudo, a comunicação com doentes que se encontram entubados pode estar comprometida, sendo necessário ir à procura de estratégias que possam ajudar a contornar essa situação.

Segundo Cavaco, José e Lourenço (2013) “ a comunicação é considerada como o alicerce da enfermagem, a arte do cuidado holístico” (p. 4536). E estes continuam afirmando que “a comunicação enfermeiro/doente direciona as intervenções de enfermagem para uma perspetiva científica, técnica, relacional e ética, contribuindo para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” (p. 4536).

Apesar de atualmente haver uma grande aposta em estratégias de comunicação mais sofisticadas, o uso de estratégias simples e efetivas (escrita, gestos e imagens) proporcionam uma grande melhoria no processo de comunicação, aumento do bem-estar e diminuição do tempo de internamento.

Perante as diferentes formas de comunicação – verbal e não verbal – deve-se identificar a estratégia que melhor se adapta à situação da pessoa com “barreira à comunicação”. As estratégias que Cavaco et al (2013) salientam são os sinais sim-não, os gestos, os acenos de cabeça, a leitura de lábios, o aperto de mãos, a expressão facial, o papel e caneta, o uso do alfabeto, o quadro de palavras e imagens, a linguagem corporal e o toque.

Estes autores referem ainda que “a formação e a disponibilidade para a aplicação de cada uma das estratégias referidas assumem-se como prioridades a que os enfermeiros de cuidados intensivos devem estar sensíveis”. Referindo ainda que o uso “eficiente e eficaz de cada uma destas estratégias contribuirá inequivocamente para o bem-estar, segurança e respeito pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva” (p.4541) e contribuindo assim, para um aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Na unidade de cuidados intensivos do Hospital Dr.º Nélio Mendonça existe um quadro com palavras e letras que pode e é utilizado pelos doentes, o qual pode facilitar e melhorar a comunicação entre enfermeiro e doente. Este quadro encontra-se em língua portuguesa e inglesa, adaptando-se também assim, à quase totalidade da população internada neste serviço.

Segundo Cardoso (2012), o doente não pede ajuda apenas para a luta pela integridade física, até porque é toda a sua individualidade que está em risco. Existe um sofrimento físico mas também psicológico. Este pede ajuda para defesa e manutenção de tudo o que a doença pode ameaçar tais como: a integridade, segurança, controlo, informação, decisão, dignidade, autonomia, expressão e comunicação. A resposta para todas estas necessidades pressupõe comunicação. E segundo este autor não há necessidade mais básica do ser humano do que exprimir-se.

Deste modo, este autor refere que uma relação terapêutica presume partilha não só de informações mas também de tempo de conversa. Pressupõe interação física, emocional e comunicativa. É um compromisso de ambas as partes e requer diálogo, apoio, disponibilidade e aceitação.

Ao longo deste mestrado melhorei a minha comunicação, bem como a relação terapêutica com os doentes e suas famílias.

Aprendi e coloquei em prática o protocolo de transmissão de más notícias, o qual apesar de uma forma menos consciente já o praticava. Após o aprofundamento deste conhecimento e de algumas experiências na prática, pude solidificar as minhas estratégias e os meus conhecimentos sobre a comunicação quer com o utente quer com a sua família, o que me deixa mais competente e mais apta a poder corresponder às reais necessidades dos doentes e suas famílias.

Nos serviços de medicina intensiva, bem como na UTIC, tendo em conta o rácio enfermeiro doente, há mais tempo e disponibilidade para ouvir e conversar com os doentes. É possível proporcionar um ambiente mais calmo e de privacidade. Estas “pequenas coisas”, mas extremamente importantes, facilitam a interação entre doente, enfermeiro e família.

A transmissão deste tipo de notícias nunca é fácil, pois sabemos que uma má notícia pode envolver mudanças drásticas e negativas na vida das pessoas. Este facto é corroborado por Pereira, Fortes, e Mendes (2013), os quais afirmam que “a comunicação das más notícias em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação paciente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais” (p.228).

Salientam ainda que estas situações “geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite” (p.228). Por essa razão é que é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, pois envolve emoções de ambas as partes, tornando-se difícil por vezes gerir a situação.

Com as experiências vivenciadas consegui desenvolver a comunicação interpessoal e fomentar a relação terapêutica face a um doente em situação crítica.

A família é parte integrante do tratamento e esta sofre tanto como o doente, pois possui medos, inseguranças, dúvidas sobre todo o que está à sua volta. Desde a doença do seu familiar, ao aparato dos vários aparelhos de monitorização e terapêutica até às incertezas do futuro. Estas questões levantadas pelas famílias são uma preocupação dos enfermeiros e parte integrante dos nossos cuidados. Por essa razão, é importante assistir as famílias nas perturbações emocionais e gerir a comunicação interpessoal, bem como o estabelecimento da relação terapêutica com o doente mas também, com a sua família.

Em relação ao doente cardíaco, Garcia et al (2013) referem que após o evento cardiovascular os sentimentos de “angústia, medo e aflição modificam o cotidiano da família” (p.173), provocando alterações na dinâmica familiar.

Segundo os autores supra citados estas “questões repercutem-se no trabalho dos profissionais de saúde, tornando-se um desafio, os quais devem atuar na tentativa de incluir a família em suas práticas” (p.173)

A possibilidade da perda de um familiar faz com que o medo seja o foco da experiência pela qual a família passa, fazendo com que o funcionamento inadequado do coração, em decorrência da doença, desencadeie sofrimento psíquico. O sentimento de angústia é usual em indivíduos com problemas cardiovasculares, sendo que as intervenções de educação em saúde que visem reduzir a ansiedade têm sido resolutivas. Estas podem ser realizadas pelos enfermeiros, a fim de desenvolver ações esclarecedoras junto às famílias que se perpetuem para o bem-estar de todos (Garcia et al, 2013, p. 174).

O papel da família é essencial para ajudar o indivíduo na adaptação da nova condição de saúde, facilitando a aceitação deste sobre a sua doença bem como na promoção de novas alterações de estilos de vida, que sejam essenciais para a sua recuperação parcial ou total, evitando assim possíveis complicações, bem como os reinternamentos.

Segundo Sá, Botelho, e Henriques (2015) “A experiência dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente ao envolvimento da família nos cuidados revelou que a presença e participação da família nos cuidados é muito importante porque partilham com os enfermeiros informação essencial a cuidados personalizados” (p. 37).

A família fornece ao doente apoio emocional, carinho, esperança e promove a orientação da pessoa, no tempo e no espaço (Engström, Uusitalo & Engström, 2010, citado por Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Tendo em conta estas citações, tentei ir sempre de encontro com o que foi referido, até porque, pela minha experiência profissional, é notório que a presença da família faz com o doente fique mais calmo, menos ansioso e mais colaborante no seu processo de tratamento, facilitando assim o tratamento e como consequência a sua recuperação.

Por outro lado, o SU desencadeia nas pessoas que a ele acorrem sentimentos de medo, insegurança, angústia e ansiedade, o que faz com que a sua vida mude completamente, pelo menos durante algum tempo. Os sentimentos de vulnerabilidade, de ansiedade, medo, são focos de atenção dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros que exercem a sua atividade num serviço de urgência, tal como todos os outros profissionais que exercem em outros serviços têm a obrigatoriedade de intervir a este nível e assim, cuidar dos doentes e da família de forma humanizada e numa perspetiva holística.

Assim, durante a minha prática clínica no SU e sempre que a dinâmica do serviço de urgência me permitiu, tentei não “esquecer” desta valência e tentei estabelecer uma relação terapêutica com o doente e com a família. No SO e sala de cuidados especiais, onde efetuei a maior parte dos turnos, possibilitou-me estabelecer esta relação e descodificar os medos e inseguranças vivenciados por estes doentes e família, pois é nestes postos de trabalho, onde o ambiente consegue ser mais controlado e assim facilitar a comunicação e fomentar a relação terapêutica entre enfermeiro, doente e família.

As questões “e agora o que vai acontecer?” “ele vai ficar bom?”, são talvez as perguntas mais realizadas e aquelas que mais ouvi e tentei responder com a maior veracidade.

É verdade, que neste contexto as situações clínicas podem ser muito imprevisíveis, provocando em mim como profissional de saúde, também, uma dificuldade em responder a estas questões. Por isso tentei, com base nas informações adquiridas e na minha experiência, acalmar a família, demonstrei disponibilidade e escuta ativa, demonstrando que tudo será feito para proporcionar o melhor cuidado possível.

No entanto, em contexto de SU tendo em conta o grande volume de pessoas que recorrem a este, é por vezes muito complicado ou quase impossível a comunicação eficaz quer com o doente quer com a família.

Segundo Pereira (2008) citado por Fonseca (2012) a transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e com privacidade e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa. O enfermeiro responde adequada e honestamente, comunica com linguagem simples, não banalizando o momento e não retirando a esperança.

O protocolo de Buckman é constituído por seis etapas: preparar e escolher o local mais adequado, perceber o que a pessoa já sabe, perceber o que a pessoa que saber, dar a notícia, responder as emoções e as questões, e propor um plano de acompanhamento. Este protocolo em contexto de SU torna-se difícil de ser aplicado, pois não há um local apropriado e com privacidade para dar informações. Muitas vezes, as informações são dadas nos corredores, onde estão outras pessoas, que são estranhas, comprometendo todo processo de transmissão de notícias, dificultando a expressão de sentimentos e medos, tal como já foi exposto anteriormente. Contudo, durante a minha prática clínica tentei seguir este protocolo, tentando primeiramente encontrar um local mais adequado ou pelo menos que proporcionasse uma maior privacidade. Mais uma vez, ressalvo que o SO e a sala de cuidados especiais são os postos de trabalho, onde melhor se consegue proporcionar este cuidado.

1.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.

Segundo Robinson (2011), as catástrofes são definidas como sendo acontecimentos naturais ou provocados pelo homem, que afetam de modo dramático a vida e a propriedade com proporções calamitosas” (p. 203).

Por outro lado, a Nacional Association of Emergency Medical Technicians (2007) refere que “os incidentes com multi vítimas são eventos que causam vítimas em número suficiente grande para superar os recursos dos serviços médicos e de saúde pública da comunidade afetada. A gravidade e a diversidade das lesões, além do número de vítimas, são fatores fundamentais para determinar se a catástrofe exigirá recursos e auxílio de fora da comunidade” (p.493).

Tendo em conta os acontecimentos vividos na RAM, este tipo de situações tem sido cada vez mais frequente. Sendo assim, esta competência foi desenvolvida, sobretudo, durante o meu estágio no serviço de urgência.

Constatai que o plano de catástrofe do Hospital Dr.º Nélio Mendonça tem como objetivos disponibilizar em tempo útil os recursos materiais e humanos necessários e dar em tempo útil uma resposta adequada a cada uma das vítimas, utilizando racionalmente os recursos disponíveis.

Este plano é classificado em três níveis de catástrofe. Nível 1 corresponde ao número de vítimas entre 10 e 30 pessoas. Nível 2 corresponde ao número de vítimas entre 31 e 60 e por fim o último nível corresponde ao número de vítimas superior a 60 pessoas.

O sistema de ativação inclui três fases: a de alerta, de alarme e, por fim, a fase de execução.

A fase de execução é realizada através da avaliação do acontecimento pelo Gabinete de Crise. As informações e as instruções são dadas consoante o nível de catástrofe acionado.

