

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**Cuidados à pessoa em situação crítica submetida a
cirurgia cardíaca: Da Urgência à Unidade de Cuidados
Intensivos Cardiotorácica**

Sofia Vanessa Barreiro Coelho

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2022**

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**Cuidados à pessoa em situação crítica submetida a
cirurgia cardíaca: Da Urgência à Unidade de Cuidados
Intensivos Cardiorádica**

Sofia Vanessa Barreiro Coelho

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa dos Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Funchal,

2022

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós, deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry, 1943

AGRADECIMENTOS

Na minha opinião, todo o percurso de vida: pessoal, profissional e/ou social, nunca é feito sozinho. Por isso, sinto necessidade de agradecer:

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela dedicação à formação contínua dos Enfermeiros através das várias opções formativas.

À Secretaria Regional da Saúde, ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira e à Direção de Enfermagem por me concederem o Estatuto de Equiparação a Bolseiro.

À Exma Sra Professora Doutora Maria Luísa Santos pela orientação e motivação ao longo deste percurso.

Ao Exmo Sr. Enfermeiro Chefe da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de São Vicente por ter facilitado a minha assiduidade nas aulas teóricas e práticas.

Ao Exmo Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Adultos do Hospital Dr. Nélio Mendonça por ter facilitado a minha assiduidade nos estágios.

Aos Exmos(as) Srs./Sras Enfermeiros(as) Chefes dos serviços escolhidos para as práticas clínicas por terem permitido a realização das mesmas.

Aos Exmos(as) Srs/Sras Enfermeiro(as) Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que me orientaram ao longo das práticas clínicas pela compreensão, dedicação e disponibilidade para ensino e sobre tudo por acreditarem nas minhas capacidades.

Ao Exmo Sr. Enfermeiro João António, por acreditar e potenciar as minhas capacidades profissionais.

Ao Exmo Sr. Enfermeiro João Fernandes pelo incentivo e coragem que me deu para me inscrever neste Curso de Mestrado.

À Exma Sra Enfermeira Délia Freitas pelas longas conversas e pelo apoio.

Ao Exmo Sr. Enfermeiro Ricardo Bettencourt por colaborar na minha aprendizagem, pelo apoio e pela serenidade que transmite.

À Exma Joana Santos pela disponibilidade, empenho e dedicação na revisão bibliográfica e de formatação deste relatório.

Às minhas colegas deste Curso de Mestrado pela partilha e companheirismo.

Aos colegas do Serviço de Urgência Adultos do Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo acolhimento, integração e por colmatarem as minhas ausências.

Aos colegas do Serviço de Urgência de Machico, da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e do Serviço de Cardiologia pelo acolhimento, integração e partilha de conhecimentos teórico-práticos.

Ao meu marido pela amizade, amor, companheirismo e apoio incondicional e por me fazer acreditar nas minhas capacidades e nunca me deixar desistir.

Aos meus pais por me incentivarem sempre a ser melhor pessoa e profissional.

Ao meu gato pela companhia durante as horas e horas de escrita.

A todos... MUITO OBRIGADA!

RESUMO

No terceiro semestre do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no ano letivo 2019 – 2021, a Unidade Curricular Relatório de Estágio, preconiza a realização e apresentação pública do presente relatório, o qual teve como principais objetivos (1) evidenciar com o percurso realizado durante os ensinamentos clínicos I, II e III para o desenvolvimento e aquisição de competências no cuidado de Enfermagem da pessoa e família em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca e (2) demonstrar reflexão crítica e fundamentada, na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão, sobre as ações realizadas e suas implicações éticas e sociais como essência dos cuidados especializados de Enfermagem.

Estruturalmente, o relatório está organizado num único capítulo, o qual realça a importância da aprendizagem contínua ao longo do percurso profissional, editado pelo percurso académico de 2º ciclo, enfatizando a importância do tornar-se Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica. Subdividido em três subcapítulos, referentes às práticas clínicas supracitadas, expõe o contributo destes contextos formativos para a aquisição, desenvolvimento e aplicação de saberes que delinearam o ser e estar como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De uma forma geral, a elaboração deste relatório permitiu-me desenvolver o pensamento crítico-reflexivo e capacidade de decisão relativamente às situações e/ou implicações éticas encontradas através da procura e comunicação de soluções de intervenção, baseadas na mais recente evidência científica, nos referenciais da profissão e nos direitos dos doentes, de modo a satisfazer as necessidades da pessoa em situação crítica e lhe proporcionar um cuidar holístico, especializado e de acordo com os padrões de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Competências comuns e específicas, Pessoa em situação crítica, Cirurgia cardíaca.

ABSTRACT

In the third semester of the IV Master's Course in Medical-Surgical Nursing at Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny in the academic year 2019 - 2021, the Internship Report Curricular Unit, recommends the realization and public presentation of this report, which had as main objectives (1) to demonstrate with the course carried out during clinical teaching I, II and III for the development and acquisition of skills in the Nursing care of the person and family in a critical situation undergoing cardiac surgery and (2) to demonstrate critical and grounded reflection, in the most recent scientific evidence and in the references of the profession, on the actions taken and their ethical and social implications as the essence of specialized Nursing care.

Structurally, the report is organized into a single chapter, which highlights the importance of continuous learning throughout the professional path, edited by the 2nd cycle academic path, emphasizing the importance of becoming a Specialist Nurse and Master in Medical-Surgical Nursing. Subdivided into three subchapters, referring to the aforementioned clinical practices, it exposes the contribution of these training contexts to the acquisition, development and application of knowledge that outlined the being and being as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in critical situation and Master in Medical-Surgical Nursing.

In general, the preparation of this report allowed me to develop critical-reflexive thinking and decision-making skills regarding situations and/or ethical implications encountered through the search and communication of intervention solutions, based on the most recent scientific evidence, on the references of the profession and the rights of patients, in order to meet the needs of the person in a critical situation and provide them with holistic, specialized care in accordance with quality standards.

Key words: Medical-Surgical Nursing, Common and specific skills, Person in critical condition, Cardiac surgery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIA – Balão Intra-Aórtico

CDI - Cardioversor-Desfibrilhador Implantável

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG – Electrocardiograma

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEEMC – Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GSA – Gasimetria de Sangue Arterial

h – horas

HED – Hematoma Epidural

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

LA – Linha Arterial

MCEMC - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
mEq/L - Mil equivalentes por litro
mg/dL - Miligramas por decilitro
ml - Mililitros
MRMI - Medical Response to Major Incidents and Disasters
MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina
n.º - Número
°C – Graus Celsius
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. – Página
PAF – Projeto de Autoformação
PAI – Pressão Arterial Invasiva
PBCI – Precauções Básicas para o Controlo da Infeção
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PIC – Pressão Intracraniana
PiCCO - Pulse Contour Cardiac Output
PNI – Pressão Arterial Não invasiva
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo das Infeções resistentes a Antimicrobianos
PTM – Protocolo de Triagem de Manchester
PVC - Pressão Venosa Central
RAM – Região Autónoma da Madeira
REE – Registos Electrónicos de Enfermagem
RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação
RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
Rx – Raio-X
s.d. – Sem data
SESARAM, EPERAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM
SNG – Sonda Nasogástrica
SO – Sala de Observação
SOG – Sonda Orogástrica

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico
TET – Tubo Endotraqueal
TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UPP – Úlceras Por Pressão
VV – Vias Verdes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	14
1.1. Cuidados à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca: da urgência à unidade de cuidados intensivos cardiotorácica	18
1.2. Caracterização dos contextos de prática clínica	25
1.2.1. Estágio I – Serviço de Urgência de Machico	26
1.2.2. Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	32
1.2.3. Estágio III – Serviço de Cardiologia: UCICT	36
1.3. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.....	40
1.3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	40
1.3.1.a. <i>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A).....</i>	<i>41</i>
1.3.1.b. <i>Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)</i>	<i>44</i>
1.3.1.c. <i>Domínio da gestão dos cuidados (C)</i>	<i>52</i>
1.3.1.d. <i>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)</i>	<i>57</i>
1.3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.....	61
1.3.2.a. <i>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</i>	<i>61</i>
1.3.2.b. <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</i>	<i>82</i>
1.3.2.c. <i>Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</i>	<i>86</i>

1.4. Competências de Mestre	93
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101

INTRODUÇÃO

No âmbito do terceiro semestre do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio, do ano letivo 2020/2021, orientada pela Professora Doutora Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos, a avaliação final da respetiva UC inclui a redação deste relatório de estágio, que após a apresentação e a discussão pública, visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O MEMC da ESESJC, conforme o Despacho n.º 8046/2015, contempla no seu ciclo de estudos três estágios em vários contextos e instituições à escolha do aluno, incluídos no segundo semestre, o Estágio I - Urgência e o Estágio II – Cuidados Intensivos e, no terceiro semestre, o Estágio III Opção.

Neste contexto, importa salientar que as minhas opções de estágio foram limitadas à Região Autónoma da Madeira (RAM) devido à pandemia por causa da *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19).

O Estágio I foi realizado de 07/09/2020 a 08/10/2020 no Serviço de Urgência (SU) de Machico, considerado um dos Serviços de Urgência Básico (SUB) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM) com maior afluência de pessoas e número de profissionais EEMC na RAM.

O Estágio II foi realizado de 12/10/2020 a 06/11/2020 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HNM, reconhecida regional e nacionalmente no cuidado à pessoa em situação crítica, constituindo-se uma resposta qualificada para assumir a total responsabilidade pelos clientes com disfunções de órgãos ou eminência de falência de órgãos, suportando, prevenindo e recuperando através de saberes, tecnologias e metodologias muito próprias (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2003).

O Estágio III, foi realizado no Serviço de Cardiologia – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádica (UCICT) de 18/01/2021 a 05/03/2021 porque sempre tive curiosidade e interesse, fomentados durante os ensinamentos clínicos no âmbito da licenciatura, na área cirúrgica. Adicionalmente, devido à pandemia por causa da COVID-19 e por estar a frequentar o MEMC, fui transferida, desde abril de 2020, da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) de São Vicente para SU do HNM, onde constatei que

todos os dias são admitidas frequentemente pessoas com alterações da função cardíaca que requerem monitorização contínua, intervenção antecipada e atempada, que inclui conhecimento, manuseamento e gestão de terapêutica específica, cuja prestação de cuidados se torna desafiante para mim.

De acordo com o que foi explanado anteriormente os principais objetivos deste relatório são: (1) evidenciar o percurso realizado durante os ensinamentos clínicos I, II e III para o desenvolvimento e aquisição de competências no cuidado de Enfermagem da pessoa e família em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca e (2) demonstrar reflexão crítica e fundamentada, na mais recente evidência científica e aos referenciais da profissão, sobre as ações realizadas e suas implicações éticas e sociais como essência dos cuidados especializados de Enfermagem.

Este relatório está organizado num único capítulo, o qual realça a importância da aprendizagem contínua ao longo do percurso académico e enfatiza a importância do desenvolvimento de competências durante o mesmo. Subdividido em três subcapítulos, referentes às práticas clínicas supracitadas, expõe o contributo destes contextos formativos para a aquisição, desenvolvimento e aplicação de saberes para a edificação de competências comuns e específicas e atitudes fundamentais para a obtenção do estatuto de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Definida a estrutura, para redigir este relatório, recorreu-se a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva para descrever todo o percurso realizado, ou seja, as experiências vividas, as situações e/ou as implicações éticas encontradas, as soluções propostas e/ou implementadas e as dificuldades sentidas.

Por fim, ainda importa salientar que a formatação deste documento se baseia no uso das normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos providenciadas pela ESESJC, que estão de acordo com as normas propostas pela sétima edição de 2019 do Publication Manual of American Psychological Association da American Psychological Association.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Enfermagem, segundo o Decreto-lei n.º 161/96, tem como principal objetivo prestar cuidados ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, de forma que este mantenha, melhore e recupere a saúde de modo a atingir a sua máxima capacidade funcional (p. 2960).

Por conseguinte, é uma profissão centrada em interações, onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível no momento do cuidar (Ferrito et al., 2010; Serrano et al., 2011).

Desta forma, importa lembrar que, em consonância com o referido Decreto-Lei, os cuidados de Enfermagem correspondem a intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo Enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais e que são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre o Enfermeiro e o doente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o doente; utilizarem metodologia científica e englobarem uma atuação de acordo com o grau de dependência do doente.

Pelo descrito, verifica-se que a complexidade de respostas necessárias aos problemas de saúde exige a resposta de um profissional de Enfermagem competente (Serrano et al., 2011).

O Enfermeiro, de acordo com o Decreto-Lei supracitado, é um profissional de saúde habilitado e legalmente reconhecido com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidade no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária (p. 2960).

Le Boterf, citado por Ferrito (2014), afirma que a competência se adquire através do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que permitem mobilizar recursos, ultrapassá-los e combiná-los, criando uma estratégia de resolução de situações complexas, sendo esta uma das características do profissionalismo.

Complementarmente, o Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEMC), acrescenta que a competência é entendida como um conjunto de saberes relacionados com a formação inicial de base e a experiência

adquiridas ao longo do tempo que se destaca em situações concretas de trabalho através da capacidade de mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação.

Tendo em conta estes conceitos, verifica-se que a Enfermagem relaciona exercício profissional, contexto e competências.

A necessidade de resposta adequada por parte do Enfermeiro às várias situações que afetam a transição saúde-doença, mostra que a Enfermagem vivencia uma construção interativa e contínua entre a pessoa e o meio, a qual é influenciada pelo conjunto de saberes do Enfermeiro e da sua aplicação no processo de cuidar (Serrano et al., 2011).

O Parecer supramencionado, também afirma que “o saber profissional de Enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos.” (p. 3).

O referido vem ao encontro do modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner que descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito e identifica as necessidades em matérias e ensino/aprendizagem dos Enfermeiros nesses níveis, a partir dos quais se verifica que é através da experiência que o Enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante em cada situação e retirar o seu significado, considerando que as competências para a excelência da prestação de cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, a qual é conseguida de forma progressiva e através da aprendizagem experimental, uma vez que em cada nível, o Enfermeiro reconhece e reage de forma diferente às situações, fruto da sua experiência e formação (Benner, 2001).

Desta forma, podemos constatar que o desenvolvimento de competências transcende o percurso formativo. É necessário saber situá-lo no contexto da prática de cuidados de Enfermagem, tendo em conta o meio organizacional onde se desenvolvem os cuidados, pois na opinião de Le Boterf, a competência resulta de múltiplos saberes afins às diferentes áreas do conhecimento e ultrapassa a aquisição desses saberes, uma vez que implica a capacidade de questionar a sua natureza, de mobilizar, transferir e adequar ao contexto da prática de cuidados, o que requer a necessidade de reflexão sobre a ação.

Atualmente, o desenvolvimento de competências continua a ser uma necessidade constante no âmbito da saúde, pois, conforme o Regulamento n.º 140/2019, “(...) os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma

maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais (...).” (p. 4744).

Segundo o referido Regulamento, o “Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744).

O mesmo Regulamento, ainda afirma que “O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns (...) e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.” (p. 4745).

Concomitantemente, tanto o Regulamento n.º 122/2011 como o Regulamento n.º 140/2019, proferem que todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, partilham de quatro domínios de competências comuns que se demonstram através da capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Além das competências comuns, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EEEMC tem de ser detentor de um conjunto de competências específicas. Estas são demonstradas através da capacidade de adequar os cuidados às necessidades das pessoas perante as suas respostas aos processos de vida, problemas de saúde de acordo com o campo de intervenção definido para cada área da especialidade (p. 4745).

No caso da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de Enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, em consonância com o Regulamento n.º 429/2018, destacam-se diferentes áreas de Enfermagem: a) área de Enfermagem à pessoa em situação crítica; b) área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa; c) área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e d) área de Enfermagem à pessoa em situação crónica.

Tendo em conta a temática do presente relatório, focado na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, consultando o Regulamento supracitado, esta “(...) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (p. 19362) e

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato,

como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e família alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. (p. 19360 e 19362).

Por isso, pelo descrito e de acordo com o referido Regulamento, o EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica deve ser detentor das seguintes competências específicas (p. 19359):

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

De uma forma geral, verifica-se que o avanço no conhecimento requer, em concordância com o mesmo Regulamento, que o EEEMC desenvolva uma prática baseada nas mais recente evidência científica, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (p. 19360).

Neste âmbito, constata-se que a formação é necessária para uma melhoria da prática e as diferenças encontradas entre Enfermeiros generalistas e especialistas poderão estar condicionadas pelo percurso formativo, que surge de uma forma mais evidente nos Enfermeiros especialistas. Formação, mais dirigida para o desenvolvimento de atitudes de autonomia, do “aprender a aprender”, que é capaz de se adequar mais aos novos cenários que se traçam na ótica da incerteza, instabilidade, imprevisibilidade durante a prestação contínua de cuidados de Enfermagem. A evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber indicia a crescente incorporação da inovação tecnológica na prática de cuidados de Enfermagem, o que impõe necessariamente uma maior especialização e formalização dos saberes profissionais de natureza bastante complexa, numa interface entre o “saber-saber”, “saber-fazer” e “saber-ser”, numa ação dialética entre a natureza dos problemas surgidos e as condições que influenciam esses problemas (Gomes, 2006).