É necessário a evacuação dos visitantes, tornando o acesso ao serviço de urgência o mais livre possível, controlar a central telefónica, transferir os doentes internados na sala de observação de forma a haver vagas para possíveis vítimas, ativar as equipas de triagem e identificar as várias aéreas. É necessário, alertar os serviços de apoio, como serviço de imagiologia, bloco operatório ou medicina intensiva, avaliar e redistribuir os recursos humanos. É fundamental reorganizar as áreas do serviço de urgência, denominando-se assim de zona de triagem, zona vermelha, que corresponde a sala de emergência, sala de recuperação, cuidados especiais, SO e sala de cirurgia, zona amarela que corresponde a sala de tratamento e sala aberta. A zona verde e a zona cinzenta correspondem a consulta externa e bloco de consulta. A zona negra corresponde à morgue.

As intervenções de enfermagem passam por contactar e informar o chefe do serviço, avaliar as necessidades quer de enfermeiros como de assistentes operacionais e elaborar um plano de distribuição dos mesmos, coordenar a evacuação de doentes de acordo com o plano de catástrofe, preparar a triagem de catástrofe e providenciar os *kits* de emergência, que se encontram na sala de emergência, identificar as diferentes áreas com cartazes da cor a qual corresponde, solicitar matérias a outros serviços, nomeadamente carros de emergências, macas, monitores, assegurar o abastecimento de produtos farmacêuticos, lavandaria, aprovisionamento e gases medicinais, bem como assegurar a recolha de lixo e providenciar alimentação tanto para os utentes como também para os profissionais de saúde e restante pessoal técnico.

Para tudo isto é necessária uma grande capacidade de gestão do *stress* e das emoções, espírito de interajuda e ajuda ao próximo, tal como foi referido pelo chefe de equipa e os colegas que vivenciaram as diferentes catástrofes. A capacidade de concentração, de pensamento e decisões rápidas, bem como a tentativa de se abstrair do que se passa fora do hospital são fundamentais para que tudo flua de forma mais eficaz e eficiente possível.

O conhecimento do plano de catástrofe, bem como as entrevistas efetuadas aos enfermeiros que vivenciaram este tipo de situações permitiram-me conhecer os tipos de catástrofes e as suas implicações para a saúde, não só para a pessoa, vítima da catástrofe, mas para toda a comunidade. Compreendi os vários graus de urgência e qual a sequência dada ao longo da atuação. Permitiu-me sistematizar as ações que tenho que desenvolver em situações de catástrofe ou de emergência com multi vítimas.

De forma a consolidar conhecimentos nesta área, no passado mês de Dezembro realizei o Curso Medical Response to Major Incidents (MRMI). E tal como aprendi durante este curso, não se trata de “SE acontecer, mas de QUANDO acontecer” temos que estar preparados para enfrentar as diversas situações adversas que daí podem suceder. E os últimos acontecimentos na região têm demonstrado que as catástrofes existem e que também ocorrem mesmo à “nossa porta”.

Durante a minha experiência pessoal, nunca tive de trabalhar nestas condições. Ressalvo apenas a minha participação na evacuação do hospital dos Marmeleiros, em ambas as situações que isso foi necessário. Antes da evacuação, foram informados os doentes e famílias. Foi realizada a verificação da identificação de todos os doentes, como o planeamento de quais os doentes mais prioritários, bem como, quais os que necessitavam de oxigenioterapia, quais os que poderiam ser evacuados em cadeira de rodas e quais os necessitavam de transporte em maca. Este planeamento foi importante para que a evacuação deste hospital ocorresse sem percalços.

1.3 Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade da respostas em tempo útil e adequado.

Segundo Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010), as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema de saúde devido à elevada morbilidade, mortalidade e custos associados.

Os principais riscos estão associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes que, na

atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas, tais como a higienização das mãos, o uso adequado de equipamentos de proteção individual, bem como o controlo e limpeza ambiental. E também no uso racional de antimicrobianos.

Estas infeções não só dificultam o tratamento adequado dos doentes, como também são reconhecidas como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.

Neste sentido a Fundação Calouste Gulbenkian assumiu a recomendação do Relatório “Um Futuro para a Saúde” de apoiar um programa nacional destinado a reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em três anos (2015-2018), em 12 hospitais públicos selecionados mediante concurso público, sendo o SESARAM, EPE um dos selecionados. Em articulação com os Grupos de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), foi integrado o programa STOP infeção hospitalar.

Os objetivos deste programa são reduzir as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central, no Serviço de Medicina Interna e Unidade de Cuidados Intensivos, reduzir as infeções urinárias associadas ao cateter vesical no Serviço de Medicina Interna e Unidade de Cuidados Intensivos, reduzir as pneumonias associadas à intubação e reduzir as infeções do local cirúrgico, como do cólon e reto, vesícula biliar e prótese da anca e joelho. Para tal foram criados quatro feixes de intervenção que vão de encontro com o que foi referido anteriormente.

Como estudante do 2º mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sendo esta uma das nossas competências específicas, não pude deixar de estar atenta de forma a desenvolver esta competência tornando-me assim um exemplo, não só nos três diferentes campos de estágio, bem como no decorrer da minha prática profissional.

Na última reunião, realizada em Junho de 2017, do projeto STOP infeção hospitalar, foram apresentados os resultados das medidas implementadas. Segundo informações retiradas da página *on-line* do SESARAM, EPE, a aplicação deste projeto tem tido bons resultados, tendo-se verificado um decréscimo nas infeções associadas aos cuidados de saúde.

Também, segundo o relatório “programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017” da Direção-Geral de Saúde, as infeções associadas aos cuidados de saúde têm vindo a diminuir gradualmente.

A pneumonia associada à intubação endotraqueal em UCI de adultos em 2016 foi de 7,1 por 1000 dias de intubação. No que se refere à infeção associada a cateter intravascular central (CVC) em UCI de adultos, a taxa de incidência por 1000 dias de cateter foi de 0,9.

Em resumo, na análise geral da evolução da incidência de infeção em Portugal nos últimos anos, devem destacar-se resultados positivos na pneumonia associada à intubação, nas bacteriemias relacionadas com cateter venoso central (CVC), por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e na infeção de prótese de joelho e de cólon e reto.

Assim ao longo dos três contextos de estágio realizados, de forma a fortalecer e melhorar as minhas competências numa área tão sensível do nosso cuidado, desenvolvi objetivos que fossem de encontro com estas indicações propostas pela PPCIRA e pelo programa STOP infeção e que permitissem a continuidade dos bons resultados referentes às infeções associadas aos cuidados de saúde.

É de realçar, que os enfermeiros estão cada vez mais sensibilizados para estas questões e são, sem dúvida, os grandes promotores para as mudanças de comportamento de outros profissionais de saúde e dos seus pares.

Assim pude verificar, ao longo dos três contextos de estágio realizados, que em relação à colocação e manutenção do cateter venoso central, bem como da linha arterial e do cateter de diálise é cumprido o que é protocolado por este programa. A manipulação destes cateteres foi sempre realizada com técnica asséptica, o local de inserção foi monitorizado de forma a detetar sinais e sintomas de infeção. Estes dispositivos foram retirados sempre que deixaram de ser pertinentes, de forma a evitar infeções associadas ao mesmo.

Em relação ao cateter vesical, pude verificar que na sua colocação é também, utilizada sempre uma técnica asséptica e em circuito fechado. Nos registos é colocado o motivo da algaliação. Diariamente é verificada a necessidade de manter o cateter vesical e são adotadas medidas de manutenção segura deste dispositivo, tais como a colocação do saco coletor na linha abaixo da bexiga, longe do chão, e os sacos coletores são despejados quando estes se encontram a dois terços da sua capacidade.

As assistentes operacionais estão elucidadas sobre os cuidados a ter e quais os equipamentos de proteção individual que devem utilizar. Pude verificar que é cumprido com o que é protocolado. No entanto é nossa obrigação a supervisão, ensinar e alertar para o cumprimento destas medidas.

As infeções urinárias, segundo Almeida, Silva, Lindoso e Pessôa (2015), são uma causa comum de infeção nos cuidados intensivos e podem representar entre 8 a 35% das infeções acometidas nestas unidades.

Segundo os mesmos autores verificar a necessidade de cateterização por cateter vesical é um cuidado fundamental para a prevenção de complicações associadas ao cateter vesical, bem como o tempo de permanência do mesmo. É recomendado retirar o cateter vesical, no máximo, ao fim de cinco dias. Estas práticas seguras podem evitar infecções e outras complicações associadas, tais como os traumatismos.

Para os doentes submetidos aos cateterismos mencionados anteriormente (vesical, cateter central, linha arterial e cateter de diálise) efetuei planos de cuidados e tracei intervenções de forma a prevenir as infecções que pudessem surgir se não fossem implementadas tais intervenções.

Em relação à prevenção da infecção no local cirúrgico, na UTIC, o mais semelhante que pude encontrar neste serviço, foram os cateterismos cardíacos. Estes são efetuados através de uma técnica invasiva e logo necessitam de cuidados que possam evitar ou diminuir o risco de infecção. Deste modo, a tricotomia ao local de punção é realizada no momento antes do doente descer para o serviço de hemodinâmica e é utilizada máquina de barbear em vez de lâminas, de forma a evitar cortes na pele.

No que concerne à desinfecção da pele pude verificar, aquando da minha permanência na sala de hemodinâmica, que esta é realizada com clorohexidina a 2%, tal como na colocação do cateter venoso central. A realização deste procedimento é realizado com técnica asséptica.

No serviço de urgência, existe e é utilizada uma folha de *check-list* dos cuidados a ter referente a este ponto. Durante o diálogo com a enfermeira tutora verifiquei que é realizada a administração de antibiótico para profilaxia cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Nesta situação já não é realizada a tricotomia no serviço de urgência, mas apenas no bloco operatório. O banho também nem sempre é realizado, dependendo do caráter de urgência da cirurgia.

No que se refere à prevenção da pneumonia associada ao tubo orotraqueal e à ventilação mecânica, foi durante o estágio nos cuidados intensivos polivalentes, que tive contato com estas situações e dessa forma a possibilidade de colocar em prática os cuidados inerentes à existência deste dispositivo.

Os autores Ribeiro, Anjos e Oliveira (2016), definem pneumonia associada à intubação orotraqueal e à ventilação mecânica como uma "infecção pulmonar que surge após 48 horas de intubação endotraqueal e em uso da ventilação mecânica invasiva, assim como também até 48 horas após extubação" (p. 58). Segundo estes autores é a infecção mais comum nas unidades de cuidados intensivos da Europa.

Desta forma, estes reforçam o imperativo de cuidados de forma a prevenir este tipo de infeções, medidas essas que vão de encontro ao que é preconizado pela PPCIRA e pelo programa STOP infeção.

Essas medidas passam pela higienização frequente das mãos, manutenção da cabeceira elevada até os 45°, cuidados na administração da dieta enteral, técnica adequada de intubação e aspiração traqueal, bem como a monitorização da pressão do cuff, entre 20-30 cm H₂O, manutenção do circuito ventilatório limpo, higiene oral com clorhexidina a 2% de forma a evitar a proliferação de bactérias.

Segundo Hua, Xie, Worthington, Furness, Zhang e Li (2016), a realização de higiene oral com clorhexidina a 2% reduz o risco de desenvolver pneumonia associada ao ventilador em pacientes criticamente doentes de 24% para cerca de 18%.