Por fim, na senda do percurso efetuado, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica tornou-se importante, em conformidade com o Regulamento n.º 658/2016, demonstrar competências de mestre, ou seja, possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sabendo aplicá-los durante a resolução de problemas perante

situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, mostrando capacidade de reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes dessas soluções e juízos que os condicionem, sendo capaz de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes e competências que permitam uma autoaprendizagem ao longo da vida (p. 21549).

1.1. Cuidados à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca: da urgência à unidade de cuidados intensivos cardiorácica

Neste subcapítulo, pretendo justificar a necessidade formativa relativamente à temática selecionada, fazer um enquadramento concetual tendo em conta indicadores epidemiológicos e salientar a importância das competências do EEEMC para a prestação de cuidados de Enfermagem seguros e de qualidade na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca tendo em conta os vários focos de atenção mais pertinentes como alvos do cuidado especializado, do SU à UCICT

Um dos motivos de inscrição no MEMC foi o facto de sentir necessidade de aumentar e consolidar o meu conhecimento teórico-prático na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, melhorar a capacidade de fundamentar a minha intervenção com assertividade e, posteriormente, mudar de área de intervenção, ou seja, transitar da RRCCI para o meio intra-hospitalar, mais precisamente para a área cirúrgica, área pela qual sempre nutri curiosidade e interesse desde os ensinamentos clínicos realizados no âmbito da licenciatura em Enfermagem.

Numa última perspetiva, devido à situação atual de pandemia COVID-19, fui transferida, desde abril de 2020, para o SU do HNM, onde atualmente exerço funções de Enfermeira de Cuidados Gerais. Mudança que encaro como um reconhecimento das competências adquiridas no MEMC e que me aproximam do cuidar da pessoa em situação crítica com uma prática baseada na evidência. Estando a exercer funções no SU do HNM e prestando cuidados de Enfermagem em qualquer sala do respetivo serviço (sala de ortopedia, sala de tratamento, sala aberta, sala de recuperação, sala de cirurgia e pequena cirurgia, sala de observação (SO), sala de cuidados especiais e sala de emergência), constatei que todos os dias são admitidas frequentemente pessoas com alterações da função cardíaca que requerem monitorização contínua, intervenção antecipada e atempada, que inclui conhecimento, manuseamento e gestão de terapêutica específica, cuja prestação de cuidados se tornou desafiante para mim.

Por outro lado, os ensinamentos clínicos, Estágio I - Urgência (no SU de Machico) e Estágio II – Cuidados Intensivos (na UCIP do HNM) deste MEMC, proporcionaram-me várias oportunidades que estimularam ainda mais a minha necessidade de formação.

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), citadas por Lopes et al. (2019), em 2016, 17,9 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares, representando 31% de todas as mortes globais.

Em Portugal, a esperança de vida da população portuguesa tem vindo a aumentar de forma exponencial e, este envelhecimento progressivo, vai aumentar a procura de cuidados de saúde e as áreas de patologia cardíaca e torácica não serão exceção à regra porque a doença coronária e valvular cardíaca e o cancro do pulmão aumentam de prevalência com a idade. Complementarmente, importa salientar que as duas principais causas de morte no nosso país são as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as patologias cardíacas e doenças cerebrovasculares (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação [RNEHR], 2016).

Em 2010, as doenças cardiovasculares representaram cerca de 36% das mortes em Portugal, as quais exigem tratamentos cirúrgicos, nomeadamente cirurgias de revascularização do miocárdio, correção de doenças valvulares, cirurgias de correção de doenças da aorta e de cardiopatias congénitas, as mais comuns em adultos e idosos (Programa Nacional para as Doenças Cérebro – Cardiovasculares [PNDCC], 2017; Lopes et al., 2019).

A cirurgia cardiotorácica é o campo da medicina que diz respeito ao tratamento cirúrgico de órgãos do tórax, os quais estão relacionados com a doença cardíaca e pulmonar, mais precisamente no tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma, sendo de ressaltar que, em Portugal, a abordagem e tratamento do esófago são do âmbito da cirurgia geral (RNEHR, 2016).

A cirurgia cardíaca ocupa um lugar central no tratamento das doenças cardiovasculares, congénitas ou adquiridas e, apesar do desenvolvimento das técnicas de intervenção não cirúrgica como, por exemplo, o Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI), o seu lugar continua a ser insubstituível (RNEHR, 2016).

No domínio das doenças adquiridas do coração, as principais áreas de intervenção cirúrgica são a doença das artérias coronárias e a doença dos aparelhos valvulares. Contudo, além destas, outras situações requerem intervenção cirúrgica como, por exemplo, a cirurgia da aorta torácica, aguda ou crónica (RNEHR, 2016).

Relativamente às cardiopatias congénitas, nos primeiros tempos, a cirurgia cardíaca tinha como alvo principal a correção dos defeitos cardíacos congénitos. No entanto, a cirurgia das afeções congénitas do coração e grandes vasos é um campo muito específico de intervenção e a sua complexidade requer experiência e treino específicos porque algumas malformações congénitas são simples de corrigir, enquanto outras são, não só pelo tamanho do cliente e do coração, mas também pela impossibilidade de uma correção simultaneamente anatómica e fisiológica. Por conseguinte, com a diminuição drástica da taxa de natalidade em Portugal tem resultado numa diminuição do número de pessoas candidatas a este tipo de cirurgia (RNEHR, 2016).

Quanto à cirurgia das artérias coronárias, a doença coronária tem ocupado um lugar central na atividade da cirurgia cardíaca em Portugal, sendo que a cirurgia coronária ocupa mais de um terço da atividade cirúrgica como forma isolada de tratamento ou em combinação com a cirurgia valvular que, embora sejam duas patologias diferentes, podem surgir em diferentes fases da vida e podem coexistir em muitas pessoas (RNEHR, 2016).

No que diz respeito à cirurgia valvular, a informação epidemiológica sobre as doenças valvulares no nosso país é muito escassa porque não existem dados nacionais sobre a prevalência da patologia valvular. Porém, verifica-se que com o declínio da doença reumática, a doença valvular de natureza degenerativa vem assumindo uma prevalência crescente devido ao aumento da longevidade da população (RNEHR, 2016).

Os dados conhecidos em Portugal mostram que a doença valvular ocupa metade da atividade cirúrgica nos hospitais da rede do serviço nacional de saúde (SNS) e, ao contrário da cirurgia coronária que tem vindo a diminuir ligeiramente, a cirurgia valvular aumentou cerca de 32% de forma consistente nos últimos cinco anos (RNEHR, 2016).

Estima-se que um em cada oito indivíduos com mais de 75 anos possa ter uma forma moderada a grave de doença valvular, destacando-se a estenose aórtica. E, embora a regurgitação da válvula mitral seja mais prevalente na comunidade, a estenose aórtica é mais importante pelo impacto clínico que tem, sendo a causa mais frequente de cirurgia valvular (RNEHR, 2016).

Por outro lado, há um aumento significativo de pessoas com doença plurivalvular, a qual corresponde a um misto de doença degenerativa numa válvula com sequelas de reumatismo ou alterações funcionais significativas noutra válvula, sendo uma condição cirúrgica para a qual não se prevê que tenha uma solução percutânea a médio prazo (RNEHR, 2016).

Atualmente, 5% da nossa população tem mais de 80 anos e são cada vez mais os idosos que se aproximam de um final biológico de vida com razoável qualidade física e intelectual. Por isso, a idade deixou de ser uma barreira biológica à cirurgia porque, se a longevidade é uma realidade, a qualidade de vida das pessoas deve ser melhorada, uma vez que os resultados cirúrgicos são cada vez melhores (RNEHR, 2016).

No que concerne à cirurgia da aorta torácica, o tratamento dos aneurismas e da disseção da aorta, embora que de forma crescente, ocupa apenas cerca de 5% da atividade dos centros cirúrgicos. Contudo, não deixa de ser uma parcela importante devido à sua complexidade, que resulta em taxas de morbilidade e mortalidade significativas. Adicionalmente, importa salientar que o tratamento da aortopatia associada à doença aórtica e em particular à válvula bicúspide já constitui um significativo das intervenções na aorta (RNEHR, 2016).

No que toca à transplantação cardíaca, sabe-se que a primeira transplantação em Portugal foi em fevereiro de 1986 no Hospital de Santa Cruz e, até ao fim de 2015, foram transplantados no país 784 pessoas, não havendo atualmente listas de espera significativas, uma vez que as pessoas são transplantadas nos primeiros três meses após aceitação nos programas de transplantação que, de modo a garantir a qualidade dos resultados, aceitam um número mínimo de 20 transplantações anuais. No entanto, o número de dadores adequados para a transplantação cardíaca tem diminuído nos últimos anos devido à alteração da demografia dos dadores, especialmente no que diz respeito à alteração da causa de morte, passando de traumática para causa neurológica primária devido ao aumento significativo da sua idade. (RNEHR, 2016).

Pelo descrito, verifica-se que as cirurgias coronárias e valvulares continuam a ser os grandes campos da atividade cirúrgica cardíaca e, embora o número de pessoas em lista de espera aponte para uma certa estabilidade, os tempos de espera não são completamente conhecidos, estimando-se em cerca de três meses. Contudo, importa ter em atenção que a realização em tempo útil dos vários tipos de cirurgia varia com o tipo de patologia (RNEHR, 2016).

A cirurgia cardíaca pode expressar uma dicotomia nas condições de saúde das pessoas submetidas à mesma porque é capaz de melhorar a qualidade de vida, mas também pode trazer complicações clínicas durante processo cirúrgico (peri, intra e pós-operatório) que podem acarretar um aumento do tempo de internamento e dos custos monetários e tecnológicos associados ao seu tratamento e recuperação (Lopes et al., 2019).

Antes da cirurgia cardíaca, ocorre uma avaliação de Enfermagem que normalmente começa durante uma visita ambulatorial, mas também pode ocorrer durante a admissão de um internamento agudo. Esta ajuda a desenvolver uma relação terapêutica com o cliente e fornece informações básicas para o período pós-operatório através da recolha de informações clínicas do cliente, da família, com base no diálogo e consulta dos registos clínicos, resultados laboratoriais e o exame físico de forma a aumentar a consciência da equipa multiprofissional sobre o risco de vida do cliente e, conseqüentemente, antecipar complicações pós-operatórias, ajudando a tornar a prestação de cuidados mais individual e específica e a melhorar o prognóstico e recuperação pós-operatória (Hardin & Kaplow, 2010).

Apesar dos avanços na cirurgia cardíaca e nos cuidados peri-operatórios, as complicações pós-operatórias permanecem frequentes, levando a um aumento da taxa mortalidade das pessoas submetidas a esses procedimentos cirúrgicos. Por isso, o conhecimento e precoce identificação de potenciais complicações pós-operatórias são essenciais para o prognóstico do cliente (Hardin & Kaplow, 2010; Zheng et al., 2016, citados por Lopes et al., 2019).

As complicações da cirurgia cardíaca têm resultados negativos e efeitos variáveis no prognóstico de cada cliente e estão associadas a comorbidade preexistentes, à preparação pré-operatória, ao procedimento cirúrgico ou a qualquer combinação desses fatores (Hardin & Kaplow, 2010).

As primeiras 24 horas (h) após a cirurgia cardíaca são desafiantes porque os clientes apresentam altos níveis de vulnerabilidade e instabilidade no período pós-operatório inicial e, por isso, são encaminhados para UCI para prevenção e reconhecimento imediato das complicações pós-operatórias para garantir os resultados ideais para o cliente (Hardin & Kaplow, 2010).

Um estudo que analisou os desfechos clínicos das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca identificou como principais complicações pós-operatórias a hipotensão, a hemorragia, a hiperglicemia, a insuficiência renal aguda (IRA), a re-operação, o tamponamento cardíaco, a taquicardia ventricular, a hipocalcemia, a sépsis, o acidente vascular cerebral (AVC) e a paragem cardiorrespiratória (PCR) (Santos et al., 2016, citados por Lopes et al., 2019).

De uma forma geral, a nível sistémico, as complicações pós-operatórias podem ser cardíacas, hematológicas, renais, gastrointestinais, de reposta inflamatória sistémica, neurológicos e de infeção (Hardin & Kaplow, 2010).

A função cardíaca adequada é o fator mais importante associado à recuperação da cirurgia cardíaca, na qual a equipa de Enfermagem desempenha um papel importante na prevenção, identificação e tratamento das complicações cardíacas através de competências relacionadas com a avaliação do cliente, tomada de decisão e experiência na prestação de cuidados especializados e avançados (Hardin & Kaplow, 2010).

As infeções pós-operatórias mais comuns são a bacteremia, a pneumonia, as infeções do trato urinário e as infeções de feridas (Hardin & Kaplow, 2010).

A infeção do local cirúrgico (ILC) é uma das complicações cirúrgicas mais frequentes, com taxas de incidência entre 2 e 20 %, estando associada a elevada taxa de morbilidade e mortalidade, com conseqüente aumento dos custos de internamento hospitalar. Esta é a infeção relacionada com o procedimento cirúrgico, que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dele (incisional ou órgão/espço), nos primeiros trinta dias do pós-operatório (Gelape, 2007; SESARAM, EPERAM, 2019).

As infeções das feridas cirurgias cardíacas são classificadas como superficiais ou profundas (mediastinite) e o risco de infeção está relacionado com fatores intrínsecos (da pessoa e da própria cirurgia) e extrínsecos, nos quais se incluem os aspetos da preparação pré, intra e pós-operatória (Hardin & Kaplow, 2010; SESARAM, EPERAM, 2019).

A equipa de Enfermagem da UCI deve monitorizar o cliente relativamente às características da ferida, febre, aumento da dor ou sensibilidade da parede torácica ou um esterno instável. Adicionalmente à vigilância da ferida, a administração de terapia antibiótica profilática por 48 horas e o controlo da glicémia ajudam a minimizar a probabilidade de infeções (Hardin & Kaplow, 2010).

Assim, o sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (SESARAM, EPERAM, 2019).

A cirurgia cardíaca é feita principalmente por esternotomia média, que resulta em dor significativa no pós-operatório (Huang & Sakata, 2016).

De acordo com um questionário realizado em hospitais portugueses, 71% das pessoas submetidas a cirurgia, refere dor no segundo dia após a intervenção, considerando-a moderada a intensa em 25% dos casos. Quando mal controlada está associada com a

ativação do sistema nervoso simpático e aumento da resposta hormonal ao *stress*, que pode contribuir com os múltiplos eventos adversos no pós-operatório (Lopes, 2010, citado por Grünenthal, n.d.; Huang & Sakata, 2016).

A dor pode ser aguda e evoluir para crónica e a sua intensidade pós-operatória depende de vários fatores como por exemplo, do tipo de cliente (sexo, idade, índice de massa corporal, expectativas, informação e educação, experiência cirúrgica anterior, duração da dor previamente à cirurgia, medicação analgésica já instituída, genética e entre outros), da cirurgia (proposta e realmente efetuada, técnica cirúrgica, duração, adequação do binómio cirurgião versus cirurgia e entre outros) e da técnica anestésica (opióide no intraoperatório, administração de anestésicos locais, bloqueios nervosos contínuos e entre outros). Por isso, o controlo da dor pós-operatório é fulcral para facilitar o processo de recuperação do cliente e para a obtenção de resultados positivos e de qualidade com a cirurgia, evidenciando-se a importância da equipa de Enfermagem na sua prevenção, avaliação, gestão e tratamento não farmacológico e farmacológico (Sarmiento et al., 2013).

Desta forma, verifica-se que o período pós-operatório imediato é um momento de recuperação crítica que implica a necessidade de cuidados especializados para garantir a boa recuperação dos clientes. Por isso, durante este período as repercussões orgânicas do procedimento cirúrgico e os mecanismos fisiológicos a ele associados devem ser avaliados e vigiados continuamente, assim como as potenciais e reais complicações inerentes (Soares et al., 2011, citados por Lopes et al., 2019).

Neste âmbito, é a equipa multiprofissional de saúde, especialmente a equipa de Enfermagem, quem assegura a vigilância, identifica focos de atenção e intervém de forma antecipada e imediata perante as complicações que possam surgir de modo a evitar danos irreversíveis na saúde do cliente (Lopes et al., 2019).

Pelo exposto, constata-se que as unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca evidenciam um cenário de inovação e atendimento especializado de Enfermagem às pessoas em situação crítica, cuja prestação de cuidados necessita de cuidados específicos, seguros e contínuos. Por sua vez, a incorporação de novas tecnologias passou a exigir profissionais cada vez mais qualificados (Santos et al., 2016). Daí a importância do desenvolvimento de competências em Enfermagem e consequente especialização.