Segundo a Circular Normativa nº 018/2014, da Direção Geral de Saúde, todos os doentes, com mais de dois meses de idade corrigida, internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros cinco dias após admissão, de forma a prevenir a contaminação por MRSA.

Por outro lado, deve ser realizado o rastreio aos doentes de todos os serviços/unidades de internamento hospitalar e unidades de internamento de cuidados continuados integrados, aos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA, nomeadamente aqueles que foram transferidos de outras unidades com internamentos superiores a 48 horas e todos os que possuem um ou mais dos seguintes critérios: uso de antibióticos nos seis meses anteriores, internamento nos seis meses anteriores, que tenham realizado hemodiálise, que tenham internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos, que apresentem dispositivos invasivos, que possuam feridas crónicas e que tenham sofrido de colonização prévia por MRSA.

Tendo em conta o referido, na unidade de cuidados intensivos polivalentes, a todos os doentes lá admitidos, foi realizado o protocolo de prevenção de MRSA.

Na UTIC, também é uma preocupação dos enfermeiros e muitas vezes são estes que chamam a atenção dos médicos para a necessidade da prescrição médica para os toalhetes de clorhexidina a 2%, bem como para a necessidade dos rastreios dos doentes, através da zaragatoa nasal.

No relatório da Direção-Geral de Saúde, denominado PORTUGAL - Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015 é revelado

que as precauções básicas de controlo de infeção são o alicerce das boas práticas clínicas que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada das infeções associadas aos cuidados de saúde. Estas devem ser aplicadas em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso e têm como objetivo garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

Estas precauções incluem dez itens, sendo estes a colocação de doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Em relação à colocação dos doentes, a UTIC é composta por cinco camas, separadas individualmente por quartos ou por cortinas, evitando assim, a transmissão de micro organismos e as infeções cruzadas. Em cada cama é colocada a solução alcoólica para desinfeção das mãos, facilitando assim a sua utilização por parte dos profissionais de saúde antes e após o contato com o doente, bem como pelos familiares, que foram sempre incentivados a proceder à desinfeção das mãos no início e no final da visita. A etiqueta respiratória foi uma precaução que foi tida em conta e foram realizados ensinamentos aos familiares sempre que foi necessário.

Nos CI, não existem quartos separados, à exceção do isolamento, mas as restantes camas oferecem a distância preconizada entre elas, havendo igualmente a sua separação por biombo, evitando, desta forma, a transmissão e propagação de micro organismos.

O uso dos equipamentos de proteção individual é uma realidade, principalmente nos doentes com maior risco de infeção e sempre que eram manipulados os dispositivos invasivos. A limpeza do ambiente, a descontaminação do material são realizadas pelos assistentes operacionais e supervisionados pelos enfermeiros. A limpeza do ambiente é realizada diariamente e sempre que necessário. A separação da roupa suja é realizada conforme o risco apresentado.

É realizada a triagem adequada dos lixos, tendo em conta os grupos a que cada resíduo pertence. Por exemplo, nos CI polivalentes, segundo o relatório do serviço referente ao ano de 2016, a taxa de adesão da triagem dos lixos foi de 97,6%. Resultados como este demonstram uma grande adesão por parte dos enfermeiros deste serviço.

Na preparação e administração de medicação injetável, tive sempre em atenção em realizar a higienização das mãos antes da sua preparação e administração dos mesmos, realizando também a desinfeção do local de administração e dos cateteres.

Os enfermeiros que prestam cuidados nestas unidades revelam uma preocupação no cumprimento destas precauções, proporcionando deste modo, cuidados de qualidade.

No serviço de urgência, a prevenção e controlo da transmissão de micro organismos torna-se mais complicado. Não por falta de conhecimentos, mas sim por falta de condições para poderem prestar cuidados nesse sentido.

A grande afluência de doentes ao SU torna-se quase, se não impossível, evitar a proliferação de microrganismos pelo meio ambiente, principalmente nos postos de trabalho, sala aberta, sala de tratamento e sala de recuperação, onde por vezes o número de doentes aí presentes excede a capacidade física destes postos de trabalho, sendo os doentes colocados muito perto um dos outros, não havendo a distancia preconizada entre camas. Aqui é exigido ao enfermeiro uma grande capacidade para gerir os seus cuidados.

Nos postos de trabalho SO e cuidados especiais é mais fácil a prevenção e o controlo de infeção, pois a estrutura física permite a separação dos doentes com cortinas, (apesar destas se encontrarem danificadas). A solução alcoólica encontra-se aos pés de todas as camas.

O SO é constituído por nove camas e uma de isolamento. Na sala de cuidados especiais tem capacidade para dois doentes. Neste posto de trabalho é mais fácil controlar a entrada e saída de familiares, sendo possível fazer alguns ensinamentos tais como sobre a importância da lavagem e desinfeção das mãos, bem como para a etiqueta respiratória, sendo esta também uma das precauções básicas para prevenção e controlo da infeção.

É notório o esforço diário por parte dos enfermeiros deste serviço para cumprir com as normas estabelecidas. É de notar também, o descontentamento quando o material existente no serviço não é o mais apropriado, quando as condições físicas não são as ideais e quando o número de profissionais não é suficiente para poderem dar as respostas adequadas e em tempo útil à grande quantidade de pessoas que recorrem ao SU.

Tudo isto faz com que o controlo de infeção neste serviço por vezes, seja complicado ou quase impossível.

O conhecimento de certas medidas de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como a solidificação de conhecimentos já obtidos anteriormente, fizeram com que hoje realize estratégias pró ativas no serviço onde me encontro a trabalhar, que visam a prevenção e o controlo das infeções. Monitorizo e avalio as medidas adotadas e sinto que hoje sou mais criteriosa neste sentido, procurando ser um exemplo a seguir por parte dos outros colegas, bem como por parte de outros profissionais de saúde.

CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Relembrando o Regulamento nº 122/2011, especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (p. 8648). Possuem elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. Todos os enfermeiros especialistas, qualquer que seja a sua área de especialização, partilham de um grupo de domínios, que são consideradas as competências comuns. A sua atuação pode envolver cuidados a nível dos cuidados primários, secundários e terciários.

O conjunto de competências clínicas especializadas ocorre com o aprofundamento e aperfeiçoamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

São quatro os domínios que compõem as competências comuns do enfermeiro especialista, que procurarei explorá-las de forma a demonstrar como foi o caminho percorrido para poder atingi-las.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Mendes (2009) ao longo do seu artigo, intitulado “A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem” refere que a evolução das sociedades e a procura constante do equilíbrio entre o bem individual e o bem coletivo têm demonstrado, de uma forma clara, que a ética constitui-se como um pilar fundamental para o desenvolvimento de cuidados com base no respeito pela vida, dignidade e direitos humanos.

Cada vez mais, as decisões éticas assumem a centralidade das decisões que os enfermeiros têm de tomar no seu dia-a-dia de trabalho, pois ajudam às tomadas de decisão adequadas a cada situação.

Esta autora refere, ainda, que os enfermeiros enquanto agentes sociais devem-se comprometer com a garantia de uma prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos. E deste modo “a ética do cuidado apregoa que são as relações humanas estabelecidas que permitem defender as pessoas vulneráveis, dependentes, doentes e frágeis, bem como satisfazer as suas necessidades” (p.166).

Por sua vez, Deodato (2014) diz-nos que quando uma pessoa fica ao cuidado do enfermeiro, este passa a responsabilizar-se pela satisfação das suas necessidades de cuidados, essenciais à sua sobrevivência e enfatiza que “O respeito pela unidade do todo humano e não apenas por alguma das suas dimensões que podem apenas teoricamente

separar-se, constitui uma razão fundamental para a escolha das intervenções que respondam aos problemas éticos com que o enfermeiro se defronta” (p. 91).

Para este mesmo autor, respeitar a pessoa significa ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a, o que se traduz em presença capaz de transmitir a segurança necessária para lidar com situações de doença particularmente dolorosas.

Deste modo, o respeito pela pessoa e pela sua dignidade, tem como finalidade promover o seu bem-estar não apenas físico, mas também mental, psicológico e moral.

O código deontológico é um pilar essencial da prática de enfermagem, estando aqui expostos os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos, bem como as responsabilidades da profissão. Deste modo, este documento estabelece que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro e tem como princípios universais a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional.

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, referente ao Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem (REPE), no artigo 8.º, alínea 1, prevê que o enfermeiro no exercício da sua função deve “adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Ainda, no artigo 8.º, alínea 3, é realçado que os enfermeiros “têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível da dignidade e autonomia de exercício profissional” (p.2961). Este mesmo Decreto-Lei foi, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.

Assim sendo, durante toda a minha atuação como enfermeira e neste caso como aluna do mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, procurei respeitar os direitos do utente e da família/ pessoa significativa, tendo em conta os princípios éticos referidos anteriormente, atuando com responsabilidade.

A Lei n.º 156/2015, que se refere às alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, menciona no capítulo referente à deontologia profissional, artigo 107º, “Do respeito pela intimidade”, que deverá ser atendido aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa. Deste modo, durante a minha atuação ao longo dos três estágios efetuados, respeitei a intimidade da pessoa e protegi-a da intromissão na sua vida privada e da sua família.

Durante as minhas intervenções, as questões efetuadas foram com o intuito de realizar uma avaliação das necessidades, de forma a poder levantar diagnósticos de

enfermagem e assim, atuar no sentido de ajudar na sua recuperação. Estas informações foram obtidas através da criação de uma relação terapêutica, apoiada numa comunicação igualmente terapêutica, salientando o respeito pelo segredo profissional e fomentando assim a confiança entre mim, profissional de saúde e o doente. As informações sobre o seu estado de saúde foram apenas partilhadas aos familiares próximos ou pessoa significativa e tendo sempre a atenção as indicações dadas pelo mesmo, estando aqui presente também, o princípio da autonomia.

Como referido anteriormente, o sigilo profissional, foi uma das minhas preocupações e posso afirmá-lo que foi cumprido. Tal como preconiza o artigo 106º da referida Lei, os enfermeiros estão obrigados a guardar segredo profissional sobre o que tomam conhecimento no exercício da sua profissão. Os registos de enfermagem são realizados em suporte informático, cujo acesso é feito através do uso do número mecanográfico e protegido por *password*, ficando o meu registo, sempre que acedi ao programa de suporte informático, bem como aos doentes de quem procurei informações. Durante as passagens de turno, foram referidos os aspetos mais revelantes de cada utente dando atenção, não só à sua situação clínica, mas também atendendo ao seu bem-estar, à segurança física, emocional e social, respeitando sempre a sua privacidade e confidencialidade das informações. Estas foram partilhadas apenas com os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados ao doente, ou seja, à equipa terapêutica.

Durante as minhas intervenções tive sempre em atenção informar e explicar sobre as mesmas, pedindo a sua autorização e colaboração sendo elas as mais simples e menos invasivas, como por exemplo a avaliação de tensão arterial, bem como os procedimentos mais invasivos, tal como a colocação de cateter vesical, cumprindo com o preconizado pelo artigo 105º da Lei referida anteriormente, que salienta que devemos respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.

Nos doentes sedados e incapazes de comunicar, realizei as minhas intervenções com base no consentimento presumido, salvaguardando os seus direitos, bem como a sua segurança, privacidade e o bem-estar. À medida que foi sendo diminuído o nível de sedação, atuei de forma a promover a sua autonomia progressiva e de forma a proporcionar a sua recuperação.

Segundo a Norma da Direção Geral de Saúde 015/2013, atualizada em novembro de 2015, existe consentimento presumido “quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado” (p.6).

Esta norma vem reforçar o que já foi referido anteriormente, a qual refere que o consentimento presumido é “importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa” (p.6). Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência, consagrado nos direitos humanos bem como na ética da saúde e mais concretamente na teoria principalista.

Esta norma vem uma vez mais, esclarecer a importância do consentimento informado, pois este é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões que levam à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica, o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida.

Este provém da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. “Envolve a pessoa no processo de decisão quanto aos atos e/ou intervenções de saúde que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos” (p.9). O consentimento informado vem reforçar a comunicação terapêutica, pois este deve ser um momento de comunicação efetiva, fornecendo à pessoa as ferramentas necessárias à decisão que vier a assumir, sobre o seu próprio estado de saúde, “assumindo que os princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente, e da não-maleficência, que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios, estão salvaguardados” (p.9).

Em relação aos problemas éticos identificados por mim destaco uma situação que ocorreu durante o estágio III, em que face a um doente em fase terminal surgiu a dúvida se iniciaríamos ou não medicação de suporte, podendo esta provocar maior sofrimento, mas permitindo a visita e a despedida dos seus familiares.

Refletindo sobre a situação e tendo em conta os princípios éticos que fundamentam o exercício da profissão tais como o princípio da autonomia, beneficência e não maleficência e da vulnerabilidade, procurou-se tomar a decisão mais acertada.

Tendo em conta que se tratava de um doente em fase terminal, e que já não possuía capacidade para tomar decisões sobre a sua situação, pois encontrava-se muito debilitado estando o princípio da autonomia comprometido, coube-nos a nós profissionais de saúde tomar essa decisão.

Nos termos da Lei nº 15/2014, a qual consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, o utente tem direito a ser tratado tendo em conta a dignidade humana e com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas e a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.

Ainda, nos termos do artigo 108º da Lei nº 156/2015, a qual nos fala do respeito pela pessoa em situação de fim de vida, o enfermeiro deve: “Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida” (p.8103), bem como “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (p.8103).

Em relação aos princípios da beneficência e da não maleficência, o primeiro relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar os outros. Por outro lado, o princípio da não-maleficência implica não fazer o mal, não causar dano. Há autores que defendem que não causar dano é imperativo, mais obrigatório do que a exigência de promover o bem (Nunes, 2008).

A abstenção de terapêuticas inúteis, ou seja, a decisão de iniciar um determinado tratamento que não traz benefício para o doente, e que até, pelo contrário, provoca desconforto e sofrimento, é um dever ético que se fundamenta no princípio da não-maleficência.

Deodato (2014), em relação a este princípio refere que

o enfermeiro deve decidir com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a possa afetar negativamente. A decisão procura que os efeitos da ação realizada não causem danos à pessoa, evitando assim o mal para ela. Um efeito que prejudique a sua integridade física, que agrave o seu sofrimento que coloque em risco o seu bem-estar ou mesmo a sua vida. São resultados de intervenções que violariam a dignidade humana e como tal não são, por princípio, executadas (p. 101).

Na situação em apreço, o doente e familiares residiam no Porto Santo e no Canadá respetivamente. Tendo em conta que o doente demonstrou vontade em falar com os seus familiares mais próximos e sabendo que estes só chegariam à Madeira durante a noite e durante a manhã seguinte, deveríamos assim iniciar ou não medicação de suporte? Depois de conversar com os colegas mais experientes e com o médico assistente, decidiu-se pelo início da perfusão de dopamina.

Para a introdução deste medicamento, não foi necessário cateterizar novos acessos venosos pois este já os possuía, o que em termos de técnicas invasivas e dolorosas estas não foram praticadas. Foi sempre avaliada a dor e promovidos cuidados de conforto.

Com a introdução deste medicamento, não se verificaram alterações significativas no seu estado hemodinâmico e o seu estado de consciência manteve-se igual, ou seja prostrado, reativo apenas a estímulos dolorosos. Contudo conseguiu-se promover aquilo que o doente desejava que era poder se despedir dos seus familiares.

Este caso foi para mim de grande aprendizagem e permitiu-me refletir sobre estas questões que tantas dúvidas e inquietações nos provocam, apesar de serem frequentes no nosso dia-a-dia. Inicialmente, achei que a introdução desta droga não iria trazer qualquer benefício ao doente, pois a deterioração do seu estado era já muito avançada e como tal era desnecessário e só prolongaria o seu sofrimento. Contudo, e tendo em conta os desejos demonstrados pelo próprio, fez todo o sentido a sua introdução, pois permitiu que houvesse uma despedida entre todos. Segundo Nunes (2015), as principais preocupações éticas expressas pelos enfermeiros dizem respeito à “informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes” (p. 198).

A situação referida foi de encontro às minhas principais dificuldades, que consistem em lidar com as situações de fim de vida.

O conhecimento mais aprofundado sobre os direitos dos doentes, os valores universais da profissão, os princípios éticos, bem como a utilização de um modelo de tomada de decisão, onde as informações recolhidas anteriormente, as questões levantadas e as várias hipóteses para resolução do problema, os prós e os contra das nossas intervenções foram analisados levando assim, à melhor decisão para o doente, as quais foram fundamentais, fizeram a diferença e promoveram a excelência do cuidado.

Situações comuns, relatadas pelos enfermeiros no serviço de urgência e que eu própria também já vivi no meu serviço, são em relação às testemunhas de Jeová e às transfusões sanguíneas, que muitas vezes os doentes recusam devido à sua orientação religiosa. Apesar desta recusa, as pessoas são cuidadas da mesma forma, não havendo qualquer discriminação no atendimento e atenção às mesmas, pois nos termos do artigo 102º, da Lei nº 156/2015, o enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação, respeitando as opções políticas, culturais, morais e religiosas.

Continuando a falar sobre as situações de fim de vida, o serviço de urgência não é o local mais indicado para prestação de cuidados paliativos ou terminais, pois aqui, como já referi anteriormente, não se verificam as condições ideais de privacidade e de conforto. No entanto, verifiquei que existe cada vez mais consciência sobre este tema. Através do diálogo com o enfermeiro chefe de equipa e médicos, já se opta por tratamentos ou decisões terapêuticas mais adequadas às situações terminais. São reforçados o controlo da dor e as

medidas promotoras do conforto. São evitadas intervenções invasivas, que possam causar maior sofrimento.

Neste sentido, Deodato (2014) revela que nas situações de fim de vida, em que a morte se revela inevitável, “a decisão de enfermagem não se funda cegamente no respeito pela vida. Respeitar a pessoa significa sobretudo respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima” (p.103).

Este afirma ainda que hoje é possível aliviar o sofrimento causado pela dor, permitindo que algumas pessoas com determinadas doenças, mantenham a esperança de viver com uma qualidade de vida aceitável.

Nos termos da lei n.º 33/2009 de 14 de Julho de 2009, que se refere ao Direito de acompanhamento dos doentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, é reconhecido e garantido, nos termos do artigo 2º, a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada. Assim todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito pelo serviço. O acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, a menos que o doente expresse indicação contrária. O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

Contudo, para melhor organização deste serviço, recentemente foi emitido um comunicado, presente em vários locais do SU, em que devido ao grande afluxo de pessoas, foi limitada transitoriamente a presença de acompanhantes nas salas de tratamento e de recuperação.

O conhecimento ético é extremamente importante para proporcionar a excelência do cuidado profissional. O desenvolvimento deste domínio permitiu-me refletir sobre diversas situações vividas, foi um refrescar de conhecimentos e de conceitos, que me permitiram estar hoje mais atenta e atuar de forma mais consciente e ética, dando importância e respeitando a individualidade de cada um.

Lidar com doentes em situação crítica em diferentes contextos, com diferentes graus de dependência e de vulnerabilidade, possibilitou o desenvolvimento deste domínio. Através de uma reflexão mais aprofundada sobre os direitos e os deveres, meus e dos doentes permitiu-me caminhar para o desenvolvimento de cuidados com qualidade crescente, acreditando que hoje presto cuidados com maior qualidade e mais justos.

2.2 Domínio da melhoria da qualidade

Ao falar da melhoria da qualidade dos cuidados é imperativo falar da criação de um ambiente terapêutico seguro, onde o enfermeiro especialista deve ter um lugar de destaque procurando a promoção e o desenvolvimento que visam não só a qualidade dos cuidados como também a segurança desses mesmos cuidados.

Infelizmente a ocorrência de eventos adversos durante a prestação de cuidados de enfermagem é um facto que pode colocar em risco a vida dos doentes e por essa razão, cada vez mais os enfermeiros têm procurado estratégias que assegurem o menor risco para a saúde dos doentes.

Neste sentido, Barbosa, Oliveira, Lopes Poletti e Baccaria (2014) referem que “a assistência à saúde isenta de riscos e falhas ao paciente é um objetivo a ser atingido pelos profissionais da saúde e um compromisso da formação profissional” (p.244). Tal ocorre com as equipas de enfermagem, pois os erros podem acontecer, exigindo de nós profissionais de saúde, condutas imediatas, que visam a correção do erro. Contudo, estas situações geram *stress* e medos.

Por outro lado, Castilho, Parreira e Martins (2016) referem que a segurança do doente, particularmente a ocorrência de eventos adversos nos cuidados de saúde, é uma preocupação crescente das organizações de saúde, reconhecida como área prioritária e muito associada à qualidade em saúde.

Estes autores afirmam que os enfermeiros têm uma posição privilegiada na prestação de cuidados de saúde seguros, e como tal esta posição coloca-nos muitas vezes na trajetória de ocorrência de eventos adversos.

Estudos realizados em vários países, como por exemplo, Canadá, Brasil, Espanha e em Portugal indicam uma taxa de incidência de eventos adversos em doentes internados entre 7,5% e 16,6%, considerando-se que cerca de metade resultam de falhas que poderiam ser prevenidas (Castilho, Parreira & Martins, 2016). No entanto, através destes estudos concluiu-se que se trata de um problema de dimensão mundial, não se tratando apenas de um problema de Portugal.

Continuando a citar estes mesmos autores, a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar desenvolve-se num sistema complexo e adaptativo onde os profissionais tomam decisões, agem muitas vezes em situações de urgência e emergências e como tal podem estar sujeitos ao erro.

A segurança dos cuidados é de responsabilidade multiprofissional, embora os enfermeiros desenvolvam um papel fundamental para o desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, uma vez que os “enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, cuidam do doente durante as 24 horas, asseguram a continuidade dos cuidados durante o internamento, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente” (Castilho et al, 2016, p. 607). Pela posição que ocupam, no contato direto com os doentes e com outros profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham um importante papel na melhoria contínua do ambiente das práticas e cuidados seguros.

Os autores supracitados descrevem como eventos adversos mais comuns os erros de medicação, as quedas, erros por omissão e por comissão na realização de práticas de enfermagem junto do doente, como sejam as falhas na vigilância, no julgamento clínico, no respeito pela privacidade e na advocacia dos interesses do doente e família.

Relativamente aos erros de medicação são salientados os erros relativamente à dose a administrar, à via, ou mesmo falha na sua preparação e armazenamento.