A admissão segura de um cliente na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca leva o Enfermeiro a colocar em prática todo o seu conhecimento teórico e prático porque tem de preparar e organizar a unidade de cuidados. Adicionalmente, tem de avaliar o cliente,

identificar necessidades e focos de atenção. Posteriormente, tem de planejar e executar as intervenções necessárias à sua segurança, à estabilização das suas funções vitais e satisfação das necessidades expressar que, muitas vezes, são de alta complexidade e realizadas de forma individualizada e sistematizada, requerendo a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos ao longo da sua formação ou no contexto de trabalho (Santos et al., 2016).

Perante este cenário complexo, verifica-se que o Enfermeiro é o profissional responsável direto pela prestação de cuidados ao cliente, tendo um papel importante na avaliação, vigilância, monitorização e gestão da terapêutica e segurança do cliente durante todo o internamento de modo a garantir a estabilização das funções vitais e consequentemente a evolução positiva face ao tratamento (Santos et al., 2016).

Desta forma, conclui-se que o ambiente de trabalho nas unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca coloca o Enfermeiro perante o desafio de executar intervenções complexas para poder cuidar do cliente de forma holística, segura e qualificada, tornando-se essencial o desenvolvimento e aquisição das competências específicas referidas ao longo deste documento.

Por fim, importa salientar que ao longo dos anos o tema competência profissional tem sido um foco de atenção dos Enfermeiros e gestores hospitalares, visto que a equipa de Enfermagem representa uma parcela significativa dos recursos humanos alocados nestas instituições, interferindo diretamente na eficácia, na qualidade, na segurança e no custo da assistência prestada (Santos et al., 2016).

Por tudo o que descrevi, julgo estar justificada de forma fundamentada a minha necessidade de explorar a referida área e consequentemente desenvolver as competências comuns e específicas do EEEMC na respetiva área, tendo em conta a sua importância na mesma.

1.2. Caracterização dos contextos de prática clínica

Tal como já referi anteriormente, segundo o Despacho n.º 8046/2015, o MEMC da ESESJC contempla no seu ciclo de estudos três práticas clínicas, nomeadamente: o Estágio I-Urgência, realizado no SU de Machico; o Estágio II – Cuidados Intensivos, efetuado na UCIP do HNM e o Estágio III Opção, feito no Serviço de Cardiologia – UCICT do HNM. Por isso, neste subcapítulo pretendo caracterizar essas práticas clínicas e respetivos contextos/serviços, mais especificamente quanto à sua estrutura, organização,

funcionamento e dinâmica de trabalho de forma a facilitar a compreensão das atividades descritas para a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC.

1.2.1. Estágio I – Serviço de Urgência de Machico

Segundo o Guia orientador do Estágio e Relatório de Pestana et al. (2020), providenciado pela ESESJC, o ensino clínico referente à UC Estágio I – Urgência contempla um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter de modo a que cada um contribua, na sua justa medida, para a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC através práticas supervisionadas, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa e família/cuidador em situações de urgência/emergência ou catástrofe nos SU do SESARAM EPERAM., neste caso específico, no SU de Machico.

O Despacho Normativo n.º 11/2002, afirma que os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações definidas como urgência e emergência (p. 20673).

Situações de urgências correspondem a todos os casos clínicos de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais (DGS, 2001).

Situações de emergências correspondem a todos os casos clínicos de instalação súbita em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, o sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes e, por isso, a Rede de SU integra três níveis de resposta que passo a mencionar por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta: (1) Serviço de Urgência Básico (SUB); (2) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e (3) Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (p. 20673).

Estes serviços, além de darem resposta a situações de urgência e emergência na sua área de influência, complementam-se por forma a alcançar uma rede diferenciada (Graça et al., 2017).

O nível de resposta SUB corresponde, conforme o Despacho supracitado, ao primeiro nível de acolhimento de situações de urgência. Está mais próximo da população e apresenta um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. Por conseguinte, também correspondem a um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nos casos que exijam um nível de cuidados mais

diferenciado, em que o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não tem condições para assegurar o transporte direto e seguro para um nível de responsabilidade de SU mais elevado ou quando o utente não recorre aos serviços de atendimento telefónico que existem ao dispor do Sistema Nacional de Saúde (112 e Linha Saúde 24) e, como tal, se dirige diretamente aos SUB (p. 20673).

O nível de resposta SUMC, de acordo com o mesmo Despacho, diz respeito ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC (p. 20673).

O nível de resposta SUP, segundo o referido Despacho, é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área (p. 20673).

Neste contexto, esse Despacho, ainda salienta que o atendimento urgente a crianças deve estar disponível nos três níveis referidos e no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP). Relativamente ao trauma, o ideal era existir SU dedicados à pessoa politraumatizada designados de Centro de Trauma (CT) (p. 20674).

Atualmente e em consonância com o Despacho n.º 19 124/2005 e Marques e Lino (2021), existe um aumento significativo da afluência aos SU devido ao envelhecimento da população, múltiplas comorbilidades e défice de respostas de saúde e sociais na comunidade. Esta situação causa uma sobrelotação dos SU e condiciona o estabelecimento de prioridades, comprometendo a abordagem no período de tempo considerado ideal, pois existem situações urgentes que requerem uma identificação precoce e um encaminhamento correto e em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência.

Uma das formas de garantir cuidados mais adequados e de maior qualidade, segundo o Despacho n.º 19 124/2005, Machado (2021) e Marques e Lino, (2021), passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares, o que implicou a implementação de um método de triagem nos hospitais, de forma a garantir a segurança das pessoas e assegurar que às mais graves seja dada prioridade de observação em relação aos menos graves, permitindo salvar vidas, estratificar o risco clínico e organizar o serviço a nível de necessidades.

Como tal, para uma boa gestão dos cuidados de saúde, foi criado, em 1994, pelo Grupo de Triagem de Manchester o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), que está implementado em Portugal desde outubro de 2000 e que tem como objetivo construir normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico, ou seja, priorizar as pessoas consoante a gravidade clínica, não estabelecendo diagnóstico, mas identificando uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e definição de um tempo alvo de atendimento até à primeira observação médica (Marques & Lino, 2021).

Após identificada a prioridade clínica é atribuída uma pulseira com cor ao utente. A cor vermelha significa que é emergente e que necessita de atendimento imediato. A cor laranja corresponde a muito urgente e que necessita de atendimento quase imediato, podendo esperar até 10 minutos. A cor amarela indica que é urgente e que necessita de atendimento rápido, podendo aguardar até 60 minutos. A cor verde significa pouco urgente, podendo aguardar 120 minutos ou ser encaminhado para outros serviços de saúde. A cor azul corresponde a não urgente, podendo aguardar 240 minutos ou ser encaminhado para outros serviços de saúde. Ainda importa acrescentar a cor branca, atribuída às pessoas que procuram os SU para realização de procedimentos eletivos ou entrada administrativa (Grupo Português de Triagem, 2015; Marques & Lino, 2021).

O Despacho n.º 19 124/2005, Machado (2021) e Marques e Lino (2021) afirmam que o PTM é considerado um método validado internacionalmente, testado e com uma metodologia operacional que se consolidou ao longo do tempo. Como tal, também é considerado um fator de segurança para os profissionais, nomeadamente, Enfermeiros e Médicos porque além da atribuição da prioridade clínica o PTM implica a monitorização das pessoas através do processo de retriagem enquanto estes aguardam por observação médica, possibilitando a alteração da prioridade, se necessário.

A aplicação do PTM é feita por Enfermeiros, sendo de salientar que a eficácia da triagem está associada à experiência, particularmente em emergência. Por isso, uma vez que decidir na triagem é um processo complexo e exige precisão, implica uma formação específica porque a formação base dos Enfermeiros não os prepara para a complexa tomada de decisão na triagem, sendo crucial tempo, experiência em emergência e formação complementar (Marques & Lino, 2021).

Após a triagem, em harmonia com o Despacho n.º 10319/2014, Marques e Lino (2021), a pessoa deve ser encaminhada de acordo com as normas predefinidas na instituição, garantindo-se que é observado no local pelas equipas adequadas e em tempo útil

cl clinicamente aceitável. Por isso, ao circuito de gestão de doentes, foram integrados os sistemas de resposta rápida, as Vias Verdes (VV), nomeadamente do AVC, Coronária, Sepsis e Trauma.

As VV supracitadas, segundo os mesmo Despacho e autores, correspondem a uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, o encaminhamento e o tratamento de situações mais frequentes e /ou graves nas fases pré, intra e inter-hospitalares de forma a sistematizar os procedimentos, uma vez que nestas situações, uma abordagem estruturada e precoce tem impacto na morbilidade e mortalidade.

O processo de encaminhamento através de VV, tendo em conta o Despacho supramencionado, deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas pré-hospitalar e hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados, sendo de referir que cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis (p. 20675).

O meu estágio em contexto de urgência decorreu de 07/09/2020 a 08/10/2020 no SU de Machico, onde cumpri um total com um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto, ou seja, 130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial e 110 horas foram de tempo individual para estudo e elaboração de trabalhos.

O SU de Machico está integrado no SESARAM, EPERAM. e localiza-se no Sítio de Piquinho, no Caminho da Ribeira, n.º 21, em Machico com horário de funcionamento todos os dias do ano durante 24 horas por dia.

Após um processo de certificação, este SU foi distinguido, em janeiro de 2017, com a acreditação de qualidade de nível bom pela DGS, com base no modelo da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA), a qual é válida por um período de cinco anos (SESARAM, EPERAM, 2020).

Estruturalmente, está localizado no primeiro piso do edifício, tem uma secretaria, uma sala de pré-triagem, um isolamento, uma sala de espera, uma sala de emergência, três gabinetes Médicos e de Enfermagem, um gabinete pequena cirurgia (com plano duro, colar cervical e estabilizadores), uma sala de trabalho de Enfermagem, uma SO para adultos homens, uma SO para adultos mulheres, uma SO pediátrico e uma SO adultos suplementar não especificado por género, uma arrecadação para medicação, uma arrecadação de material, uma armário com talas de imobilização, um armário para roupa hospitalar, uma copa para profissionais, uma copa para utentes, uma sanitário para os profissionais do serviço e uma zona de despejos. Ressalvo que cada gabinete está preparado com todo o material necessário

para as intervenções de Enfermagem. Contudo, se o utente for encaminhado para a SO, o material é preparado em tabuleiros individuais e as intervenções são efetuadas na respetiva sala.

As SO adultos têm capacidade para duas pessoas deitadas e três sentadas, pois têm duas camas articuladas elétricas com grades laterais de segurança, duas mesas individuais de apoio às camas, uma rampa com sistema integrado de oxigénio e aspiração, três cadeiras individuais, um armário com roupa hospitalar, um sanitário e um biombo móvel.

A SO pediátrico tem uma cama articulada elétrica com grades laterais, um berço com grades laterais, duas mesas individuais de apoio à cama e berço, duas cadeiras individuais, um sanitário adequado a bebés e crianças e um armário com roupa hospitalar.

A sala de emergência está equipada com um computador, uma maca elétrica, um carro de emergência equipado com material de apoio à via aérea, um aparelho portátil para eletrocardiograma (ECG), um aparelho de gasometria, um desfibrilhador, um ventilador, um monitor de sinais vitais, com sistema integrado de aspiração e oxigénio, material de intervenção e medicação, protocolos de atuação relativamente à PCR, AVC e trauma e mala de transporte inter-hospitalar.

Quanto aos recursos humanos, a equipa de Enfermagem é gerida pela Enfermeira Chefe e é constituída por 15 elementos, em que 12 são Enfermeiros de Cuidados Gerais e três são EEEMC.

Durante o período em que estive em estágio no SU de Machico percebi que a equipa de Enfermagem cumpre com horário rotativo, alternando entre manhã, das 08h00 às 15h30, tarde, das 15h00 às 22h30 e noite, das 22h00 às 08h30. Em cada turno, estão sempre presentes três Enfermeiros, em que um fica destacado exclusivamente para a sala de triagem e os outros dois ficam responsáveis pelo atendimento nos gabinetes Médicos e de Enfermagem e SO. Enfatizo que a Enfermeira Chefe está presente de segunda sexta-feira no turno da manhã e assistente sempre que possível às passagens de turno, havendo uma agenda onde ficam registadas as informações importantes relativamente à organização do serviço e prestação de cuidados.

Complementarmente, no turno da manhã, estão presentes dois assistentes operacionais e nos turnos da tarde e da noite fica só um assistente operacional.

A equipa médica é variável, estando no mínimo dois médicos e no máximo seis, quando em cada gabinete está um médico acompanhado por um médico a fazer internato de formação específica.

Na secretaria está sempre um administrativo e um segurança na porta.

Quanto à dinâmica de funcionamento, na rua, tem uma secretaria onde, à chegada, a pessoa que recorre ao serviço deve facultar os dados para admissão no SU (nome completo, data de nascimento e número do cartão de utente) ao administrativo, sendo-lhe entregue uma pulseira de identificação que só é retirada aquando da alta e, por isso, deve mantê-la durante todo o circuito interno no SU e transferência inter-hospitalar, independentemente do meio de transporte. Ressalvo que as pessoas levadas pelos bombeiros ou equipas de socorro, que entram diretamente no SU sem passar pela secretaria, são identificadas com pulseira pelo Enfermeiro ou Médico que as assumem, mantendo-se as restantes regras relativamente ao seu uso.

Posteriormente, devido à COVID-19, o utente dirige-se para a sala de pré-triagem, onde é atendido por um Enfermeiro devidamente equipado com Equipamento de Proteção Individual (EPI), nomeadamente, viseira, máscara, bata e luvas ou desinfeção das mãos. Este solicita a desinfeção prévia das mãos com solução antisséptica de base alcoólica e providencia uma máscara cirúrgica. Seguidamente, aplica o inquérito epidemiológico (questiona se a pessoa em causa viajou há menos de um mês, se esteve em contacto com alguém positivo para a COVID-19, se trabalha na área da saúde, especialmente com pessoas com COVID-19 e se tem antecedentes respiratórios) e clínico (avalia a presença de febre, tosse e dificuldade respiratória) para o despiste da COVID-19. Depois, identifica o motivo de ida ao SU e os focos de atenção de Enfermagem e encaminha a pessoa para o atendimento médico de acordo com a sua prioridade de intervenção relativamente às suas necessidades, ou seja, pode avançar logo para o gabinete Médico e de Enfermagem ou aguardar na sala de espera, onde depois ouve e vê no ecrã o seu nome completo e gabinete para o qual se deve dirigir, circuito sobre o qual me questionei e refleti crítica e fundamentadamente através de uma reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS.

De acordo com os documentos providenciados pela Enfermeira Chefe referentes ao ano de 2020 relativamente aos dados estatísticos das pessoas e famílias que recorrem ao SU de Machico quanto à faixa etária e sexo, concelho de residência, proveniência, dia e hora de entrada, motivo e destino e internamento em SO, averigui que este ano, até ao início deste estágio, o serviço recebeu 18552 pessoas residentes em Machico (9656 pessoas), Santa Cruz (6629 pessoas) e Santana (1086 pessoas). Com idade inferior a um até aos mais de 85 anos, provenientes do domicílio (17745 pessoas), via pública (415 pessoas), local de trabalho (160 pessoas), estabelecimentos de ensino (87 pessoas), centros de saúde (65 pessoas) e lares (37

peçoas). O horário de maior afluência é entre as 08h00 e as 22h00, em qualquer dia da semana devido a doença súbita (17202 peçoas), acidente peçoal (465 peçoas) e queda acidental (415 peçoas), sendo que, destas situações, ficaram em SO até julho deste ano 4867 peçoas. Saliento que, das 17202 peçoas que recorram por doença súbita, 1913 foram encaminhadas para o HNM e das 415 peçoas que recorreram por queda acidental, 202 também foram encaminhadas para o HNM, que juntado a outros motivos de ida ao SU, das 18552 peçoas que já recorram este ano ao SU de Machico, 2352 foram encaminhadas para o HNM.

Tendo em conta o descrito anteriormente sobre cada nível de resposta da Rede de SU e sobre o SU de Machico, verifica-se, tal como já referi inicialmente, que este corresponde a um nível de resposta SUB.

1.2.2. Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Segundo o Guia orientador do Estágio e Relatório de Pestana et al. (2020), providenciado pela ESESJC, o ensino clínico referente à UC Estágio II – Cuidados Intensivos contempla um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter de modo que cada um contribua, na sua justa medida, para a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC através práticas supervisionadas, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem à peçoal e família em situação crítica e/ou falência orgânica numa UCI, neste caso específico, na UCIP do HNM.

As UCI são locais qualificados para assumir a total responsabilidade pelas peçoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e recuperando as falências de órgão com implicações vitais através de saberes, tecnologias e metodologias muito próprias (DGS, 2003).

Estas são definidas e reconhecidas em função de três critérios *major*: prática (contínuo de ações e procedimentos humanos e instrumentais de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados 24h por dia), avaliação (natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, capacidade de recuperação das funções vitais, disponibilidade, capacidade para acorrer às necessidades, definição dos recursos necessários e avaliação do respetivo desempenho) e investigação (monitorização contínua de cada um e do conjunto de clientes, acumulação de experiência, sistematização e enriquecimento de saberes) (DGS, 2003).