Estes mesmos autores afirmam ainda que “o impacto no doente pode ocorrer a nível físico, psíquico e social, podendo a sua gravidade variar entre ausência de dano, dano mínimo, moderado, severo e morte” (p. 612). Para a instituição de saúde os eventos adversos aumentam as necessidades de maior vigilância, medicação adicional e muitas vezes o prolongamento do internamento e a mobilização de recursos extraordinários, como a ativação de equipas de emergência e/ou internamento em cuidados intensivos, repercutindo-se em maior consumo de recursos materiais e humanos.

Por sua vez, Almeida, Drummond e Ferreira (2017) vão de encontro com o que foi referido anteriormente, quando salientam que para além das consequências físicas destes incidentes, o dano pode levar a processos éticos traumáticos e irreversíveis. Os gastos com a saúde decorrentes dos eventos adversos representam grave prejuízo tanto no aumento do tempo de permanência hospitalar, bem como na mortalidade e na repercussão com ações litigiosas, trazendo prejuízos morais, financeiros e organizacionais. A ausência de segurança no cuidado ao doente pode resultar em perda de confiança nos serviços de saúde, bem como na relação entre doentes e profissionais, ocorrendo o aumento de custos económicos e sociais para a população e redução na possibilidade de alcançar os resultados esperados pelos profissionais de saúde e pela própria instituição de saúde.

Na mesma linha de pensamento Nogueira, Gomes, Belchior e Araújo (2016) defendem que o Serviço de Urgência afirma-se como um local onde o potencial para a

ocorrência de erros se encontra aumentado, salientando como o mais comum os erros de medicação, sendo estes também, um dos principais fatores responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade e dos custos em saúde. Estes referem, igualmente, que o potencial de risco para ocorrência de erros na administração de medicação, deve-se ao facto de, no contexto de SU, serem necessários diferentes fármacos para estabilização do doentes, principalmente administrados por via endovenosa, requerendo assim maior atenção em relação às doses e diluições, como ocorre com frequência na administração de drogas vasoativas.

Sendo que este serviço, muitas vezes se encontra confuso e agitado, devido ao elevado número de pessoas que recorrem a este diariamente, é fácil de perceber que este ambiente pode proporcionar o erro levando a consequências que podem ser graves para a saúde e estabilidade do doente.

Neste contexto e por haver drogas com que não estava familiarizada, tive sempre a atenção de verificar, pesquisar e validar com aos colegas mais experientes, nomeadamente a minha orientadora o seu efeito terapêutico, efeitos secundários, modo de administração e diluições, bem como na sua identificação de dosagem correta, pois como nos referem Nogueira et al (2016), os autores de um estudo efetuado nos Estados Unidos da América, concluíram que 49% dos erros foram encontrados na fase de prescrição, 11% na transcrição, 14% na dispensa e 26% na administração.

Tal como estes autores referem a grande percentagem de erro ocorre numa fase de prescrição, contudo nós enfermeiros, principalmente enfermeiros especialistas, desempenhamos um papel vital na sua prevenção, não só porque cabe-nos a nós a sua administração e sendo nós detentores de conhecimentos científicos que nos permitem realizar uma análise crítica sobre essas mesmas prescrições podemos decidir sobre a sua execução ou não e alertar o prescritor. Tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2003), os enfermeiros executam a administração da terapêutica prescrita, “detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (p.8).

No estudo referido anteriormente é salientado que “quando o erro acontece, a preocupação dos enfermeiros foca-se na redução do dano e prevenção de eventuais complicações, não hesitando no pedido de ajuda de outros profissionais” (Castilho et al, p.619).

Os erros mais identificados foram os erros de vigilância, julgamento clínico, advocacia, realização de procedimentos, registos, bem como os erros na preparação e administração de medicação, comunicação ineficaz e supervisão inadequada.

Para que os eventos adversos e os erros não ocorram Almeida et al (2017), afirmam que é importante planear os cuidados, através da colheita de dados e de informações pertinentes e do levantamento de diagnósticos de enfermagem e executar as intervenções avaliando os seus resultados, assegurando deste modo a continuidade dos cuidados.

Neste sentido surgiu em 2015 o Despacho n.º 1400-A/2015, referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o qual visa apoiar os gestores e os clínicos do serviço nacional de saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados. Os objetivos definidos para este plano incluem: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança na comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, analisar e prevenir incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Assim sendo, durante as minhas práticas clínicas procurei promover sempre um ambiente seguro e tentei estabelecer um ambiente de confiança, demonstrando disponibilidade e garantindo confidencialidade e o máximo de privacidade dos doentes aquando da prestação de cuidados.

Desde a entrada dos doentes no SU foi sempre colocada uma pulseira de identificação a todos os doentes a qual permaneceu até a alta hospitalar. A correta identificação dos doentes é fundamental para que não exista a troca de informações ou enganos na administração de medicamentos ou de outros componentes como por exemplo, os hemoderivados. Esta identificação é primordial principalmente em ambientes tal como no SU, onde muitos dos doentes não comunicam verbalmente, apresentam confusão mental ou mesmo estados de dependência total. Assim, através desta identificação permite-nos que antes de qualquer procedimento, possamos verificar a sua correta identificação, garantindo a segurança do mesmo. Assim, antes de qualquer intervenção, como por exemplo administração de medicação, tive sempre o cuidado de identificar o doente e confirmar a prescrição terapêutica. O mesmo aconteceu aquando da administração de hemoderivados, como por exemplo unidade de concentrado de eritrócitos e de plasma, tendo sido sempre preenchido o formulário de monitorização das perfusões.

As informações sobre os dados clínicos estão inseridas na aplicação eletrônica, que é usada por todos os serviços, facilitando, deste modo, a comunicação e a transmissão das informações, dificultando a perda destes mesmos dados e auxiliando a continuidade do tratamento e de cuidados.

Em relação à segurança cirúrgica, como já referi anteriormente, no SU existe e é colocado em prática a *check list* dos dados necessários a conter para que seja reduzido o nível de erro ou de evento adverso, tal como a infecção do local cirúrgico.

A prevenção de quedas e de ocorrência de úlceras de pressão são dois pontos comuns de preocupação por parte dos enfermeiros de todos os serviços onde efetuei os meus estágios, e estes cumprem com o que é protocolado pela Direção Geral da Saúde em que a avaliação da escala de Braden em contexto de cuidados intensivos e SU é realizada diariamente, independentemente do valor obtido. A avaliação da escala de queda é realizada em dias alternados, independentemente do score obtido anteriormente. São levantados diagnósticos e traçadas intervenções conforme os diagnósticos de enfermagem efetuados.

Na UTIC, segundo dados fornecidos pelo relatório do serviço, não ocorreu qualquer queda notificada e a incidência de úlceras de pressão também é muito baixa. Isto deve-se ao tipo de doentes que aqui são internados, pois são na sua maioria pessoas conscientes e orientadas e independentes nas suas atividades de vida.

Nos cuidados intensivos polivalentes, segundo o relatório do serviço de referente ao ano de 2016, disponibilizado pelo enfermeiro chefe, no ano de 2016 ocorreu uma queda de um doente. Em relação às úlceras por pressão têm uma incidência de 3,1% e uma taxa de prevalência de 6%.

Os autores Coleman et al (2013) referem que os fatores de risco para ocorrência de úlceras por pressão são de ordem multifatorial, não havendo um fator mais determinante do que outro. Já para Sousa, Oliveira, Lima e Stival (2016) os fatores de risco, relacionados com o aparecimento de úlceras de pressão, foram os baixos scores da escala de Braden, especialmente nas subcategorias perceção sensorial, humidade, mobilidade, fricção e cisalhamento. O nível de gravidade determinado pelas escalas Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE) e Simplified Acute Physiology Score II (SAPS), que refletem uma grande instabilidade hemodinâmica, também é tido como fator de risco adicional para que surjam úlceras por pressão.

Segundo estes mesmos autores, longos períodos de internamento nos cuidados intensivos, pós-operatórios e morbilidades respiratórias estão associados a elevada incidência de úlceras de pressão em doentes críticos.

Especificamente neste domínio, os enfermeiros têm um papel fundamental na sua prevenção, deteção e tratamento.

Segundo a orientação nº 017/2011 da Direção Geral da Saúde, a qual nos fala sobre a escala de Braden, versão adulta e pediátrica, é salientado que o “registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes” (p.2).

Nesta orientação são expostos dados epidemiológicos relativos aos cuidados hospitalares portugueses que indicam uma prevalência média de úlceras de pressão de 11,5%. Nos serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%. É referido igualmente que os doentes com úlcera por pressão têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que significa maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde.

Segundo o relatório disponibilizado pelo enfermeiro chefe dos cuidados intensivos polivalentes, os eventos adversos ocorridos durante o ano de 2015 foram a exteriorização do tubo endotraqueal, a exteriorização da linha arterial e da sonda nasogástrica, a exteriorização do dreno torácico, a exteriorização do cateter venoso central, o pneumotórax iatrogénico, a rutura do cuff do tubo endotraqueal, a anomalia no cateter arterial e a exteriorização do cateter abdominal. A exteriorização do tubo endotraqueal foi o evento adverso mais notificado, tendo tido uma frequência de seis vezes.

Tal como é alertado por Barbosa et al (2014), garantir a segurança dos doentes críticos é um grande desafio para os profissionais que lidam com este tipo de doentes, pois estes são submetidos a muitos procedimentos por dia, podendo ocorrer erros com potencial nível de nocividade.

Tendo em conta, os conhecimentos adquiridos sobre este tema e de forma a combater a ocorrência de eventos adversos, tentei sempre esclarecer as dúvidas sempre que estas existiram. Não atuei na dúvida e pedi sempre colaboração aos enfermeiros tutores na execução de intervenções em que pudessem surgir mais dúvidas ou possíveis complicações, promovendo deste modo o aumento da segurança do doente. Demonstrei conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os doentes, promovi os princípios para garantir a segurança da administração de substâncias e desenvolvi medidas para a segurança dos dados e dos registos, desenvolvi sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de erro, estive atenta de forma a prevenir os riscos ambientais, bem como na pertinência dos meus cuidados, pois tal como é referido pelo

Despacho n.º 1400-A/2015 o conceito de qualidade na saúde estipula várias dimensões, como a “pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade” (p. 3882 (2)).

Assim sendo, realizei diariamente a reavaliação dos planos de cuidados e introduzi as alterações necessárias de modo a adequar e melhorar os cuidados prestados, bem como os meus registos de enfermagem, onde procurei melhorá-los para que estes se tornassem mais claros e concisos. Assim, realizei as alterações pertinentes de acordo com a evolução dos doentes, de forma a refletir uma prática de enfermagem personalizada e individualizada. Tal como nos termos da Lei 156/2015, artigo 104.º, o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com vigor as observações e as intervenções realizadas, pois é através dos registos que é reforçada a visibilidade do nosso desempenho, reforçando a nossa autonomia e responsabilidade profissional. Já nos termos do artigo 109º, desta mesma Lei, o enfermeiro deve procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício profissional. Sendo assim, procurei refletir criticamente e regularmente sobre o meu desempenho, tentando reconhecer possíveis falhas e dessa forma poder melhorar ou mesmo evitá-las.

Como não poderia deixar de ser, tive uma especial atenção às minhas condutas em relação ao controlo de infeção, pois esta está estreitamente ligada à melhoria contínua da qualidade e à segurança do doente. Assim, ao longo deste mestrado, refleti mais sobre as minhas condutas e refleti, sobretudo, sobre as estratégias a adotar de forma a melhorar e promover a qualidade dos meus cuidados.