Alguns exemplos de necessidade de cuidados intensivos são os cuidados neurocirúrgicos, a cirurgia cardiotorácica, a hemodinâmica das doenças coronárias, a cirurgia vascular de risco, os transplantes e os queimados (DGS, 2003).

Regra geral, o internamento em UCI corresponde a “um tempo transitório para algumas das pessoas em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si.” (DGS, 2003, p.6).

Nestas unidades, os Enfermeiros devem ser qualificados e treinados para lidar com as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia avançada que dispõem, 24 horas por dia (DGS, 2003).

Na procura constante da excelência no exercício profissional, consultando o Regulamento n.º 361/2015, o Enfermeiro Especialista avalia, concebe e implementa planos de intervenção em resposta às necessidades da pessoa e família alvo dos cuidados, a partir dos quais deteta e previne precocemente complicações, mantendo a estabilidade do doente com vista à sua recuperação (p.17242).

Desta forma, a qualificação da equipa multidisciplinar, principalmente do Enfermeiro, contribuirá para o planeamento adequado das intervenções necessárias, melhoria da assistência e diminuição de situações adversas imprevistas e prejudiciais.

O meu estágio em contexto de Cuidados Intensivos decorreu de 12/10/2020 a 06/11/2020 na UCIP do HNM, onde cumpri com um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto, ou seja, 130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial e 110 horas foram de tempo individual para estudo e elaboração de trabalhos.

A UCIP é um serviço que está integrado no SESARAM, EPERAM e que se situa no HNM, localizado na Avenida Luís de Camões, n.º 57, 9004-514, Funchal (SESARAM, EPERAM, 2020).

Após um processo de certificação, a UCIP foi distinguida, em janeiro de 2017, com a acreditação de qualidade de nível bom pela DGS, com base no modelo da ACSA, a qual é válida por um período de cinco anos. (SESARAM, EPERAM, 2020).

A sua missão é melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas em situação crítica através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação e da formação de Médicos e Enfermeiros na área do intensivismo, com a visão ser um serviço reconhecido interna e externamente pela sua excelência através da eficiência e modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência técnico-

científica dos profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos (SESARAM, EPERAM, 2021).

Estruturalmente, a UCIP está dividida em UCIP um e UCIP dois. A UCIP um localiza-se no andar técnico do HNM e é composta por três sectores: 1) sector de apoio, que inclui gabinetes, copa, arrecadação de materiais, vestiário e sala de pausa; 2) sector de internamento, constituído por uma sala aberta com sete camas e uma sala de isolamento com uma cama e 3) sector de sujos. A UCIP dois está inserida no SU do HNM, mais precisamente, nos Cuidados Especiais da Urgência e é composta por uma sala aberta a funcionar atualmente com quatro camas e a sala de trabalho de Enfermagem, que é partilhada com os colegas do SU (SESARAM, EPERAM, 2020).

A equipa multiprofissional da UCIP é constituída por um diretor clínico; um Enfermeiro chefe; 10 Médicos, dos quais sete possuem a subespecialidade em Medicina Intensiva, com dois médicos permanentes fisicamente; 54 Enfermeiros, dos quais 16 são Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), cinco Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER), um em Enfermagem de Saúde Mental (ESM) e um em Enfermagem de Saúde Comunitária (ESC), que asseguram os cuidados de Enfermagem durante 24 horas em horário rotativo entre manhã, das 08h00 às 15h30, tarde, das 15h00 às 22h30 e noite, das 22h00 às 08h30; dez assistentes operacionais que cumprem com um horário semelhante ao da equipa de Enfermagem e, por fim, uma administrativa.

A prestação de cuidados é feita num rácio de um Enfermeiro para dois doentes com base na *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), um sistema de medida da gravidade e da carga de trabalho em Enfermagem em UCI com base na quantificação das intervenções terapêuticas, de acordo com a complexidade, o grau de invasão e o tempo dispensado pela equipa de Enfermagem para a realização de determinados procedimentos. É aplicada pelo chefe de equipa de Enfermagem antes da atribuição de doentes aos Enfermeiros porque, através do somatório dos pontos atribuídos às atividades de Enfermagem, o TISS-28 permite classificar as pessoas internadas em quatro classes (classes de Cullen) (Padilha et al., 2005; PortalEnf, 2020).

As pessoas que ocupam as camas da UCIP são pessoas em situação crítica provenientes do exterior, do SU e de outros serviços do HNM.

Dos clientes admitidos, os quadros clínicos mais prevalentes são: sépsis e choque séptico; choque circulatório de diferentes etiologias; *status* pós PCR; insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada; politraumatismo; Traumatismo Crânio-Encefálico

(TCE) e Traumatismo Vertebral Medular (TVM); AVC hemorrágico e isquémico, estados pós operatórios, insuficiência renal aguda e crônica agudizada; insuficiência hepática aguda e crônica agudizada; disfunção metabólica e neuro-endócrina; intoxicações; manutenção e referenciação de doadores multiorgânicos; grandes queimados; cuidados de fim de vida e assistência à família/pessoa de referência (SESARAM, EPERAM, 2021).

Os cuidados a estas pessoas implicam a monitorização contínua e o suporte de funções (SESARAM, EPERAM, 2021).

A monitorização contínua pode ser não invasiva através da monitorização contínua de ECG, pressão arterial não invasiva (PNI), oximetria, dióxido de carbono expirado, frequência respiratória (FR), temperatura, débito cardíaco por VIGILEO e eletroencefalografia contínua (EEG) e/ou invasiva através de pressão arterial invasiva (PAI), pressão venosa central (PVC), monitorização hemodinâmica minimamente invasiva através de *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO), monitorização hemodinâmica por cateter da artéria pulmonar (*Swan Ganz*), monitorização neurológica complexa (pressão intracraniana (PIC) e pressão de perfusão cerebral (PPC) e índice bispectral (BIS) e pressão intra-abdominal (SESARAM, EPERAM, 2021).

O suporte de funções é efetuado através da ressuscitação cardiovascular e cerebral com suporte básico e avançado de vida, incluindo gestão controlada da temperatura, oxigenioterapia, oxigenioterapia de alto fluxo, ventilação mecânica não invasiva (VMNI), ventilação mecânica invasiva (VMI), suporte cardiovascular farmacológico, trombólise, suporte de função de ventrículo esquerdo com balão intra-aórtico (BIA), terapia por oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), técnicas de substituição da função renal contínuas e intermitentes (hemodiálise, SLED, hemodiafiltração e plasmaferese), *cell saver*, terapêutica transfusional, diagnóstico de morte cerebral e transporte da pessoa em situação crítica (SESARAM, EPERAM, 2021).

De acordo com cada situação clínica podem ser aplicadas técnicas de diagnóstico e terapêutica como, por exemplo, cateterização venosa central, cateterização arterial, colocação de pacemaker endocavitário transitório, drenagem pericárdica, entubação traqueal, traqueotomia percutânea e cirúrgica emergente e eletiva, pleurocentese, drenagem pleural, técnicas de recrutamento alveolar, paracentese, cateterismo vesical, colocação de drenagem vesical supra-púbica, punção lombar, ecografia abdominal e pleuro-pulmonar através do protocolo *focused assessment with sonography for trauma* (eFAST), ecografia para acessos vascular e outros procedimentos ecoguiados, ecografia torácica,

ecocardiografia, sedação, analgesia e paralisção, enfermagem de reabilitação, pensos simples e complexos (SESARAM, EPERAM, 2021).

Importa referir que a UCIP assegura a emergência hospitalar (quando solicitado, assegura a assistência a todos os clientes admitidos na sala de emergência do SU do HNM e aos clientes internados na sala de cuidados especiais e na SO do SU) e intra-hospitalar (assegura cuidados urgentes e emergentes, a todos os adultos internados no HNM, bem como aos que circulam no perímetro hospitalar através da triagem de situações urgentes e emergentes e resposta integrada à pessoa em situação urgente e emergente, que inclui a abordagem da mesma, a reversão ou estabilização das suas funções vitais e o seu encaminhamento para as unidades de tratamento mais adequadas.

Por fim, ainda é de salientar que a UCIP tem em atenção os cuidados pós-internamento, assegurando a assistência de *follow-up* e de qualidade de vida pós internamento no serviço através de atividades assistenciais multiprofissionais e multidisciplinares de *outreach* prospetivo e reativo e consultas de *follow-up* (SESARAM, EPERAM, 2021).

1.2.3. Estágio III – Serviço de Cardiologia: UCICT

Segundo o Guia orientador do Estágio e Relatório de Pestana et al. (2020), providenciado pela ESESJC, o ensino clínico referente à UC Estágio III – Opção contempla um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter de modo a que cada um contribua, na sua justa medida, para a aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC através de práticas supervisionadas em serviços de cuidados diferenciados, nos quais estão internadas pessoas em estado de doença aguda e em situação paliativa, sendo de salientar que o campo de estágio é definido de acordo com a preferência/interesse do estudante, neste caso, no Serviço de Cardiologia, mais precisamente na UCICT do HNM.

O meu estágio em contexto de opção decorreu 18/01/2021 a 05/03/2021 no Serviço de Cardiologia – UCICT do HNM, cumprindo com um total de 375 horas, das quais 210 horas foram de contacto, ou seja, 198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial e 165 horas foram de tempo individual para estudo e elaboração de trabalhos.

O Serviço de Cardiologia, é um dos serviços disponíveis no HNM, o qual está localizado no terceiro piso nascente e que inclui a Enfermaria, o Hospital de Dia, a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC) e a UCICT. Complementarmente à necessidade

de intervenção, mantém uma relação estreita com o Laboratório de Hemodinâmica, que está localizado no piso menos um do HNM.

Após um processo de certificação, a UCICT foi distinguida, em janeiro de 2017, com a acreditação de qualidade de nível bom pela DGS, com base no modelo da ACSA, a qual é válida por um período de cinco anos (SESARAM, EPERAM, 2021).

Anualmente e em média, cerca de 200 pessoas são submetidas a cirurgia cardiorrástica (SESARAM, EPERAM, 2021).

A cirurgia cardiorrástica é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências de saúde que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda e crónica do foro cardiovascular, da caixa torácica e aparelho respiratório, em pessoas com patologias potencialmente cirúrgicas (SESARAM, EPERAM, 2021).

Desta forma, centrando-nos UCICT, o seu principal objetivo é suportar e recuperar a função cardiovascular e respiratória, de modo a criar condições para que a doença subjacente tenha uma evolução favorável e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade. Desta forma, tem como visão garantir a melhor resposta possível a todos os doentes do foro cardiorrástico da RAM (SESARAM, EPERAM, 2021).

Nesta unidade são internadas pessoas com toda a patologia torácica com indicação para cirurgia terapêutica e/ou diagnóstico (SESARAM, EPERAM, 2021):

- Pulmão (tumores benignos e maligno primitivos, metástases, pneumotórax enfisemas bolhosos, sequestros e corpos estranhos intra-brônquicos);
- Pleura (empiemas, quilotórax e paquipleurites);
- Mediastino (tumores benignos e malignos, miastenia gravis e adenopatias sem diagnóstico);
- Diafragma (hérnias e eventrações);
- Parede torácica (*pectos excavatum/carinatum*, tumores benignos e malignos, condrites, fraturas do esterno com grande cavalgamento);
- Outras (hiperhidroses, fístulas e lesões traumáticas).

Também são admitidas pessoas sem indicação cirúrgica como, por exemplo (SESARAM, EPERAM, 2021):

- Traumatismos torácicos (com repercussão funcional respiratória, com derrame pleural e/ou hemo/pneumotórax significativos e com síndrome dolorosa importante);

- Complicações de cirurgias torácicas prévias (derrame pleural e/ou pneumotórax significativo e infeção de feridas operatórias).

Por sua vez também são recebidas todas as pessoas com patologia cardíaca e da aorta torácica com indicação cirúrgica como, por exemplo (SESARAM, EPERAM, 2021):

- Valvular (estenose/regurgitação valvular, endocardite e complicação de próteses);
- Isquémica (aterosclerose coronária, aneurisma do ventrículo esquerdo, comunicação intraventricular pós-enfarte, rotura da parede livre do ventrículo esquerdo);
- Congénita (canal arterial persistente, comunicação intraauricular, coarctação da aorta e tetralogia de *fallot*);
- Aorta torácica (aneurismas e dissecções);
- Pericárdio (derrames, quistos e pericardites constrictivas), outras (membranas subaórticas, miocardiopatia hipertróficas, mixomas e lacerações cardíacas);
- Complicações de cirurgias cardíacas e da aorta torácica prévias (derrame pleural e/ou pneumotórax significativos, infeções de feridas operatórias e mediastinites).

Estruturalmente, a enfermaria do Serviço de Cardiologia é composta por sete quartos com três camas cada, dando um total de 21 camas para internamento e um isolamento, a UTIC tem cinco quartos individualizadas e a UCICT, desde 2009, tem três camas dispostas em sala aberta, separadas por biombos. Adicionalmente e de uso comum a todas as valências, o serviço inclui um gabinete médico, um gabinete do Enfermeiro Chefe, uma sala de Enfermagem, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma arrecadação com material de consumo hospitalar e medicação, um vestiário, uma rouparia, uma copa, uma sala de pausa, um sanitário para os profissionais de saúde e dois sanitários com duche para os utentes e uma sala de despejos.

Quanto aos recursos humanos, no período em que estive em estágio no serviço e tendo em conta a situação atual de pandemia associada à COVID-19, que levou à mobilização de Enfermeiros entre serviços, a equipa de Enfermagem era composta por 45 Enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Chefe Luís Freitas; a equipa de assistentes operacionais por 12 elementos; o secretariado por três administrativas e a equipa de cardiopneumologia por 27 elementos. A equipa médica é vasta, tendo vários médicos assistentes e internos.

Contudo, é uma equipa distinta entre a enfermaria do Serviço de Cardiologia, UTIC e UCICT, importando salientar que na UCICT, existem quatro médicos de apoio especialistas em cirurgia cardiorádica e a uma equipa de perfusionistas composta por três elementos (SESARAM, EPERAM, 2021).

Quanto à equipa de Enfermagem, dos 45 elementos, cinco são Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), 10 são EEEMC, dois são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e os restantes são Enfermeiros Generalistas. Num total, existem cinco equipas de Enfermagem com seis elementos cada, em que um dos elementos, normalmente o EEEMC, é Chefe de equipa. Importa salientar que alguns destes Enfermeiros, mais precisamente os EEEMC e os peritos, dão apoio ao Laboratório de Hemodinâmica e à Unidade de Cuidados Polivalente COVID-19, estando de prevenção 24 horas e sete dias por semana com horário alternado entre si e definido pelo Enfermeiro Chefe Luís Freitas. Na enfermaria costumam ficar os Enfermeiros generalistas e na UTIC e UCICT, em cada uma, fica um EEEMC e um Enfermeiro perito. Contudo, devido à situação atual de pandemia e conseqüentemente necessidades de gestão, podem existir turnos em que um dos Enfermeiros de cada unidade é generalista. Ainda importa referir que, por exemplo, se o colega destacado para prevenção à Unidade Polivalente COVID-19 é chamado, o mesmo é substituído na unidade pelo EEER.

A nível de horário a equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais cumpre maioritariamente com horário rotativo, alternado entre manhã, das 08h00 às 15h30, tarde, das 15h00 às 22h30, e noite, das 22h00 às 08h30. Outro tipo de horário em vigor é o fixo e está destinado e adaptado para os elementos que estão a usufruir de algum tipo de licença como, por exemplo, a licença de amamentação. Enfatizo que o Enfermeiro Chefe Luís Freitas está presente de segunda a sexta-feira no turno da manhã e assiste sempre que possível às passagens de turno, especialmente na enfermaria, passando pelas restantes unidades (UTIC e UCICT) para se inteirar sobre as mesmas.

O método de trabalho da equipa de Enfermagem em qualquer valência do serviço é por Enfermeiro responsável, existindo um grande espírito de entreajuda entre os colegas, especialmente nos cuidados à pessoa em situação crítica em que, muitas vezes, um só Enfermeiro não é suficiente e é preciso trabalhar em equipa para reunir todas as condições de segurança e qualidade inerentes aos cuidados específicos e necessários.

Dada a complexidade das pessoas internadas, a UCICT está equipada com a mais elevada tecnologia a nível de equipamentos. Cada uma das três camas disponíveis formam

uma unidade de cuidados especializados para cada doente, a qual composta por rampa de oxigénio e aspiração, um monitor de sinais vitais (PNI e PAI, PVC, frequência cardíaca [FC], FR), saturação periférica de oxigénio (SPO₂) e temperatura rectal), um ventilador da marca Hamilton, uma torre com bombas e seringas perfusoras, uma cama articulada eléctrica com colchão anti-escaras. Ao lado da cama, existe uma mesa individual de apoio com materiais de uso muito frequente como, por exemplo, um pente, um pacote de compressas, três unidades de 10 mililitros (ml) de cloreto de sódio a 0,9 %, uma seringa de 10 ml, um prolongamento, fio de nastro, um tabuleiro com três pinças, uma tesoura e um instrumento para mungir os drenos torácicos, um frasco de clorhexidina solução, um copo, uma seringa de alimentação de 60 ml, um frasco de creme hidratante, uma banheira. O restante material é colocado na unidade mediante a necessidade do seu uso. Adicionalmente à arrecadação central, ainda tem um armário com a medicação e um armário com o material de consumo hospitalar mais usado na unidade. Importa referir que a UCICT está preparada estruturalmente para que os seus doentes façam hemodiálise no próprio serviço através da máquina transportável.

Pelo descrito e com o decorrer do estágio, verifiquei que as valências do Serviço de Cardiologia do HNM estão todas interligadas por especificidade de intervenção e para prestar o melhor e mais completo cuidados aos seus utentes, por exemplo, a UCICT articula-se com vários serviços e profissionais do HNM, nomeadamente, o serviço de imagiologia, os técnicos de ECG, o BO, o Serviço de Sangue e Medicina Transfusional (SSMT), o serviço de hemodiálise, a farmácia, a dietista, a telemedicina. Isto sem descurar outros serviços e/ou técnicos que possam ser igualmente necessários.

1.3. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Os três contextos clínicos descritos anteriormente foram fundamentais e contribuíram, cada um dentro da sua especificidade, para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica, sobre as quais refletirei e analisarei nos subcapítulos que se seguem.

1.3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Tal como já referi anteriormente, em consonância com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os Enfermeiros

especialistas independentemente da área de especialidade, destacando-se em quatro dos domínios, nomeadamente: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Portanto, neste subcapítulo vou abordar individualmente cada domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista e vou refletir e analisar de forma crítica e fundamentada o contributo de cada contexto de prática clínica para o seu desenvolvimento e aquisição.

1.3.1.a. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A)

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, respeitando o Regulamento n.º 140/2019, implicam o desenvolvimento de uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e os valores e as normas deontológicas, protegendo os direitos humanos e fomentando a segurança, privacidade e dignidade da pessoa cuidada.

Durante as minhas práticas clínicas, tanto no SU, como na UCIP e UCICT, tive sempre em atenção o zelo pela minha imagem profissional, procurando usar sempre a farda preconizada pelo serviço para os profissionais de Enfermagem, o cartão de identificação providenciado pela ESESJC, o cabelo amarrado, antebraço livre, unhas cortadas e limpas e sapatos apropriados. Adicionalmente, durante a prestação de cuidados tive sempre em conta o Código Deontológico do Enfermeiro e os princípios éticos inerentes à prestação de cuidados, nomeadamente a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, sobre os quais me questioneei e refleti crítica e fundamentadamente numa reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS, dando importância à privacidade, dignidade e segurança das pessoas alvo dos cuidados, bem como os seus direitos e deveres, através de atitudes e comportamentos que passo a descrever.

Um dos deveres dos Enfermeiros e que está descrito no 106º artigo da Lei 156/2015 (Código Deontológico do Enfermeiro), é o dever de sigilo, em que o Enfermeiro assume o dever de confidencialidade de toda a informação acerca da pessoa alvo dos cuidados e da sua família; partilha a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico; divulga a informação confidencial acerca da pessoa alvo dos cuidados e da família só nas situações previstas na lei e mantém o anonimato da pessoa alvo dos cuidados e da família sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou

controlo da qualidade de cuidados. Concomitantemente, nos três contextos de prática clínica está implementado o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a Lei n.º 58/2019, que respeitei, uma vez que tive o cuidado de só consultar o processo das pessoas a quem realmente prestei cuidados, fazendo-o quando necessário e de acordo com a informação pretendida para cada momento/intervenção, partilhando-a só com aqueles que estavam implicados no plano terapêutico. Por sua vez, durante a apresenta do estudo de caso no âmbito dos cuidados prestados na UCIP, tive o cuidado de manter o anonimato relativamente à identidade do utente e família.

Durante a prestação de cuidados, no SU de Machico, fechei a porta entre cada pessoa admitida na sala de pré-triagem, utilizei os biombos durante a prestação de cuidados em SO, expliquei antecipadamente as intervenções necessárias, informei sobre a sua importância e aguardei consentimento por parte do utente e/ou família/cuidador. Também, sempre que se justificou, entreguei cartas de alta de Enfermagem aos utentes com orientações relativamente ao tratamento, por exemplo, de feridas com necessidade de continuidade de cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde. Ainda, aquando da alta, sempre que o cliente levava receitas médicas, validei com o próprio a toma da medicação e, sempre que necessário, informei o acompanhante, famílias/cuidador relativamente à gestão e administração da medicação. Por conseguinte, mostrei-me sempre disponível para esclarecimento de dúvidas via telefone, o que aconteceu uma vez.

Tendo em conta o exposto, de uma forma geral, considero que a estrutura, organização e funcionamento do SU de Machico está adequada e satisfaz a maioria necessidades das pessoas que a ele recorrem. Contudo, comentei com o Enfermeiro tutor que senti falta de biombos fixos por cama porque, regra geral, em cada SO só existia um biombo móvel que, com a sala cheia, era necessário gerir e ser criativa para assegurar a privacidades das pessoas.

Segundo o Regulamento n.º 361/2015, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”, sendo o bem-estar e o autocuidado um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.

Por isso, na prestação de cuidados UCIP e na UCICT, também tentei manter a porta das unidades fechada, utilizei os biombos durante a prestação de cuidados e entre clientes. Uma vez que nestas unidades as pessoas alvo dos cuidados estão completamente despidas,

tentei sempre assegurar que as zonas íntimas, como os genitais e região mamária, estavam tapadas, o que vai ao encontro do cumprimento do 107º artigo da Lei 156/2015 (Código Deontológico do Enfermeiro) relativamente ao descrito no dever do respeito pela intimidade, em que o Enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la, e de salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa. Complementarmente, visto que, se tudo correr dentro do esperado, na UCICT, o desmame da sedação e ventilação começa desde o momento da admissão, expliquei sempre antes da intervenção cirúrgica, quando tive oportunidade, as intervenções a que o cliente ia ser submetido na UCICT. Posteriormente, quando o mesmo já se encontrava internado na UCICT, continuava a orientá-lo quanto à pessoa, tempo e espaço, a explicar antecipadamente as intervenções necessárias, mas também informava sobre a sua necessidade e importância e, sempre que possível, aguardava consentimento por parte do cliente, o que vai ao encontro do cumprimento do artigo 105º da Lei 156/2015 (Código Deontológico do Enfermeiro) relativamente ao descrito no dever de informação, em que o Enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família relativamente aos cuidados de Enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado e atender ao pedido de informação ou explicação solicitado pelo indivíduo quanto aos cuidados de Enfermagem.

Em consonância com o Regulamento n.º 361/2015, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, sendo a satisfação do cliente um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.

Por isso, nos três contextos de prática clínica, tive sempre em atenção os valores, costumes e crenças espirituais dos clientes, ao questioná-los sobre as suas preferências, conforto e bem-estar, mostrando sempre disponibilidade para melhorar a sua condição, se isso de mim dependesse, o que vai ao encontro do artigo 110º da Lei 156/2015 (Código Deontológico do Enfermeiro) relativamente ao dever da humanização dos cuidados, em que o Enfermeiros assume o dever de dar, durante a prestação de cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Por exemplo, na UCIP, tive o cuidado de validar com a esposa de um cliente (com tubo endotraqueal [TET] e sedoanalgesiado) se o mesmo tinha o hábito de desfazer a barba antes de tomar qualquer tipo de decisão durante a prestação dos cuidados de higiene. Embora eu achasse que seria melhor desfazê-la, a esposa informou que o marido a preferia assim, o que respeitei pelo

impacto que teria na sua identidade e família. Adicionalmente, também me questionei e refleti crítica e fundamentadamente numa reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS sobre a qualidade do sono da pessoa em situação crítica internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pelo que tentei sempre organizar a prestação de cuidados de forma a permitir que o doente descansasse durante a noite, reduzindo a luz, evitando ruídos, controlando os alarmes e providenciando conforto através da otimização do posicionamento com recurso a almofadas e administração e controlo da sedação e analgesia.

1.3.1.b. Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, respeitando o Regulamento n.º 140/2019, acarretam que o Enfermeiro tenha um papel dinamizador nos programas/projetos de melhoria contínua da qualidade implementados na instituição e serviço, ou seja, avalia, planeia, lidera, gere e colabora nestes programas/projetos de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro de forma a participar na gestão do risco a nível institucional.

Rocha (2020) afirma que a qualidade dos cuidados de saúde sempre preocupou os profissionais de saúde, fazendo parte dos propósitos fundamentais dos serviços de saúde proporcionar os tratamentos/cuidados necessários para se obterem os resultados desejáveis de forma rápida, segura, adequada e eficiente de acordo com a melhor evidência científica disponível.

A OMS (1993), citada pelo autor supramencionado, definiu qualidade como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e o mínimo risco para o paciente, além do alto grau de satisfação por parte dos utilizadores, considerando-se essenciais os valores sociais existentes.

Neste sentido, a monitorização da qualidade do serviço permite a melhoria dos cuidados e permite planear e implementar intervenções que satisfaçam as necessidades dos pacientes e de toda a equipa multiprofissional, melhorando a assistência, fortalecendo a confiança do cliente e reduzindo os custos e estimulando o envolvimento dos profissionais (Rocha, 2020).

Tal como já referi anteriormente, os três serviços alvos de prática clínica têm acreditação de qualidade de nível bom pela DGS, com base no modelo da ACSA. Pelo que, para mantê-la, têm de ter em vigor alguns projetos que lhes garantem a manutenção e controlo sobre o nível de qualidade do serviço. Por isso, tentei inteirar-me relativamente aos

projetos, protocolos, procedimentos, algoritmos de intervenção e de administração de fármacos de cada serviço de modo a colaborar e intervir de acordo com os mesmos para que a minha prestação de cuidados de Enfermagem fosse eficaz, eficiente, segura e de qualidade.

No SU de Machico estão implementados vários projetos, nomeadamente: qualidade, risco clínico (inclui o carro de emergência), risco não clínico, vacinação, registos eletrónicos de Enfermagem (REE) associados à CIPE, cuidados paliativos, risco global, quedas e hipocoagulação, que são da responsabilidade da equipa de Enfermagem.

No âmbito do Plano de Saúde para Outono-Inverno 2020-2021, tive a oportunidade, já na última semana de estágio, de ajudar na reorganização estrutural do circuito de segurança dos clientes perante a gripe e a COVID-19, o qual foi partilhado através de um vídeo na página *online* do SESARAM EPERAM.

Nesta reorganização, conjuntamente com o Enfermeiro tutor, discutimos sobre o melhor circuito a ser percorrido pelo cliente tendo em conta o motivo de ida ao SU, prioridade e risco de infeção, o qual identificamos através de setas no chão e posteriormente foi complementado com etiquetas de identificação dos espaços. Relativamente às setas no chão, a seta azul encaminha o cliente para a sala de pré-triagem, a seta vermelha e branca encaminha os clientes com sinais e sintomas de gripe e/ou COVID-19 para um gabinete médico próprio, a seta verde encaminha o cliente para a sala de espera e a seta vermelha encaminha o cliente para a prestação de cuidados imediatos ou sala de emergência. Por sua vez, também melhoramos duas arrecadações que ficam em frente à sala de espera da pré-triagem, em que uma será para arrumação do material necessário à reposição da sala de pré-triagem e EPI's e outra será para colocação de material contaminado e descarte de EPI's usados.

A nível dos projetos de risco não clínico, no âmbito da segurança e equipamentos colaborei através da verificação e registo diário, no turno da manhã, dos equipamentos do serviço como, por exemplo, os monitores de sinais vitais, o aparelho de ECG, o aparelho de gasimetria de sangue arterial (GSA), o desfibrilhador, o ventilador e a rampa com sistema integrado de oxigénio e aspiração.

No projeto dos REE e CIPE cooperei com a equipa de Enfermagem através do registo da avaliação do cliente e das intervenções executadas de acordo com a metodologia do processo de Enfermagem, baseado na mnemónica ABCDE, na terminologia CIPE e no registo dos procedimentos de Enfermagem executados como, por exemplo, inserção de cateter venosos periférico, administração de fármacos e hemoderivados em perfusão,

administração de soroterapia, injeção via endovenosa, injeção via intramuscular, injeção via subcutânea, ECG, algaliação, penso simples e penso a ferida com infeção, imobilização e entre outros no portal de *ATRIUM*.

Contudo, importa dizer que a minha maior dificuldade a nível dos REE era aquando do transporte inter-hospitalar porque tinha de dar prioridade à avaliação inicial, indicações médicas verbais e posterior intervenção e, muitas vezes, tinha de avançar com o transporte em contexto verbal e posteriormente escrever o registo após regresso ao SU, o que nos dias de maior afluência nem sempre era fácil, mas exequível.

Na UCIP também existem vários projetos em vigor e que também são da responsabilidade da equipa de Enfermagem, nomeadamente, a formação e auditoria clínica, o risco não clínico, o risco clínico (úlceras por pressão (UPP), quedas, acondicionamento e validação de medicação, protocolos do PPCIRA e entre outros) e a emergência intra-hospitalar. Adicionalmente, este serviço uniformiza a sua prática através de vários protocolos e procedimentos internos devidamente documentados e autorizados.

Dos protocolos implementados na UCIP destacam-se a monotorização do potássio sérico, a terapêutica antibiótica com vancomicina em perfusão contínua, a nutrição entérica, os testes de morte cerebral, a monitorização da glicemia e administração de insulina actrapid, a administração de noradrenalina e a ventilação mecânica em decúbito ventral.

Dos procedimentos em curso na UCIP saliento a admissão de doentes, o falecimento do doente, a visita extra horário normal, a algaliação – cateterismo vesical, a aspiração de secreções, a aspiração de secreções em circuito fechado *Ty-care*, o cuidar da pessoa com TET, a PIC, a drenagem torácica, a hemoterapia, a monitorização de linha auricular esquerda, a monitorização cardíaca, a monitorização de PAI, a cateterização de veia central, o cuidar da pessoa submetida a cirurgia vascular, a entubação orotraqueal e nasotraqueal, a oxigenoterapia, os pensos a feridas cirúrgicas, a drenagem intraventricular, o manuseamento de fraldas descartáveis e resguardos de celulose, a gestão de equipamento de uso clínico, a inaloterapia, a triagem e acondicionamento de roupa, o manuseamento de excreções, o manuseamento de garrafas de oxigénio e os cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ECMO.

Neste serviço, conjuntamente com o Enfermeiro tutor, colaborei no projeto das UPP e quedas, tendo o cuidado de preencher as respetivas de escalas no portal *ATRIUM*.

Relativamente ao projeto das UPP, preenchia a escala de Braden todos os dias de manhã e contribuía para a prevenção de UPP através da vigilância da integridade da pele de

quatro em quatro horas em todos os turnos, aplicação de creme hidratante todos os dias de manhã após o banho e, sempre que necessário, aquando da promoção do conforto e da otimização do posicionamento de quatro em quatro horas.

Quanto ao projeto das quedas, preenchia a escala de Morse de quatro em quatro dias à tarde e prevenia as quedas através de medidas preventivas como, por exemplo, a elevação das proteções laterais da cama.

No que respeita ao projeto dos REE, dei o meu contributo ao aplicar o processo de Enfermagem durante a minha prestação de cuidados e a escrever os registos de Enfermagem relativamente à avaliação do estado geral do cliente, baseado na mnemónica ABCDE e de acordo com a terminologia CIPE. Concomitantemente, também validava se tinha plano de cuidados de Enfermagem atualizado. Se não tivesse, criava um plano de cuidados com diagnósticos e intervenções que correspondessem à satisfação das necessidades do cliente. Se já tivesse, atualizava o plano em vigor através da reavaliação dos diagnósticos, concluindo alguns e formulando outros ou só adicionando e reformulando as intervenções, face às necessidades identificadas e evolução favorável ou desfavorável do cliente. Alguns diagnósticos já estavam predefinidos no serviço, mais precisamente aqueles que estavam associados a protocolos do PPCIRA, nos quais devem constar uma série de intervenções próprias relativas ao “Feixe de Intervenções” preconizado para a prevenção da infeção, mais precisamente relativamente aos dispositivos invasivos (TET, CVC, LA, CV) e MRSA.

A nível dos protocolos implementados internamente na UCIP, durante a prestação de cuidados colaborei na monitorização do potássio sérico de quatro em quatro horas através da interpretação dos dados da GSA.

Quando a caliémia era inferior a 4 mil equivalentes por litro (mEq/l) e, se não houvesse prescrição médica em contrário, executava reposição de cloreto de potássio a 7,45% numa dose de 20mEq em 100 mililitros (ml) de cloreto de sódio a 0,9% a perfundir numa hora.

Também participei na monitorização da glicemia e administração de insulina ação rápida, em que quando a glicémia era duas vezes seguida igual ou superior a 150 miligramas por decilitro (mg/dL) iniciava a administração de insulina em perfusão, a qual só era suspensa quando a glicémia apresentava valores iguais ou inferiores a 120 mg/dL e, caso a glicémia estivesse com valor igual ou inferior a 60mg/dL, administrava 40 mililitros (ml) de glicose a 30%.