De forma a colaborar na melhoria contínua da qualidade, durante o estágio na UTIC, elaborei um panfleto informativo, o qual, após ser validado pela tutora e pela professora orientadora, foi divulgado aos restantes membros da equipa de enfermagem. Como neste momento, este serviço está em programa de acreditação da qualidade, pude deste modo, dar o meu contributo na atualização dos panfletos informativos.

Durante a pesquisa bibliográfica para a elaboração do meu projeto de auto formação, que tal como já referi anteriormente foi com o objetivo de ganhar competências especializadas no cuidado do doente com doença isquémica cardíaca, detetei que na RAM não existe qualquer centro de reabilitação cardíaca, tal como existe em algumas regiões de Portugal Continental. Por essa razão na elaboração desse panfleto, incluí as informações mais pertinentes que envolve o processo de reabilitação.

Segundo a Coordenação Nacional para as doenças Cardiovasculares (2009), o programa de Reabilitação Cardíaca deve incluir treino de exercício, o aconselhamento nutricional, o tratamento da diabetes, da hipertensão arterial e da dislipidémia. Tem como foco também, a cessação tabágica, o controlo do peso, o tratamento psicossocial e o aconselhamento sobre a atividade física.

Deste modo incluí no panfleto estas orientações e tendo por base as últimas diretrizes da Direção Geral de Saúde sobre a alimentação saudável.

2.3 Domínio da gestão de cuidados

No domínio da gestão de cuidados optei por abordar a organização dos recursos para que os cuidados sejam mais eficazes e pela organização dos meus cuidados propriamente ditos.

Voltando a mencionar o Regulamento nº 122/2011, intitulado “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”, este refere que o enfermeiro especialista tem competências a nível da gestão de cuidados e deste modo este deve ser capaz de gerir os cuidados, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, visando a otimização dos cuidados” (p.8649).

Para Parreira (2005) citado por Mateus e Serra (2017) o gestor tem um papel de líder em que dirige, aconselha, motiva e tem uma função de ligação entre os superiores hierárquicos e os seus colaboradores, de forma a obter, fornecer e comunicar informações pertinentes à manutenção de um bom ambiente de trabalho.

O serviço de urgência, a unidade de cuidados intensivos polivalente bem como a UTIC, são constituídas por equipas e cada equipa possui um chefe de equipa. Estes têm como funções assegurar os cuidados de enfermagem necessários em cada posto de trabalho tendo em conta as necessidades existentes e os recursos disponíveis, adequando o rácio de enfermeiros e tentando obter as dotações seguras. É sua função também, proceder à mobilidade dos enfermeiros nos diferentes postos de trabalho sempre que a situação o justifique, elaborar o plano de trabalho dos enfermeiros da sua equipa, certificar-se da operacionalidade de todo o equipamento e assegurar a existência de consumíveis para o normal funcionamento do serviço, entre outras tarefas.

O enfermeiro com competências na área da gestão, tem um papel fundamental não só para gerir os recursos dentro do seu próprio serviço, mas também de chamar à atenção e

de notificar os seus superiores hierárquicos para a falta das dotações seguras, da falta de material e condições de trabalho que tanto podem influenciar a qualidade como a segurança dos cuidados prestados e assim melhorar as condições de saúde dos nossos doentes e comunidade.

Para o doente crítico, um número de enfermeiros em quantidade e competências adequadas e de acordo com a dotação segura preconizada para o seu contexto, mostra ser de particular importância pois, este tipo de doentes implica cuidados altamente especializados.

Contudo, verifiquei que em todos estes serviços, por vezes o número de enfermeiros a trabalhar não era o suficiente, sendo necessário, muitas vezes, recorrer a trabalho extraordinário, podendo levar à fadiga e exaustão por parte dos enfermeiros, comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados.

Na UTIC e no SU, a gestão dos enfermeiros é realizada por postos de trabalho, em que o número de elementos é sempre constante. O elevado número de pessoas que recorrerem diariamente ao serviço de urgência, faz com o número de profissionais a trabalhar não seja o adequado, obrigando, quando assim é possível, à mobilização de enfermeiros de um posto de trabalho para o outro.

Na UCI polivalente de forma de ajudar na gestão de cuidados é aplicado o instrumento Therapeutic Intervention Scoring System, (TISS-28). Este é um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem no contexto de cuidados intensivos, e tem por base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a sua complexidade e o tempo dispensado pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos no doente crítico.

O resultado obtido da avaliação reflete a carga de trabalho da equipa de enfermagem, sendo este instrumento considerado uma ferramenta de gestão com grande utilidade na prática clínica, otimizando a resposta da equipa de enfermagem.

No entanto, existe outro instrumento de avaliação da carga de trabalho que é o Nursing Activities Score (NAS). Segundo Severino, Saiote, Martinez, Deodato e Nunes (2010), este é considerado uma ferramenta de gestão importante nas UCI, pois permite a identificação do tempo despendido nos cuidados de enfermagem e desta forma, auxiliar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Para além de contemplar os cuidados assistenciais diretos, tais como o apoio à família e ao doente, este instrumento, segundo estes autores, apresenta sensibilidade de 80.8% nas atividades de enfermagem superando o TISS 28, que apenas tem uma sensibilidade para os cuidados de enfermagem de 43.3%.

Contudo, e apesar deste instrumento se encontrar traduzido para Portugal e já existirem alguns estudos que identificam este como sendo confiável e viável, o TISS 28 continua a ser o instrumento utilizado nas UCI portuguesas.

O conhecimento dos métodos auxiliares de gestão, bem como o papel importante do enfermeiro chefe ou chefe de equipa, ajudou-me a compreender melhor a importância de fazer uma boa gestão dos enfermeiros quer em número, quer em dotações seguras, pois para que seja possível a prestação de cuidados de excelência, em tempo útil, com segurança e qualidade, são necessários não apenas recursos materiais, mas também recursos humanos com conhecimentos e competências adequadas às necessidades dos doentes.

Relativamente à gestão dos meus cuidados aos doentes, esta foi realizada tendo em conta as necessidades e prioridades que estes apresentavam. Através da apreciação criteriosa dos doentes, aquando do primeiro contato com estes, através da escuta atenta das passagens de turno, da consulta dos registos e dos planos de cuidados sobre os doentes, pude organizar e adequar os meus cuidados de forma que estes dessem respostas adequadas às suas necessidades e em tempo útil. Nos serviços de cuidados intensivos polivalentes e na UTIC, esta gestão de cuidados pode ser considerada mais fácil, apesar da complexidade dos doentes, pois o rácio de enfermeiro/ doente é mais adequado quando comparado com o serviço de urgência.

Nestes serviços a minha preocupação recaía sobre um ou dois doentes, o que facilitou a minha avaliação do doente e posteriormente a delimitação de um plano de trabalho e de gestão de cuidados.

No SU, tendo em conta o número de doentes que aqui recorrem a gestão de cuidados terá que ser realizada tendo como prioridade a estabilização dos doentes. Por essa razão foi necessário estar muito atenta às passagens de turno, bem como, ao motivo pelo qual os doentes recorreram ao SU, quais os tratamentos e cuidados realizados e qual o plano de seguimento.

É muito importante fazer uma boa avaliação, crítico-reflexiva de cada doente, determinando quais são as prioridades para que possa decidir quais os cuidados a priorizar. Os conhecimentos e as competências dos orientadores dos três contextos de estágio ajudaram-me a realizar essa avaliação e conseqüente gestão dos cuidados, intervindo na melhoria das informações recolhidas para o processo de cuidar, bem como no levantamento de diagnósticos e do planeamento das intervenções eficazes.

Eu, trabalhando num serviço de medicina interna há quase nove anos, tenho vindo a melhorar a minha gestão de cuidados. Esta é realizada sobretudo, tendo por base a

avaliação das necessidades imediatas dos doentes, refletindo criticamente sobre cada situação e deste modo priorizando os meus cuidados. Parte desta gestão de cuidados é o reconhecer e referenciar para outros profissionais de cuidados, como por exemplo para o enfermeiro de reabilitação.

Uma gestão adequada e eficaz é essencial para a realização de cuidados especializados e contribuem para uma melhor estabilização, tratamento e recuperação do estado de saúde dos doentes.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissional

Segundo a Lei nº 156/2015, que se refere à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e nos termos do artigo 100º, o enfermeiro deve assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional. Por sua vez, o conteúdo do artigo 109º vem reforçar, uma vez mais, a necessidade do desenvolvimento de aprendizagens, pois este refere que o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Esta competência reflete, essencialmente, o meu investimento para manter atualizados os meus conhecimentos, não só científicos e o aprofundamento das minhas competências, mas também de mim mesma, enquanto pessoa. Para tal, têm contribuído todo o meu percurso de vida e a consciencialização e reflexão das minhas práticas.

O desenvolvimento do auto conhecimento e a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com o cliente e/ou equipa multidisciplinar, o reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais, acredito que consegui adquirir e desenvolver ao longo da minha atividade profissional. Contudo, considero que durante os ensinamentos clínicos, nos diferentes contextos, foi também minha preocupação desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os meus limites pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no meu desempenho. Como por exemplo, considero que a realização de um estágio em contexto de SU permitiu que desenvolvesse a minha capacidade de atuar sob pressão em situações que não me eram familiares, permitindo assim, gerir as minhas emoções nestas situações.

As formações que realizei, ao longo da minha vida profissional, tais como a pós-graduação em emergência e trauma e o curso de cuidados intensivos, entre outros, foram facilitadores da minha atuação perante as diversas situações com que me deparei ao longo

da minha vida profissional e também, ao longo dos estágios efetuados. Considero que foi essencial a frequência da formação teórico – prática, pois serviram para a formação de uma base sólida de conhecimentos na área da abordagem ao doente em situação crítica. As formações que realizei foram selecionadas tendo em conta as minhas necessidades e também o gosto pessoal pelas situações de urgência e emergência.

O projeto de autoformação, realizado durante este curso de mestrado, foi importante para o desenvolvimento desta competência, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois através deste foi possível identificar lacunas na minha formação o que deu origem ao desenvolvimento de um projeto, cuja implementação constituísse uma oportunidade de pesquisa e de desenvolvimento de competências numa área em que tenho especial apreço e cujos indicadores de saúde revelam a necessidade de profissionais devidamente preparados para atuar.

Através deste projeto de autoformação foi possível, não só aprender e compreender melhor toda a fisiopatologia inerente ao enfarte agudo do miocárdio, bem como aperceber-me da enorme importância do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem em Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa acometida por esta patologia.

Um doente que é acometido por enfarte agudo do miocárdio, corre risco de vida e são necessárias supervisão e monitorização contínuas, para poder prevenir complicações, tais como a instabilidade hemodinâmica e as arritmias cardíacas. Os tratamentos executados são de grande complexidade, nomeadamente os invasivos que, por si só podem provocar outras complicações, tais como o risco de infeção e/ou de hemorragia, tendo aqui o enfermeiro especialista em Enfermagem em Médico – Cirúrgica um papel fundamental, pois umas das suas áreas de intervenção é na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e a identificação de focos de instabilidade.