Sempre que necessário, apliquei o protocolo da nutrição entérica, em que, salvo contra-indicação médica, mantive a cabeceira a 45°, iniciei o ritmo de perfusão a 21 mililitros por hora (ml/h) e a cada seis horas avaliava o volume de resíduo gástrico. Quando este era superior a 300 ml, reduzia o ritmo de perfusão em 10ml/h. Quando era igual ou inferior a 300 ml, aumentava o ritmo em 10 ml/h e assim sucessivamente até atingir o volume alvo. Por sua vez, também tinha o cuidado de mudar o sistema a cada 24 horas.

A nível do protocolo de aspiração de secreções, mudei o sistema recetal quando o mesmo atingia 75% da sua capacidade, mudei diariamente o tubo de aspiração entre no turno da tarde, acondicionei a extremidade do tubo de aspiração em local próprio existente na mesa de cabeceira, mudei o invólucro que condiciona a extremidade do tubo de aspiração no turno da tarde, desprezei a seringa com soro para as instilações endotraqueais no fim de cada turno e registei a mudança do recetal e do tubo de aspiração na folha de monitorização.

Na UCICT, além dos projetos já referidos no âmbito da UCIP, também existem protocolos, procedimentos, técnicas, algoritmos de intervenção e de administração de fármacos próprios do serviço, destacando a monitorização hemodinâmica invasiva pelo método de PiCCO, a gestão da temperatura alvo na encefalopatia anóxica isquémica por PCR, a monitorização do potássio sérico, a nutrição entérica, a monitorização da glicémia e administração de insulina actrapid, a administração de noradrenalina, a administração de dexmedetomidina, a profilaxia antibiótica em cirurgia cardiorrespiratória, a administração de vancomicina e gentamicina, a conversão de gotas e ml., a ventilação mecânica em decúbito ventral, a remoção do tubo endotraqueal do cliente em pós-operatório na UCICT (adaptado de um procedimento do Hospital de Gaia), a anticoagulação com heparina não fracionada (HNF) e o guia prático de incompatibilidades entre os principais medicamentos usados na UCI do Hospital Universitário Júlio Muller (2017).

Complementarmente, existem vários procedimentos que senti necessidade de consultar para poder me integrar no serviço e intervir de forma segura e com qualidade, nomeadamente, a atuação em situação de incêndio no serviço, a evacuação dos doentes e visitantes em caso de emergência, o cateterismo vesical, a aspiração de secreções, a aspiração de secreções em sistema fechado *Ty-care*, a entubação endotraqueal, a transfusão de componentes sanguíneos, a heparinização de soros e cateteres, a monitorização cardíaca, a monitorização de PAI; a cateterização de veia central, a entubação oro e nasogástrica, a oxigenoterapia, o tratamento a feridas cirúrgicas, a inaloterapia, o guia de acolhimento, a formulação de questões à comissão de ética, o tratamento de reclamações e sugestões, o

choque cardiogénico, as arritmias, a drenagem torácica, alta/ transferência para a UCICT, a pericardiocentese, o PVC, a telemetria e a reabilitação cardíaca.

Neste serviço, conjuntamente com a Enfermeira tutora, colaborei no mesmo projeto das UPP e das quedas que referi no âmbito da UCIP, mas em horários diferentes, ou seja, preenchia as escalas no portal *ATRIUM* todos os dias à tarde. Também contribuí para a continuidade da implementação dos mesmos protocolos preconizados pelo PPCIRA que referi no âmbito da UCIP, mas com algumas intervenções em horários diferentes. Por exemplo, o penso do CVC era mudado a cada sete dias porque o penso utilizado era transparente. Também participei no projeto dos REE da mesma forma como na UCIP, mas notei que entre os dois serviços, na UCICT, devido à instabilidade e também rápida evolução, maioritariamente favorável, do estado do cliente, houve mais necessidade de atualizar o plano de cuidados de Enfermagem e reformulá-lo de acordo com as necessidades diárias. À semelhança da UCIP, na UCICT também havia alguns diagnósticos predefinidos no serviço, mais precisamente aqueles que estavam associados a protocolos do PPCIRA e que já referi anteriormente.

Dos protocolos implementados internamente na UCICT, tive necessidade de implementar a monitorização do potássio sérico, a nutrição entérica, a monitorização da glicémia e administração de insulina actrapid, tal como na UCIP. Adicionalmente, tendo em conta a instabilidade hemodinâmica dos clientes admitidos, tive de gerir terapêutica complexa, pelo que foi necessário consultar várias vezes guia prático de incompatibilidades entre os principais medicamentos usados para saber que medicamentos eram compatíveis de serem administrados conjuntamente e, assim, gerir as vias disponíveis no CVC e a nível periférico.

Um dos medicamentos mais usados na UCICT é a noradrenalina, pelo que foi necessário seguir o protocolo de administração de noradrenalina que me orientou a nível da sua diluição e perfusão horária.

Uma vez que na UCICT prestamos cuidados à pessoa em situação crítica do foro cirúrgico, houve necessidade de seguir o protocolo de profilaxia antibiótica em cirurgia cardiorádica. Seja cirurgia de revascularização coronária ou de prótese valvular, é a usado como antibiótico profilático a cefazolina, em que na fase pós-operatória é administrado 1 grama (gr.) às seis, 12 e 18 horas pós-cirurgia.

De acordo com a Norma n.º 0031 de 2013 da DGS, a profilaxia antibiótica cirúrgica aplica-se a cirurgia limpa e limpa-contaminada, com prótese vascular ou articular e em que

a infeção do local cirúrgico se associa a um elevado risco de mortalidade. Na maioria dos referidos tipos de cirurgia, a cefazolina é considerada o antimicrobiano de primeira escolha. Contudo, nas cirurgias mais prolongadas, no caso de um procedimento com perda de sangue intra-operatório superior a 1500ml ou uso de próteses ou implantes, é preciso repetir a dose inicial. O cumprimento desta norma também está associado à Norma n.º 020 de 2015 da DGS, ou seja, ao “Feixe de intervenções” de prevenção de ILC e ao protocolo de prevenção da ILC do Manual do PPCIRA.

Na fase pós-operatória os cuidados de Enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos e posteriormente incide no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação para a alta (Ferrito, 2014). Por isso, a promoção da autonomia dos clientes na UCICT começa desde a admissão pelo que, também para minimizar o risco de infeção, o TET é retirado logo que possível e, por isso, tive a necessidade de recorrer ao protocolo de remoção do tubo endotraqueal do cliente em pós-operatório na UCICT (adaptado de um procedimento do Hospital de Gaia), em que tive o cuidados de informar o cliente sobre a intervenção, importância e comportamentos a adotar para a eficácia da intervenção, executei a higiene da cavidade oral com solução de gluconato de clorhexidina a 0,2%, aspirei o TET e posteriormente, enquanto manteve aspiração ativa no TET, desinsuflei o balão do TET e removi-o.

Quanto aos procedimentos implementados internamente na UCICT, como já referi, tive sempre que executar a aspiração de secreções para higienizar a via aérea e prevenir contaminação, associada à Norma n.º 021 de 2015 da DGS relativamente ao “Feixe de Intervenções” de prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.

No pós-cirúrgico cardíaco, o risco de hemorragia é grande, pelo que há um controlo analítico da hemoglobina e das saídas de sangue pelos drenos. Por vezes, quando a hemoglobina já se encontrava em valores considerados baixos, houve necessidade de transfusão de componentes sanguíneos, nomeadamente de unidades de concentrado de eritrócitos. Esta administração, exige uma monitorização constante de sinais vitais, mais precisamente 15 minutos, uma hora e duas horas após início da transfusão e registo em folha própria. Por conseguinte, ainda se tornou necessários ter em atenção reações adversas como, por exemplo, *rash* cutâneo e prurido, rubor facial, taquicardia, hipotensão, ansiedade/inquietação, aumento da temperatura em um grau Celsius (°C).

A heparinização de soros e cateteres também é muito recorrente neste serviço, pelo que tive cuidado em expurgar 10 ml do medicamento ainda existente no cateter antes de

inserir soro fisiológico 0,9% para lavagem e depois dois a três ml de heparina. Por exemplo, se não expurgar o resto da noradrenalina que esta no cateter podia provocar uma hipertensão grave ao cliente e se fizesse o mesmo relativamente à nitroglicerina, podia provocar uma hipotensão grave no cliente com consequências fatais.

Tal como já referi, os doentes pós-cirúrgicos têm sempre drenos torácicos para drenagem do sangue acumulado internamente. Por isso, tive o cuidado de manter a unidade de drenagem a um nível mais baixo que o doente e mungir regularmente os tubos para controlar a permeabilidade dos mesmos e evitar a presença de coágulos que possam provocar a sua obstrução.

A ferida cirúrgica do pós-operatório cardíaco (esternotomia) fica na região torácica, sobre o externo, e é fechada com agrafos, pelo que tive sempre o cuidado de vigiar se o penso (favo de mel) estava limpo e seco externamente e agendar a retirada dos agravos para o 10º dia pós-operatório, começando por tirar os pontos alternadamente com uma pinça de tira agrafos. Por vezes, devido a bordos mal coaptados, foi necessário colocar tiras de sutura após retirar os agrafos. Relativamente aos drenos, após serem retirados pelo médico assistente, agendei e removi os pontos de sutura sete dias após.

Pelo descrito anteriormente quanto à UCIP e UCICT, importa salvaguardar que todos os procedimentos implementados internamente nestas unidades respeitam as instruções do Manual de Norma de Enfermagem – Procedimentos Técnicos da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), acrescentando-lhes especificidades necessárias e autorizadas para a prestação de cuidados em cada serviço que complementam os procedimentos predefinidos no referido manual.

De uma forma geral, pelo descrito, verifica-se que a UCIP e UCICT têm protocolos e procedimentos de intervenção comuns e muito semelhantes que, muitas vezes, só mudam a termos de horários de execução e do tipo de clientes admitidos.

Atualmente, a segurança das pessoas assume grande relevância em matéria de prestação de cuidados, tanto para os próprios, como para os familiares, na medida em que esperam receber cuidados seguros e de qualidade, bem como para os profissionais e órgão de gestão que pretendem prestar um serviço de saúde efetivo, eficiente e seguro (Rodrigues, 2019).

Na minha opinião, por tudo o que expus, a utilização de projetos, protocolos, procedimentos, algoritmos de intervenção e de administração de fármacos contribuem para a qualidade do serviço e também para a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem

prestados, visto que a prevenção de complicações e a organização dos cuidados especializados são enunciados descritivos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e que constam no Regulamento n.º 361/2015, em que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar complexos de doença crítica e ou falência orgânica” e “(...) assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.”.

Nesta ótica, os cuidados de saúde norteados pela qualidade são um imperativo ético e deontológico, evidenciados pelos valores individuais e do grupo, atitudes e comportamentos, com o propósito de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e, em última análise, a satisfação dos utentes (Rodrigues, 2019).

1.3.1.c. Domínio da gestão dos cuidados (C)

As competências do domínio da gestão dos cuidados, respeitando o Regulamento n.º 140/2019, aludem que o Enfermeiro consiga gerir os cuidados de Enfermagem de forma a otimizar a sua capacidade de resposta e que consiga adaptar a liderança e a gestão dos recursos tendo em conta as situações e os contextos de modo a garantir sempre a qualidade dos cuidados prestados.

No SU de Machico, colaborei com o Enfermeiro tutor na organização do plano de trabalho da equipa de Enfermagem, lembrei recados a transmitir à equipa, repus material clínico e medicação nos gabinetes Médicos e de Enfermagem e contabilizei e guardei os estupefacientes em local próprio. Por sua vez, nas horas de maior afluência procurei sempre trabalhar em equipa para garantir a melhor e mais atempada resposta face às necessidades das pessoas.

Adicionalmente, também geri a informação ao acompanhante, família/cuidador, pois tentei sempre inteirar-me se a pessoa tinha ido sozinha ou acompanhada e, com o seu consentimento (se consciente e orientada), informar sobre o seu estado geral, tempo de intervenção e possível alta ou encaminhamento inter-hospitalar. Tentei sempre identificar a pessoa responsável, estabelecer uma ligação terapêutica e guardar um número de contacto para informar sobre alguma alteração, encaminhamento ou alta. Sempre que tal foi possível, percebi que tanto a pessoa alvo dos cuidados como a pessoa responsável expressavam-se mais seguras e tranquilas. Por outro lado, sempre que se considerou necessário ao bem-estar da pessoa alvo dos cuidados, foi permitido a presença da pessoa de referência como, por

exemplo, no caso das crianças e idosos, salvaguardando sempre os critérios inerentes à segurança e controlo da infeção através do controlo e gestão do número de pessoas nas salas de observação e uso de EPI's.

Na UCIP, em todos os turnos, confirmava o plano de Enfermagem para saber quais os clientes atribuídos ao Enfermeiro tutor, uma vez que, tal como já referi, a prestação de cuidados é feita num rácio de um Enfermeiro para dois clientes com base na TISS-28. Posteriormente questionava-lhe com quais os clientes ficaria responsável. Normalmente, era-me atribuído um cliente.

No início do turno, recebia o turno, abordava o cliente, executava a avaliação inicial do mesmo, fechava o balanço hídrico e reiniciava o próximo. Enquanto validava os valores a registar no fecho do balanço hídrico, já fazia a gestão dos níveis da medicação em perfusão para não deixar acabar.

Posteriormente, consultava o plano de cuidados no programa *ATRIUM* e no documento escrito para saber que intervenções específicas tinha para executar ao longo do turno. Seguidamente validava o plano de cuidados com o Enfermeiro tutor e prosseguia com a prestação de cuidados. Depois de realizar as intervenções necessárias e planeadas para o turno, tinha o cuidado de rever o plano de cuidados de Enfermagem e atualizá-lo. Saliento que à medida que me integrei no serviço fui estimulada pelo Enfermeiro tutor a organizar a minha prestação de cuidados de maneira a conseguir dar apoio à restante equipa de Enfermagem em intervenções como, por exemplo, a prestação de cuidados de higiene, colocação de LA e drenos torácicos, instabilidade hemodinâmica, PCR, transporte intra-hospitalar e entre outras situações pontuais e inesperadas que ocorressem.

Neste âmbito de apoio à equipa, saliento que também colaborei na reposição de material na sala de trabalho de Enfermagem e na unidade do cliente à minha responsabilidade.

Enquanto estive em estágio, apercebi-me que cada equipa de Enfermagem tem um chefe que organiza a equipa, distribui os doentes segundo o TISS-28, tem a atenção e resolve intercorrências, bem como assegura o material necessário e valida o carro de emergência.

Na UCICT, regra geral, em todos os turnos, também recebia o turno, abordava o cliente, executava a avaliação inicial ao mesmo, confirmava os níveis de medicação em perfusão para não deixar acabar e, seguidamente, validava o plano de cuidados no programa *ATRIUM* e do documento escrito no sentido de confirmar que intervenções específicas tinha para executar ao longo o turno e atualizar o plano de cuidados de acordo com os focos de

atenção, necessidades e evolução do cliente. Importa ressaltar que a implementação das intervenções de Enfermagem eram sempre tendo em conta as necessidades do cliente e as normas e os protocolos de intervenção em vigor no serviço.

Antes de intervir, validava sempre o plano de cuidados com a Enfermeira tutora. Por conseguinte, após a intervenção também conversávamos sobre os resultados obtidos e consequente necessidade de adequar o plano de cuidados, atualizando-o através do fecho de intervenções e/ou diagnósticos e/ou formulação de outras intervenções e/ou diagnósticos de acordo com os focos de atenção e necessidades do doente.

Por outro lado, também conversávamos sobre os diagnósticos mais usados no serviço e concluímos que, embora a equipa tenha em conta como foco de atenção a defecação e a família, nunca existem diagnósticos formulados nesse âmbito, ficando as intervenções associadas aos mesmos incluídas em outros diagnósticos ou simplesmente empíricas.

Tanto na UCIP como na UCICT, em todos os turnos, a equipa de Enfermagem toma decisões para resolver problema inerentes ao cliente e família e eu tive oportunidade de participar nesses processos de toma de decisão, nomeadamente receber visitas e adequar a terapêutica e os modos ventilatórios consoante as respostas fisiológicas do cliente como dos parâmetros analíticos como, por exemplo, GSA.

Contudo, notei que na UCIP, apesar do Enfermeiro saber interpretar e gerir essa informação em prol do cliente, tinha de esperar por reavaliação médica para avançar com determinadas alterações como, por exemplo, mudar o modo ventilatório ou reduzir a velocidade de perfusão de determinados medicamentos.

Na UCICT, reparei que a equipa de Enfermagem também partilhava essa informação com a equipa médica disponível, mas, por indisponibilidade dos mesmos para reavaliação porque, às vezes, estavam em cirurgia, a equipa de Enfermagem avançava com as alterações necessárias para manter a estabilidade de bem-estar do cliente, nomeadamente alterar o modo ventilatório (progressão necessária até à extubação) ou reduzir, aumentar ou suspender a velocidade de perfusão de medicamentos como, por exemplo, a noradrenalina, dobutamina, a dopamina, a nitroglicerina, administrar bicarbonato de sódio, gluconato de cálcio ou sulfato de magnésio até possível reavaliação médica.

Segundo Neves (2004), citado por Rosinhas et al. (2020), o processo de decisão está muito centrado em modelos biomédicos, refletindo decisões pouco fundamentadas, sendo mais decisões circunstanciais, baseadas na prática, rotinas ou rotinas profundamente

enraizadas na prática, ao invés de decisões baseadas em conhecimentos e convicções de Enfermagem.

Benning, citado por Rosinhas et al. (2020), define a tomada de decisão como um processo que os Enfermeiros realizam diariamente quando tiram considerações acerca dos cuidados prestados e gerem as dificuldades sentidas.

Complementarmente, Dias e Lopes (2010) e Macedo et al., citados por Rosinhas et al. (2020) afirmam que a tomada de decisão consiste principalmente na operacionalização dos conhecimentos de Enfermagem, através de um processo cognitivo complexo que gera uma ação/comportamento, recorrendo a uma série de etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do Enfermeiro, ou seja, esta assenta na capacidade do Enfermeiro interpretar, analisar e inferir em função dos dados que tem no momento.

Tanto na UCIP como na UCICT, tive oportunidade de participar em processos de tomada de decisão como, por exemplo, relativamente à receção de visitas.

Segundo a carta dos direitos do doente internado, este tem direito à visita dos seus familiares e amigos e, por isso, as instituições e os profissionais devem facilitar o mesmo e incentivar o apoio afetivo que as pessoas significativas para o cliente podem dar.

A integração da família do cliente durante o processo de internamento está diretamente relacionada com a relação terapêutica, a qual implica a criação de vínculos (Enfermeiro/família) que a ajudem a sentir confiança e à vontade para clarificar as dúvidas, desenvolver mecanismos de *coping* familiar e consequentemente enfrentar este momento de fragilidade através da gestão do *stress* e desenvolvimento de uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (Maruiti & Galdeano, 2007; Mendes, 2016; Fernandes & Silva, 2016; Cabete et al., 2019; ICNP, 2019).

Na UCIP sempre foi permitida a visita de familiares, desde que organizada. Ou seja, entrava uma pessoa de cada vez. Adicionalmente, sempre houve disponibilidade da equipa de Enfermagem para providenciar informação por telefone ao familiar responsável para a família se sentir informada e, possivelmente, tranquila.

Porém, devido à pandemia associada à COVID-19, por exemplo, na UCICT a visita era limitada. No entanto, quando o prognóstico era reservado, era permitida a visita da pessoa de referência ou outra pessoa da família, desde que o resultado da zaragatoa para despiste da COVID-19 fosse negativo. Adicionalmente, também era solicitada organização familiar para que a visita fosse feita por uma pessoa da família por dia ou sequência de dias.

Contudo, quando o cliente estabilizava o estado geral e o prognóstico começava a ser favorável e espetável, a pessoa de referência era informada e a visita voltava a ser limitada. Por conseguinte, a mesma continuava a ser informada sobre o estado geral do cliente por telefone.

Por fim, relativamente à gestão do serviço, no dia 15 de fevereiro, tive a oportunidade de passar um turno com o Enfermeiro Chefe Luís Freitas e com a EEER Joana Escórcio que dá apoio à gestão. Neste turno, estive em observação ativa relativamente ao trabalho de gestão que é executado no serviço.

Para Teixeira et al. (2020), os gestores de Enfermagem, independente do nível hierárquico, devem assumir a responsabilidade de criar e manter ambientes que influenciem positivamente os enfermeiros de forma individual e coletiva. Por exemplo, comportamentos de liderança que reforcem o sentido do trabalho, que promovam a participação na tomada de decisão e que expressem a confiança no Enfermeiro são comportamentos promotores de empoderamento, facilitando o atingir das metas organizacionais e a promoção da autonomia, que resulta em maior satisfação profissional.

De uma forma geral, o Enfermeiro Chefe Luís Freitas costuma estar presente na passagem de turno da Enfermaria e, posteriormente, passa em todos os quartos da Enfermeira e cumprimenta os clientes. Depois, também vai às Unidades para se inteirar sobre as pessoas que estão lá internadas. Seguidamente, consulta o seu email e lê todas as circulares, isto que algumas podem ter informações que alterem a dinâmica do serviço e equipa. A seguir, revê o horário e, se necessário, altera-o. Importa salientar que a distribuição dos Enfermeiros pelas valências do serviço é o Enfermeiro Chefe Luís Freitas que faz, mas a distribuição dos doentes pelos elementos da equipa de Enfermagem é feita pelo chefe de equipa ou pela EEER. Esta distribuição é feita com base no sistema de classificação de doentes e o conhecimento sobre os mesmos.

Relativamente à gestão de recursos humanos, importa referir que, quando o Enfermeiro Chefe Luís Freitas faz, revê ou altera o horário tem de ter em atenção o número de Enfermeiros necessários à Enfermaria, UTIC, UCICT, Hospital de Dia, exames de ecografia cardíaca (que antes da COVID-19 aconteciam todas as terças-feiras) e prevenção ao Laboratório de Hemodinâmica e à Unidade Polivalente COVID-19. Tanto o Hospital de Dia como os exames de ecografia cardíaca decorrem durante o turno da manhã e, normalmente, necessitam da presença e colaboração de um Enfermeiro.

O gasto de medicação e material de consumo clínico dependem da afluência de clientes e gastos e, por isso, é necessário gerir semanalmente esses gastos, ou seja, fazer uma estimativa semanal para não exceder o *stock*. Para facilitar, as faltas são registadas numa agenda. Importa ressaltar que, em caso de necessidade urgente, o chefe pode sempre fazer um pedido extra, desde que devidamente justificado. O mesmo acontece quando o pedido ultrapassa o nível de *stock* básico.

Os pedidos de material de consumo clínico e medicação são feitos uma vez por semana. Mais precisamente, o pedido de material de consumo clínico é feito à segunda-feira e chega na quarta-feira e o pedido de medicação é feito à quinta-feira e chega na terça-feira.

A nível de gestão, importa referir que segunda-feira é o dia de validar os *stocks* do serviço e pedir material de consumo clínico, tarefa que é assegurada pelo Enfermeiro Chefe Luís Freitas e pela EEER Joana Escórcio. Importa salientar que, no início do ano, o Enfermeiro Chefe e a EEER Joana Escórcio ou outro colega disponível, fazem um inventário de todo o serviço, ou seja, desde a medicação ao material de consumo clínico. Durante o resto do ano, a gestão do *stock* é feita pelo colega responsável pelo referido projeto.

Durante esta manhã, ajudei a validar o horário e a contabilizar o número de Enfermeiros por dia e turno, bem como a confirmar o número e quais os Enfermeiros destacados para prevenção ao Laboratório de Hemodinâmica e Unidade Polivalente COVID-19. Posteriormente, acompanhei a EEER Joana Escórcio pelos armazéns e armários com material de consumo clínico e, em conjunto, contabilizamos o material e identificamos as faltas com necessidade de pedido, que depois a EEER Joana Escórcio lançou no portal *online*.

Por fim, ainda importa referir que outra tarefa associada à gestão e executada pelo Enfermeiro Chefe Luís Freitas e que decorreu durante o período em que estive em estágio no serviço é a avaliação das assistentes operacionais.

1.3.1.d. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, respeitando o Regulamento n.º 140/2019, apelam a que o Enfermeiro desenvolva autoconhecimento e assertividade e baseia a sua *praxis* clínica especializada na evidência científica.

Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020) proferem que tomadas de decisão mal informadas ou baseadas no hábito poderão estar na base de erros, sendo prestados aos

clientes cuidados de má qualidade, inúteis ou, até, com efeito deletério. Por isso, é importante a atualização contínua do conhecimento baseado na investigação em Enfermagem, cujo conhecimento gerado é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, com uma melhoria da qualidade e dos cuidados, permitindo a adoção de uma prática autónoma do Enfermeiro e contribui para a segurança dos cuidados e para a otimização dos resultados em Enfermagem, assim como para o desenvolvimento profissional.

Adicionalmente, a par da atualização contínua dos conhecimentos para a prestação de cuidados, Rocha (2020) afirma que no âmbito da prática baseada na evidência, os Enfermeiros devem fazer uma reflexão sistemática das suas práticas, através do uso de pesquisa, aumentando os conhecimentos no que diz respeito à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, de forma a sustentar com bases científicas o seu processo de tomada de decisão.

No SU de Machico, na primeira semana de estágio, formulei e partilhei o projeto de estágio com o Enfermeiro tutor, que o considerou exequível e se mostrou interessado em que eu atingisse os objetivos a que me propus, dando a sua opinião crítico-construtiva, a qual respeitei, reformulando alguns itens de forma a enquadrar mais o projeto com o contexto e adequá-lo mais à finalidade do estágio.

Durante a prática clínica senti necessidade de aprofundar vários conhecimentos para fundamentar a minha prática e esclarecer dúvidas. Por isso, efetuei pesquisas bibliográficas sobre a fisiologia do sistema respiratório e cardíaco e revi os apontamentos disponibilizados pela ESESJC sobre a abordagem à vítima de trauma. Por sua vez, saliento que tive oportunidade de prestar cuidados a uma vítima de trauma que teve de ser encaminhada para HNM através do transporte inter-hospitalar, onde revi e refleti crítica e fundamentadamente numa reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS sobre a importância dos princípios básicos da abordagem à vítima de trauma, nomeadamente, estabilização, alinhamento e imobilização, especialmente durante o transporte inter-hospitalar.

Nos meus turnos, não ocorreram episódios de PCR. Contudo, aquando da verificação dos equipamentos da sala de emergência e aquando da necessidade de executar ECG, o Enfermeiro tutor e eu aproveitávamos para discutir sobre situações hipotéticas de forma a estimular o meu raciocínio. Tive a oportunidade de prestar cuidados a várias pessoas com alterações da função respiratória, onde aproveitei para colaborar nos ensinamentos à família relativamente ao uso de inaladores bocais e/ou associados à câmara expansora.

Tendo em conta a necessidade de saber fundamentar as minhas intervenções enquanto futura EEEMC, senti necessidade de pesquisar sobre traçados cardíacos, ventilação mecânica, medicação (indicação, mecanismo de ação e efeitos secundários), AVC, trauma e o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Saliento que, aquando da ausência de oportunidades em contexto real, de forma a assimilar e compreender em contexto prático alguns conteúdos, solicitei ao Enfermeiro tutor experiências práticas como, por exemplo, utilizar o teste de verificação do funcionamento do ventilador com pulmão artificial para compreender melhor a mecânica respiratória e analisar todos os ECG que executei para compreender melhor a fisiologia cardíaca e interpretar os traçados cardíacos com mais confiança e exatidão.

Por outro lado, sempre que aconteceram situações novas no serviço, também me integrei no sentido de as aprender como, por exemplo, a administração de *bydureon*, usado no tratamento da diabetes tipo dois.

Ao longo do estágio, aquando da exposição das minhas dúvidas ao Enfermeiro tutor, verifiquei e posteriormente confirmei com o mesmo que a equipa de Enfermagem também tinha algumas dúvidas, por exemplo, relativamente à interpretação do traçado cardíaco aquando da realização de ECG e na realização de imobilizações com ligaduras, nomeadamente o *gerdy*. Por isso, quando realizávamos um ECG, imprimíamos o resultado e interpretávamos em conjunto e praticamos em equipa e realização de *gerdys*, acabando por fazer um vídeo.

Perante o exposto, acho que, através da partilha das minhas dúvidas, acabei por promover momentos de revisão e aprendizagem em equipa.

Durante esta prática clínica, realizei duas reflexões críticas de autoanálise segundo o ciclo de GIBS baseadas em situações vivenciadas durante este ensino clínico e fundamentadas com base em evidência científica, relativamente à triagem, vias verdes e transporte inter-hospitalar.

Após o estágio, redigi um relatório onde tentei fazer uma análise crítica e fundamentada sobre as atividades planeadas e desenvolvidas para alcançar os objetivos definidos no projeto de estágio.

Na UCIP, na primeira semana de estágio, formulei e partilhei o projeto de estágio com o Enfermeiro tutor e com o Enfermeiro Chefe que o considerou pertinente e exequível.

Ao longo do estágio, tendo em conta a necessidade de saber fundamentar as minhas intervenções enquanto futura EEEMC e consoante os clientes que me eram atribuídos, senti

necessidade de aprofundar conhecimentos e pesquisar sobre a ventilação mecânica não invasiva e invasiva, o CVC, a LA, a drenagem torácica, TCE, o cuidar da pessoa com o *status* neurológico comprometido, nutrição entérica e a farmacocinética dos antibióticos, bem como sobre alguns medicamentos como, por exemplo, o manitol, o propofol, o remifentanilo.

Durante a prática clínica, realizei duas reflexões críticas de autoanálise segundo o ciclo de GIBS baseadas em situações vivenciadas durante este ensino clínico e fundamentadas com base em evidência científica, relativamente ao transpor intra-hospitalar e as medidas de redução da inquietação noturna em pessoas em situação crítica.

Após o estágio, redigi e apresentei à turma do IV MEMC um estudo de caso com o seguinte tema: “Processo de Enfermagem fundamentado: Cuidar da pessoa em situação crítica com TCE associado a hematoma epidural (HED) e hemorragia subaracnoídea (HSA) numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)”, em que tive de fazer uma pesquisa sobre o TCE e posteriormente aplicar esses conhecimentos durante a implementação da metodologia do Processo de Enfermagem fundamentado baseado na Teoria de Roper, Logan e Tierney e na mais recente evidência científica para prestar cuidados de Enfermagem individualizados, holísticos, adequados e especializados.

Na UCICT, na primeira semana de estágio, partilhei o projeto de autoformação (PAF) com a Enfermeira tutora que o considerou exequível mostrando interesse em nos organizarmos da melhor forma para eu atingir os objetivos.

Pela complexidade do serviço, clientes admitidos e cuidados de Enfermagem necessários, senti necessidade de rever conteúdos através da consulta de documento de apoio à prestação de cuidados disponíveis no serviço e pesquisa bibliográfica. Basicamente, senti necessidade de rever a anatomia e fisiologia do coração, ventilação invasiva, CVC, LA, traçados cardíacos, GSA, drenagens torácicas, cirurgia cardíaca, cateterismos, TAVI's, *pacemaker*, cardioversos-desfibrilhador implantável (CDI), circulação extracorpórea (CEC), ECMO, BIA, terapia por pressão negativa (pensos de vácuo), nutrição parentérica, medicação como, por exemplo, propofol, morfina, adrenalina, noradrenalina, dobutamina, dopamina, levosimendan, digoxina, amiodarona, nitroglicerina, dinitrato de isossorbida, heparina não fracionada, protamina, enoxaparina sódica, gluconato de cálcio, sulfato de magnésio, potássio, furosemida, albumina humana, cefazolina, linezolid e entre outras.

Durante a prática clínica, realizei três reflexões críticas de autoanálise segundo o ciclo de GIBS baseadas em situações vivenciadas durante este ensino clínico e

fundamentadas com base em evidência científica, relativamente aos princípios éticos e a intervenção cirúrgica cardíaca; ao cuidar da pessoa em situação crítica em instabilidade hemodinâmica pós cirúrgica e à integração da família nos cuidados durante a COVID-19.

Após o estágio, redigi um relatório onde tentei fazer uma análise crítica e fundamentada sobre as atividades planeadas e desenvolvidas para alcançar os objetivos definidos no PAF.

1.3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Tal como foi referido anteriormente, além das competências comuns, em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018, o EEEMC deve ser detentor de um conjunto de competências específicas, nomeadamente:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Portanto, neste subcapítulo vou abordar individualmente cada competência específica do EEEMC e vou refletir e analisar de forma crítica e fundamentada o contributo de cada contexto de prática clínica para o seu desenvolvimento e aquisição.

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

No período em que estive em estágio no SU de Machico, visualizei no portal ATRIUM uma média de afluência de 70 a 100 pessoas por dia, identificando como principais motivos de admissão: a ansiedade, a cefaleia, a dor abdominal, a dor torácica, a astenia, a reação cutânea, as odinofagias, a obstipação, a diarreia, a dificuldade respiratória, o AVC, a hemorragia, a hipertensão arterial, a hipoglicémia, as quedas e os acidentes de trabalho e escolares.

Ainda neste âmbito, saliento que ocorreram dois episódios em que a principal necessidade identificada foi o apoio emocional e a escuta ativa. Um episódio aconteceu comigo e com o Enfermeiro tutor, no turno da noite na sala de triagem, em que ficamos a

ouvir uma rapariga com antecedentes de transtorno bipolar que saiu de casa de madrugada, acabando por pernoitar no SU de Machico por se sentir mais segura. A outra situação aconteceu só comigo, num turno da tarde na sala de triagem, em que uma mãe e um filho com antecedentes depressivos se mostravam muito nervosos e inseguros com a COVID-19, em que o filho de 15 anos se mostrava renitente em ir à escola. As intervenções a estes clientes basearam-se essencialmente no apoio e escuta oferecidos na sala de pré-triagem, que os acalmaram.