O regresso a casa, deverá ser bem preparado para que sejam minimizadas possíveis complicações e recidivas. Deste modo, é primordial assegurar que o doente e família compreenderam a doença, as suas consequências e possíveis complicações. É importante alertar para adquirir estilos de vida saudáveis e para o cumprimento do regime terapêutico, incentivar ao exercício físico de forma gradual e adequada a cada pessoa, tendo em conta, também a necessidade de repouso, de forma a evitar complicações. (Swearingen & Keen, 2003)

Neste sentido, surge a reabilitação cardíaca que tem como objetivos melhorar a qualidade de vida, fazendo com que o doente retome a sua atividade laboral o mais rápido

possível e encorajar à atividade física, aumentando gradualmente o esforço de forma a haver uma maior tolerância ao esforço, e eficiência cardíaca.

Embora reconhecidos como uma mais-valia os programas de reabilitação cardíaca pós enfarte agudo do miocárdio, Mendes (2016) refere que apenas 8% dos doentes após enfarte agudo do miocárdio participou em programas de reabilitação cardíaca em 2013 em Portugal. Valores que estão longe dos 30-50% que se verificam nos países da Europa Central. Refere que existe um défice significativo nas indicações mais recentes para a reabilitação cardíaca, havendo pouca participação de doentes com insuficiência cardíaca e de doentes que foram submetidos a angioplastia coronária ou cirurgia cardíaca.

Relembrando o que foi referido anteriormente, a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009) recomenda que o programa de reabilitação cardíaca deve incluir o treino de exercício, o aconselhamento nutricional, o tratamento da diabetes, da hipertensão arterial, da dislipidemia, da cessação tabágica, o controlo do peso, o tratamento psicossocial e também aconselhamento de atividade física. Por sua vez, aconselham que o exercício deve abranger treino aeróbio e de resistência o qual deverá ser gradualmente ajustado. Cada sessão deve incluir períodos de aquecimento e arrefecimento, treino de flexibilidade, endurance e resistência. Sugerem ainda, que o treino aeróbio deverá ser realizado três a cinco vezes por semana, durante 20 a 60 minutos. As modalidades de eleição são a marcha, o tapete, o ciclo ergómetro, a escalada, a ergometria de braços, entre outros. O treino de resistência deverá ser realizado duas a três vezes por semana, durante uma a três séries de oito a dez exercícios diferentes dos membros superiores e inferiores. As modalidades aconselhadas são a bandas elásticas, os pesos e as máquinas.

Através deste plano de treino é esperado que o doente compreenda sinais e sintomas de alarme com o exercício, aumente a capacidade cardiorrespiratória, a flexibilidade, a força muscular e que apresente sintomas reduzidos em resposta à carga física, bem como melhoria do bem-estar psicossocial e redução global do risco cardiovascular.

Tal como já referi e tendo em conta todas estas recomendações, elaborei um panfleto informativo, de forma não só a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, mas também poder fornecer informações úteis e importantes aos doentes e suas famílias e para que estes possam consultar sempre que houver dúvidas.

Com a criação deste panfleto, foi uma forma de demonstrar os resultados da revisão de literatura efetuada e também facilitar a transmissão de novos conhecimentos e o desenvolvimento da prática de enfermagem especializada.

As formações informais realizadas durante os turnos, como o esclarecimento de dúvidas, discussão sobre as melhores intervenções ou procedimento, foram uma mais-valia para o desenvolvimento e solidificação de conhecimentos.

Com a aquisição de novos saberes científicos e técnicos, para além de ter a preocupação de os aplicar na prática, procurei também transmitir esses mesmos conhecimentos aos meus colegas, pois a produção de conhecimentos em enfermagem deve ser acompanhada pela sua divulgação contribuindo, deste modo, para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A evolução da enfermagem ao longo dos anos tem sido notória, tanto na promoção da saúde e prevenção da doença, como no tratamento e reabilitação dos doentes.

O contributo dos profissionais de enfermagem com estudos científicos tem demonstrado ser importante para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, sendo estes baseados cada vez mais em evidência científica, solidificando assim, a nossa prática clínica.

A criação dos primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem em 1992, veio contribuir para o aprofundamento de competências em áreas especializadas, permitindo o desenvolvimento das capacidades científicas, técnicas, relacionais, humanas e éticas dos enfermeiros.

De forma a contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem e dos enfermeiros, através do Despacho nº 8046/2015 foi concedido à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, a aprovação para a lecionação do 2º ciclo de estudos, mais concretamente o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo o mesmo obtido, igualmente, um parecer positivo da Ordem dos Enfermeiros.

Reportando-nos ao Decreto-Lei nº 115/2013, que atualizou o Decreto-Lei nº 74/2006, denominado Graus académicos e diplomas do ensino superior, nos termos do artigo 15º, as competências de mestre contemplam os seguintes pontos, o conhecimento e a capacidade de compreensão, o saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo. Contempla ainda, a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Os indivíduos portadores deste grau académico, devem ser capazes de comunicar as suas conclusões e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Por fim é-lhes dado competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Tendo em conta o descrito no decreto-lei supracitado acredito ter conseguido atingir essas mesmas competências, pois ao longo deste curso de mestrado e em especial ao longo dos estágios realizados, nos diferentes contextos, demonstrei possuir conhecimentos e capacidade de compreensão que foram sustentadas em conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso e na mobilização das competências obtidas durante a

licenciatura em Enfermagem e da frequência de outros cursos efetuados ao longo da minha carreira profissional. Estes conhecimentos foram sendo solidificados através da pesquisa bibliográfica e científica e também, através da sua aplicação prática. Lidei com situações novas, as quais não me eram familiares e consegui aplicar os saberes adquiridos ao longo deste curso de mestrado, nomeadamente, nas situações vividas nos cuidados intensivos, em que aprendi a cuidar de doentes em situação crítica, com necessidade de monitorização invasiva e de terapêutica complexa. Ou mesmo, nas situações de urgência e emergência experienciadas no serviço de urgência.

Desenvolvi a minha capacidade de tomada de decisão, utilizando modelos de tomada de decisão, fortalecendo assim, a minha capacidade crítico - reflexiva, permitindo a gestão de situações complexas de uma forma mais eficiente. A tomada de decisão implicou o raciocínio e a análise de toda a informação disponível sobre a situação e sobre o doente.

Com a elaboração de um projeto de auto formação, fui capaz de identificar lacunas nos meus conhecimentos e uma necessidade de aperfeiçoamento e construção de novas competências. Comuniquei aos meus pares as minhas novas descobertas e as estratégias para atingi-las.

A realização deste curso de mestrado foi importante para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitindo o incremento do auto conhecimento e da assertividade, fundamentando a minha prática clínica em bases sólidas de conhecimento. Contribuiu, igualmente, para a aquisição de estratégias para a procura de novos conhecimentos e de como desenvolver uma pesquisa científica, fomentado assim, a minha capacidade de auto formação.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório, procurei evidenciar as experiências dos estágios desenvolvidos nos diferentes serviços, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todo este percurso acadêmico teórico e prático foi de grande importância e permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica.

A reflexão sobre as competências comuns e específicas em relação à pessoa em situação crítica, permitiu com que fossem adquiridas e desenvolvidas estas mesmas competências facilitando a consciencialização das novas capacidades conseguidas, bem como a responsabilidade acrescida que estas novas competências implicam.

O percurso formativo permitiu, adquirir, consolidar e mobilizar diversos conhecimentos fundamentais, bem como a compreensão de novos achados clínicos, que são importantes para desenvolver uma prática clínica apoiada na evidência científica e que garanta uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados, através da planificação e implementação de cuidados de enfermagem especializados, de modo a alcançar um exercício de excelência.

Com a realização deste relatório foi possível identificar as oportunidades de aprendizagem bem como as dificuldades detetadas e as estratégias adotadas para os contornar, efetuando uma análise crítica e reflexiva das situações vivenciadas, num percurso de enriquecimento não só profissional mas também pessoal.

Ao realizar este percurso de modo refletido, procurei adquirir e aperfeiçoar aspetos que envolvem a prestação de cuidados especializados ao indivíduo em estado crítico.

Durante o estágio no Serviço de Urgência, ao lidar com situações de urgência e de emergência e que provocaram *stress*, consegui conhecer os meus limites e desenvolver capacidades de gestão nesse sentido. Fui capaz de desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade ao doente crítico, desenvolvendo os conhecimentos adequados e especializados no exercício da prática clínica. Apesar de se tratar de um serviço urgência, onde muitas vezes o foco do cuidado é apenas o doente, atuei de forma em que os meus cuidados não fossem apenas focalizados no doente mas também na família, desenvolvendo deste modo, competências relacionais com o doente e família.

O período de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, foi o aprender a lidar com situações de limite de vida, foi o aprender a lidar com toda a tecnologia que envolve o cuidar de um doente em situação crítica, mas que mesmo assim é possível

humanizar o cuidado através da prestação de cuidados competentes e de condutas relacionais, humanas e éticas com o doente e família.

Apercebi-me do quanto frágeis podem se encontrar os doentes e que uma prática baseada em conhecimentos e saberes sólidos, competentes e especializados podem fazer a diferença no tratamento, cuidado e recuperação do doente. O apoio à família não foi esquecido e foi tido em conta durante a prestação dos meus cuidados.

Por fim, o estágio de opção, realizado na Unidade de Tratamento Intensivo Coronário, foi o concretizar de novos objetivos. Tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e competências numa área diferente e muito específica e que para mim foi um ótimo contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Deparei-me com experiências novas e complexas e ao mesmo tempo muito enriquecedoras, pois estas constituíram um desafio no sentido de um contínuo aperfeiçoamento do exercício clínico e com o propósito de desenvolver competências em cuidados especializados.

Neste momento, posso afirmar que alcancei o objetivo inicialmente proposto e que alcancei as competências pretendidas como Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Hoje considero que possuo mais conhecimentos técnicos, científicos, relacionais, humanos e éticos e que sou capaz de fazer mais e melhor. E portanto, hoje considero-me uma melhor enfermeira, com maior responsabilidade sobre os meus doentes, mas com muito mais capacidade e segurança sobre os meus cuidados e que se tornaram altamente qualificados.

Este percurso académico, permitiu-me, igualmente, desenvolver as competências preconizadas para o grau de mestre, grau este a obter após a discussão pública do presente relatório de estágio. Assim, pude desenvolver e demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão em diferentes situações em que muitas vezes, eram situações novas, diferentes e não familiares. Através de análises crítico-reflexivo e a utilização de modelos de tomada de decisão, pude desenvolver a minha capacidade de tomada de decisão. Desenvolvi a minha capacidade de comunicação, expondo o resultado de uma pesquisa efetuada para o meu projeto de auto formação e por fim, contribuiu para o incremento da minha capacidade de auto formação.

Esta caminhada não foi fácil, teve momentos altos e baixos, momentos de desilusão, de cansaço, mas também de entusiasmo e de satisfação, pois querer ser melhor e querer aumentar o meu saber – saber e saber-ser, falou mais alto. E, apesar de tudo, é muito compensador, no final deste percurso, ter noção das muitas coisas que aprendi, dos muitos conhecimentos que solidifiquei e que hoje permitem ser mais competente!

Para finalizar, salvguardo que termino satisfeita pelo percurso realizado e acredito que após todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, consegui atingir as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em relação à pessoa em situação crítica, bem como as competências de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., & Gonçalves, P.J. (2011). Hipotermia no doente pós-Paragem Cardio-Respiratória - ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18 (3), 67-75. Retrived from https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_03.pdf
- Abreu, M. (2015). Aspetos psicopatológicos do doente cardíaco: como melhorá-los. *Revista Fatores de Risco*, (3), 52-54. Retrived from <http://www.spc.pt/spc/publicacoes/rfr-edicao.aspx?id=35>
- Almeida, C., Drummund, J., & Ferreira, L. (2017). Segurança do paciente no processo de enfermagem. *Revista Nursing*. (1-16). Retrived from <http://www.nursing.pt/seguranca-do-paciente-no-processo-de-enfermagem/>
- Almeida, M.M., Silva, F.W.T., Lindoso, A.M., & Pessôa, R.M.C. (2015). Evidências na prática do cateterismo urinário: Revisão Integrativa. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 1 (4), 52-62. Retrived from <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4437>
- Barbosa, T.P., Oliveira, G.A.A., Lopes, M.N.A., Poletti, N.A.A., & Beccaria, L.M. (2014). Práticas assistenciais para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, (3), 243-248. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400041>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: *Excelência e poder na prática clinica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Branco, J.C. & Baptista, T.M. (Eds). (2012). *A dor e as suas circunstâncias*. Lisboa: LiDel
- Cardoso, R.M. (Eds). (2012). *Competências Clinicas de Comunicação*. Porto: FMUP.
- Carvalho, D.C., Pareja, D.C.T., & Maia, L.F.S. (2013). A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Científica de*

Enfermagem, 3 (8), 5-10. Retrieved from <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/51/99>

Carvalho, M.M.C. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=44075&code=261>

Castilho, A.F.O.M., Parreira, P.M.D., & Martins, M.M.F.P.S. (2016) Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 2 (2), 605-623. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).600](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).600)

Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M.A.R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 2 (15), 41-59. Retrived from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf

Cavaco, V.S.J., José, H.M.G., & Lourenço, I.M.R. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (5), 4535-4543. Doi: 10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201329 ISSN: 1981-8963

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S.J., Defloor, T., Halfens, R....Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2013), 974 – 1003. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>

Coordenação Nacional para as doenças cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Lisboa: Autor.

- Dall’Orto, C.C., Lapa, G.A., Neto, J.D.C., Carnieto, N.M., Neto, J.B.O., Mauro, M.F.Z.,...Mangione, J.A. (2010). Angioplastia Coronária nas Indicações Off-Label: Comparação das Vias Radial vs. Femoral. *Revista Brasileira Cariologia Invasiva*, 18 (2), 177-184. Doi: 10.1590/S2179-83972010000200012
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos do agir*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números 2015*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional Para as doenças cérebro cardiovasculares 2017*. Lisboa: Autor.
- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 61-69). Lisboa: LIDEL.
- Fonseca., R.R.J.A (2012) *Comunicação de más notícias em contexto de urgência* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrived from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24660&code=170>
- Freitas, P., & Gomes, S. (2015). Transporte do Doente Crítico. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 529- 535). Lisboa:LIDEL.
- Freitas, P., & Martinho, A. (2015). Insuficiência Respiratória. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 81-86). Lisboa: LIDEL.
- Garcia, R.P., Budó, M.L.D., Simon, B.S., Wunsch, S., Oliveira, S.G., & Barbosa, M.S. (2013). Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. *Revista Gaúcha de*

Enfermagem, 34, (3), 171-178. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300022>

Garcia, T., R., & Nóbrega, M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Revista ESC Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1): 188-193. Retrieved from www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf

Gilboy, N. (2011). Triagem. In P.K., Howard & R.A. Steinmann (Eds). *Sheehy: Enfermagem de urgência- da teoria à prática* (6ªed). (pp. 64-78). Loures: Lusociência

Gimenez, F. M.P., Camargo, W.H.B., Gomes, A.C.B, Nihei, T.S., Andrade, M.W.M., Valverde, M.L.A.F.S....Grion, C.M.C. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*. 2017: (1-7).Doi: <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>

Graig, J. V. & Smyth, R. L. (Eds) (2003). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência

Guedes, H.M., Souza, K.M., Lima, P.O., Martins, J.C.A., & Chianca, T.C.M. (2015). Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Revista Latina Americana Enfermagem*, 23 (4), 587-594 Doi: 10.1590/0104-1169.0227.2592

Hinkle, J.L & Cheever, K.H. (Eds). (2016). *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica* (13ªed) (Vol.1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4791:fundacao-calouste-gulbenkian-e-institute-for-healthcare-improvement-visitam-sesaram&catid=167:noticias&Itemid=519

Hua F., Xie, H., Worthington, H.V., Furness, S., Zhang, Q., & Li C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Doi: 10.1002/14651858.CD008367.pub3.

- Lamas, T. (2015). Monitorização Hemodinamica – Do básico ao Avançado. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 174- 194). Lisboa: LIDEL.
- Lipman, B.C., & Cascio, T. (2001). *ECG: Avaliação e Interpretação*. Camarate: Lusociência.
- Lopes, H. (2011). Normotermia no doente neurocrítico. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18 (3), 77-80. Retrived from https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_03.pdf
- Manita, M. (2015). Neuromonitorização. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 55- 60). Lisboa: LIDEL.
- Marinho, A., Cançado L.R, Castelões, P., Castro, H., Lafuente, E., Afonso, O., ...Marinho, M. (2012) Nutrição artificial no doente crítico. *Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica*, VI (1), 10-14. Retrieved from <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1536/1/Nutri%C3%A7%C3%A3o%20artificial%20no%20doente%20cr%C3%ADtico.pdf>
- Mateus, D. & Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde: Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 18, (1), 165-169). Retrived from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20>
- Mendes, G.M.A. (2013). *Suporte nutricional em doentes críticos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71964/2/30878.pdf>
- Mendes, M. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35 (12), 669-671. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>

- Mendonça, S.S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. (1º ed). Vila Nova de Famalicão: Editorial Novembro.
- Nacional Association of Emergency Medical Technician (2007) *PHTLS: Atendimento Pré hospitalar ao Traumatizado*. (6º ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nogueira, A., Gomes, R., Belchior, R. & Araújo I. (2016). Erros de medicação no contexto de urgência: a abordagem do enfermeiro na retaguarda. *Revista Nursing*. Retrived from <http://www.nursing.pt/erros-de-medicacao-no-contexto-do-servico-de-urgencia-a-abordagem-do-enfermeiro-na-retaguarda/>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista bioética*, 23 (1), 187-199. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.
- Nunes, R. (2008). *Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais*. Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica (Faculdade de Medicina do Porto). Retrived from http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802541901211800343guidelines_p_11_apb_08.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências de enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Autor.
- Patrick, V.,C. (2011). Enfermagem de Urgência: Uma Visão Histórica. In P.K., Howard & R.A. Steinmann (Eds). *Sheehy: Enfermagem de urgência- da teoria à prática* (6ºed). (pp. 3-8). Loures: Lusociência
- Pereira, A.T.G., Fortes, I.F.L., & Mendes, J.M. G. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Journal of Nursing*, 7, (1), 227-235. Doi: 10.5205/r euol.3049-24704-1-LE.0701201331
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde pública* (10), 27-39.

Retrieved from <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-e-seguranca-do-X0870902510898567>

Ponce, P. (2015). Complicações agudas do doente diabético e controlo de glicemia. In P. Ponce & J.J. Mendes (Eds). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp 301- 307). Lisboa. LIDEL.

PORTUGAL. Assembleia da República. (14 jul. 2009). Lei n° 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República n° 134, I Série*.

PORTUGAL. Assembleia da Republica. (16 de set. 2015). Lei n° 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da Republica n° 181, I Série*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar. 2014). Lei n° 15/2014: Lei consolidando direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da Republica, n° 57, I Serie*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (4 set. 1996). Decreto-Lei n° 161/96: Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República n° 205, I-Série*

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 jul.2015). Despacho n° 8046/2015: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da Republica, n° 141, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 mar. 2006). Decreto – Lei n° 74/2006: Graus Académicos e diplomas do ensino Superior. *Diário da Republica, n° 60, I Serie – A*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (7 ago. 2013). Decreto – Lei n° 115/2013. *Diário da Republica, n° 151, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 de fevereiro 2015). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto. Despacho nº 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da Republica 2.ª série — N.º 28*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 abr. 1998). Decreto-Lei nº 104/98. *Diário da Republica, nº 93, I Serie – A*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (23 de Março 2013). Despacho nº 4320/2013. *Diário da Republica, D.R. nº59, parte C, serie II*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa nº 015/2013, atualizada em novembro de 2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 9/DGCG. 2003- 6-14. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 018/2014. 2014- 12-09. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Orientação nº 017/2011. Escala de Braden: Versão adulto e Pediátrica (Braden Q). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, II Série*.

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n° 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n° 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento n° 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n° 233, II Série*.
- Ribeiro, K.R.A., Anjos, E.G. & Oliveira, E.M. (2016). Enfermagem em ventilação mecânica: cuidados na prevenção de pneumonia. *Revista Científica de Enfermagem*, 6 (16), 57-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.16.57-71>
- Robinson, K.S. (2011). Preparação para Emergências. In P.K., Howard & R.A. Steinmann (Eds). *Sheehy: Enfermagem de urgência- da teoria à prática* (6ªed). (pp. 203-214). Loures: Lusociência
- Sá, C. F. R., Lobo, J.R.P., Pereira, A.J.M. & Almeida, M.C.C. (2015). Intervenção coronária percutânea – abordagem femoral vs abordagem radial. *Revista Cardiopulmonar*, (n° 1), 25-30. Retrieved from <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2805/1/Artigo%20C%20c3%a1tia%20S%20c3%a1%20e%20Joana%20Lobo.pdf>
- Sá, F.L.F.R.G., Botelho, M.A.R., & Henriques, M.A.P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar em Enfermagem*, 19, (1), 31-46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A.P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Revista Percursos*, 16, 3-13. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percursos%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20C3%8Dndice%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (Eds). (2011). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico- cirúrgica*. (12ªed) (vol1 e 2). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan LTDA.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos (2016) *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Autor.
- Society of Critical Care Medicine. (2008). *Suporte Básico em Cuidados Intensivos*. São Paulo: Editora Médica AWW
- Sousa, D.M., Sousa, A.F.L., Ibiapina, A.R.S., Queiroz, F.L.N., Moura, M.E.B., & Araújo, T.M.E. (2016). Infecção por *staphylococcus aureus* resistente em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 10 (4), 1315-1323. Doi:10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201620
- Sousa, R.G., Oliveira, T.L., Lima, L.R., & Stival, M.M. (2016). Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. *Revista Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*, 14 (1), 77-84. Doi: 10.5102/ucs.v14i1.3602
- Souza, C. C., Araújo, F. A. & Chianca, T. C. M. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 144-151. Doi: 10.1590/S0080-623420150000100019
- Stefanini, E., Kasinski, N., & Carvalho, A.C. (2004). *Cardiologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Brazil: Manole
- Swearing, P.L. & Keen, J.H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. Loures: Lusociência.

- Teixeira, J.M. F. & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Serie IV (10), 135-142. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Venturi, V., Viana, C.P., Maia, L.F.S., Basílio, M.J., Oliveira, A.A., Sobrinho, J.C....Melo, R.F.S. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6 (17), 19-23. Doi:<http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.19-23>
- Wilbeck, J. (2011). Traumatismo Vertebromedular. In P.K., Howard & R.A. Steinmann (Eds). *Sheehy: Enfermagem de urgência- da teoria à prática* (6ªed). (pp. 297-310). Loures: Lusociência