Durante o estágio, cumpri com o total de 16 turnos, em que seis corresponderam ao turno da manhã, cinco ao turno da tarde e outros cinco ao turno da noite, dos quais seis turnos foram na sala de pré-triagem de clientes, que exigiu de mim uma rápida identificação dos focos de atenção de Enfermagem e uma tomada de decisão assertiva quanto à prioridade do cliente e respetivo encaminhamento para sala de espera ou gabinete Médico ou de Enfermagem com posterior seguimento em SO ou SU do HNM ou alta.

Para identificar os focos de atenção de Enfermagem tive sempre em conta as queixas do cliente, os valores dos sinais vitais, nomeadamente a PNI, a FC, a FR, a temperatura cutânea e/ou auricular, a dor (através do uso da escala numérica), a presença de expetoração ou exsudado, a presença de vómitos e diarreia, os dias de evolução dos sintomas, a medicação tomada, o PNV atualizado e entre outros consoante cada situação.

Considero que colaborei imenso com o Enfermeiro tutor na pré-triagem de clientes porque, após a primeira semana de estágio, comecei a ficar com a sala de pré-triagem à minha responsabilidade e atendi todas as pessoas que chegavam ao SU, contanto sempre com o Enfermeiro tutor no caso de dúvidas pontuais quanto à avaliação e/ou descrição de motivo de vinda ao SU. Com a minha colaboração, o Enfermeiro tutor conseguia, em simultâneo, dar apoio aos colegas e/ou à gestão no sentido de fazer pedidos de material e/ou medicação e organizar o plano semanal da equipa de Enfermagem.

Segundo a Norma 002/2018 da DGS, a triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e ainda permite integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos aprovados pelo diretor-clínico até serem emitidas Normas Clínicas. Por isso, deve ser feita por um médico ou enfermeiro devidamente formado para tal, assumindo a função em exclusividade e por períodos não demasiado longos devido pela intensidade previsível do trabalho a executar.

Na minha opinião, a qual partilhei com o Enfermeiro tutor, o Enfermeiro que fica destacado para a pré-triagem, especialmente no caso do SU de Machico, que não tem nenhum sistema de triagem implementado, tem de ser detentor de conhecimento, experiência profissional e *eye expertise* para identificar as situações e priorizá-las de forma assertiva e segura.

Foram várias as vezes em que algumas intervenções foram antecipadas antes do encaminhamento para os gabinetes como, por exemplo, a colocação de oxigénio do caso das dispneias, a drenagem de feridas sob tensão e a aplicação dos testes sumários de urina. Portanto, faz-me sentido que, se houver recursos suficientes, seja um EEEMC a ficar destacado na pré-triagem porque é “porta de entrada num serviço de urgência”, ou seja, é a partir de onde o percurso do cliente é traçado, influenciando a satisfação adequada e atempada das suas necessidades.

Apesar da pré-triagem no SU de Machico só ter sido implementada aquando da COVID-19, considero-a pertinente nos SUB porque, dada a afluência de clientes, permite uma intervenção mais individualizada, direcionada às necessidades, atempada e justa.

Antes da COVID-19, as pessoas davam entrada dos dados pessoais na secretaria e aguardavam na sala de espera pela sua vez, independentemente do motivo de ida, ou seja, prioridade de intervenção. Muitas vezes, na secretaria a prioridade era dada a crianças, idosos e a qualquer cliente acompanhado pelos bombeiros. Contudo, existem outros focos que influenciam a prioridade como, por exemplo, febre, dispneia, hemorragia, hipoglicémia, dor torácica, cefaleia intensa, TCE, AVC, fratura exposta, queimaduras e entre outros, que não devem ser partilhados com qualquer pessoa que trabalha nas instituições de saúde por questões de privacidade, capacidade de identificação da gravidade e prioridade e capacidade de resposta às necessidades.

Portanto, considero fulcral que exista uma avaliação prévia das pessoas que recorrem às SUB no sentido de priorizar adequadamente as situações e intervir atempadamente.

Por sua vez, saliento que achei interessante a forma como a equipa de Enfermagem adaptou o portal *ATRIUM* à pré-triagem, ou seja, o nome da pessoa apreço do portal, o Enfermeiro destacado para a triagem assume essa pessoa, regista o inquérito epidemiológico e clínico, identifica o motivo de ida ao SU, acrescenta algum foco de atenção que considera pertinente aquando da sua avaliação, regista os sinais vitais avaliados e encaminha a pessoa para a sala de espera ou diretamente para o gabinete Médico e de Enfermagem, consoante a

prioridade e necessidade de intervenção. Posto isto, o médico só atende as pessoas que já foram assumidas e sinalizadas pelo Enfermeiro destacado para a pré-triagem. Ressalvo que quando a prioridade das pessoas é a mesma, é tido em conta o seu tempo de espera no serviço após admissão.

Nesta pequena adaptação ao portal, verifica-se um grande entendimento e trabalho de equipa entre o(a) administrativo(a), enfermeiros(as) e médicos(as), essenciais para a boa prestação de cuidados de saúde.

Durante a prestação de cuidados validei sempre a minha intervenção com o Enfermeiro tutor e tentei sempre respeitar o funcionamento do serviço, no sentido de executar as intervenções de acordo com os procedimentos sugeridos pelo PPCIRA e protocolos do serviço, aplicar as escalas da dor, seguir as orientações de administração segura de fármacos e estabelecer uma relação terapêutica com base numa comunicação adequada com a pessoa alvos dos cuidados, acompanhante e familiar/cuidador.

A nível dos registos de Enfermagem, tentei registar a minha avaliação inicial do cliente e intervenção da forma completa e ilustradora da continuidade dos cuidados prestados através da aplicação da metodologia do processo de Enfermagem, baseado na mnemónica ABCDE e segundo a terminologia CIPE. Também, tal como já mencionei, tentei colaborar no registo dos procedimentos de Enfermagem executados para contabilização do trabalho de Enfermagem e os custos inerentes ao atendimento de cada cliente.

Saliento que a nível da prestação de cuidados tentei ser o mais proativa possível e prestar cuidados de acordo com o meu melhor conhecimento. Senti que “vesti a camisola do serviço” e prestei cuidados como se daquele serviço fizesse parte e, pela atitude da equipa multidisciplinar, senti que consegui porque, a determinada altura, a equipa médica se dirigia logo a mim como referência relativamente aos clientes e me solicitavam apoio e os colegas de equipa também me pediam ajuda.

Na UCIP tive a oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem especializados a vários tipos de pessoas com diagnósticos distintos, nomeadamente, Choque obstrutivo, TCE c/ HSA e HED, Insuficiência respiratória tipo II, Politrauma submetido a cranioplastia e Hiponatremia grave.

Tanto na UCIP como na UCICT, pela sua vulnerabilidade e instabilidade, os clientes admitidos requerem monitorização contínua, a qual pode ser não invasiva e/ou invasiva. A monitorização não invasiva engloba a PNI, a FR, a FC, a temperatura auricular, a SpO₂, ECG e o balanço hídrico. A monitorização invasiva inclui a PVC, a PAI, a GSA, a

drenagem gástrica, torácica e a diurese. A GSA que pode ser horária, de duas em duas horas e a cada quatro horas, dependendo dos parâmetros da última GSA, da adaptação do cliente à prótese ventilatória ou da mudança dos parâmetros ventilatórios e/ou tipo de ventilação.

À medida que o cliente se apresenta cada vez mais estável, embora a monitorização se mantenha contínua à observação nos monitores, o registo pode passar de uma em uma hora para de duas em duas horas. Contudo, ressalvo que na UCIP a monitorização é sempre horária e as GSA é sempre de quatro em quatro horas, exceto em casos de agravamento.

A monitorização contínua dos clientes permite-nos identificar precocemente necessidades e prevenir complicações. Por exemplo, os valores de FR, potencial de hidrogénio (PH), pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (PaO₂), pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO₂) e saturação de oxigénio (SO₂) orientam-nos sobre as necessidades respiratórias. As características do traçado cardíaco alertam-nos para dor, febre, hipotermia, *stress*, estimulação vagal, enfarte agudo do miocárdio (EAM), desequilíbrios eletrolíticos e efeitos secundários de fármacos. O débito urinário informa-nos sobre a eliminação e função real, especialmente quando associado a valores analíticos como, por exemplo, a creatinina e a ureia. A drenagem torácica associada a cirurgia cardíaca, alerta-nos para perdas hemáticas, especialmente quando associado aos valores da hemoglobina. A drenagem gástrica remete-nos para o conteúdo gástrico e orienta-nos para o início da dieta e respetiva continuidade da mesma após implementada. O balanço hídrico, permite-nos a contabilização de todo o volume administrado e eliminado

Durante o período em que estive em estágio na UCICT, tive a oportunidade de observar e colaborar em vários procedimentos diretamente relacionados coma monitorização invasiva. Observei três vezes a colocação de CVC e extraí-o uma vez. Observei duas vezes a colocação de LA e extraí-a duas vezes. Observei uma vez a colocação de drenos torácicos e colaborei uma vez na sua extração.

Neste âmbito, importa salientar que todos os dias os clientes faziam Raio-X (Rx), ao qual recorriamos para validar a posição interna do TET, da sonda nasogástrica (SNG) ou sonda orogástrica (SOG) e o nível de secreções pulmonares acumuladas.

Na UCIP, regra geral, em todos os turnos, confirmava o plano de Enfermagem para saber quais os clientes atribuídos ao Enfermeiro tutor e posteriormente questionava-lhe com quais os clientes ficaria responsável. Normalmente, era-me atribuído um cliente.

Primeiramente começava por receber o turno. Seguidamente, abordava o cliente, executava a avaliação inicial do mesmo, fechava o balanço hídrico e reiniciava o próximo.

O balanço hídrico era fechado às oito horas e às 24 horas, havendo um balanço parcial às 16 horas. Contudo, enquanto validava os valores a registar no fecho do balanço hídrico, já fazia a gestão dos níveis da medicação em perfusão para não deixar acabar. Por sua vez, também tinha o cuidado de verificar o intervalo de segurança dos alarmes dos monitores.

Posteriormente, validava o plano terapêutico e de cuidados de Enfermagem no programa *ATRIUM* e no documento escrito para saber que medicação tinha para administrar e a que horas e que intervenções específicas tinha para executar ao longo do turno. Seguidamente validava o plano de cuidados com o Enfermeiro tutor e prosseguia com a prestação de cuidados. Depois de realizar as intervenções necessárias e planeadas para o turno, tinha o cuidado de rever o plano de cuidados de Enfermagem e atualizá-lo de acordo com a evolução e necessidades atuais do doente.

A nível de REE, tal como já referi, executei-os acordo com a metodologia do processo de Enfermagem, baseado na mnemónica ABCDE e na terminologia CIPE. Após a avaliação inicial registava o estado geral do cliente, respetivos valores de monitorização e perfusões em curso. Posteriormente à prestação dos cuidados de higiene, também efetuava um registo relativamente aos cuidados prestados, incluindo os pensos que tinham sido feitos e /ou trocados. Após o posicionamento também realizava os registos dos mesmos. Depois, só situações pontuais como, por exemplo, agravamento, reavaliação médica e mudança de medicação ou parâmetros ventilatórios ou procedimentos específicos. Por fim, antes de finalizar o turno, efetuava novamente um registo da avaliação final do estado geral do cliente.

Neste âmbito, ainda considero importante realçar que tive sempre como máxima, incentivada pelo Enfermeiro tutor, finalizar o turno com o cliente tapado, sem fios no chão e com a unidade organizada e reposta.

Relativamente ao Serviço de Cardiologia, são vários os motivos de internamento. Na Enfermaria encontram-se os clientes que necessitam de vigilância e cuidados permanentes relativamente a patologias do foro cardíaco agudizadas e que, por exemplo, serão ou foram submetidos a intervenções como, por exemplo, cirurgia cardíaca, cateterismos ou *pacemaker* que se encontram estáveis e sem necessidade de monitorização contínua e rigorosa. Contudo, alguns clientes, pelo historial clínico, ficam em vigilância cardíaca contínua através de telemetria, que é visível num ecrã na sala de Enfermagem da Enfermaria e da UCICT.

O Hospital de Dia é frequentado por clientes para, por exemplo, iniciar ou continuar tratamento com levosimendan que ocorre a cada 15 dias e durante um período de

aproximadamente seis horas ou tratamento com carboximaltose férrica que demora aproximadamente uma hora.

No Laboratório de Hemodinâmica são admitidos clientes para intervenções específicas em regime de ambulatório ou emergente como, por exemplo, cateterismo, colocação de *pacemaker* e TAVI. Na UTIC são internados clientes com alterações cardíacas que necessitam de monitorização contínua ou que foram submetidos a intervenções como, por exemplo, cateterismo, colocação *pacemaker* e TAVI. Na UCICT ficam os clientes pós-cirúrgicos, submetidos a cirurgias cardíacas ou pulmonares. Normalmente, pessoas em situação crítica e nos pós-cirúrgico imediato, permanecendo até estarem em condições de serem transferidos para a Enfermaria numa fase posterior.

Apesar do referido no subcapítulo 1.2.3, segundo a Enfermeira tutora e a minha experiência em estágio, os dois principais motivos de internamento na UCICT são as cirurgias cardíacas, mais precisamente, valvulares e de *bypass* e as cirurgias pulmonares, nomeadamente as pneumectomias totais e lobectomias. Sendo que durante o período em que estive em estágio no serviço, o predominante foram as cirurgias cardíacas valvulares e de *bypass* aorto-coronários. Das cirurgias cardíacas valvulares, as mais comuns foram as de substituição da válvula nativa aórtica e de válvula nativa mitral, que podem ser substituídas por prótese sintética/mecânica ou biológica, tendo sido mais frequente a substituição por prótese biológica.

Estas cirurgias podem ser programadas/eletivas (todas as semanas à segunda e à quarta-feira de manhã), de urgência (a qualquer hora) e/ou fazer parte do programa de recuperação de cirurgias (PCR) (outros dias da semana em que os serviços reúnam condições estruturais, técnicas e humanas para tal). Regra geral, as cirurgias costumam demorar entre duas a cinco horas.

Na UCICT, tal como já referi, os clientes admitidos foram submetidos a uma intervenção cirúrgica pulmonar ou cardíaca e conseqüentemente um estado pós cirúrgico imediato. Contudo, tendo em conta o meu PAF, o interesse estava nos clientes submetidos a cirurgia cardíaca. Neste sentido, tive a oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem especializados a quatro pessoas, uma pessoa submetida a substituição válvula aórtica, outra a substituição de válvula mitral biológica, uma a substituição de válvula aórtica biológica e *bypass* coronário e outra só a *bypass*. Concomitantemente, enquanto estive em estágio no Serviço de Cardiologia, por gestão do serviço, tive a oportunidade de prestar cuidados a

algumas pessoas na UTIC, cujos motivos de admissão eram Edema Agudo do Pulmão (EAP) e arritmia com choque pelo CDI e EAM com indicação para cateterismo.

Perante estes casos clínicos, os traçados cardíacos mais frequentes foram o sinusal, a bradicardia sinusal, a taquicardia sinusal, extrassístoles, fibrilação auricular e o flutter auricular.

Na UCICT, aprendi que a qualidade dos dados que obtemos depende da forma como parametrizamos e otimizamos os aparelhos de monitorização. Por isso, todos os turnos, os aparelhos de monitorização eram verificamos e otimizados consoante as necessidades. Por exemplo, privilegiava a derivação dois (II) e/ou a cinco (V) para visualizar o traçado cardíaco ou até mesmo consultar o último ECG disponível ou do sistema de telemetria (em caso de dúvida). Outro pormenor importante, era garantir os alarmes ligados dentro dos parâmetros adequados ao estado clínico do cliente para evitar ruído em excesso e/ou avisos tardios de agravamento do estado geral. Outro cuidado era validar a posição dos elétrodos para garantir o traçado mais fidedigno possível e sem artefactos.

No dia 25 de janeiro de 2021 tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia cardíaca a um senhor de 79 anos para substituição da válvula aórtica (SVA) por uma prótese biológica e *bypass* das coronárias direita e marginal com artéria mamária e veia safena, que descrevi e refleti crítica e fundamentalmente através de uma reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS.

Neste dia, tive a oportunidade de acompanhar o cliente e observar todas as intervenções da equipa multiprofissional desde a sua chegada à antecâmara do BO até à entrada na sala de cirurgia, sendo que ambicionava assistir à cirurgia até ao fim e acompanhar o cliente e equipa multiprofissional no transporte intra-hospitalar do BO até à UCICT, o que não se verificou porque a cirurgia demorou mais tempo que o habitual, ou seja, das oito horas da manhã até à uma hora da madrugada, devido a várias intercorrências, nomeadamente a um défice na contração do ventrículo direito que dificultou a saída CEC que necessitou de avaliação funcional através de ecocardiograma transesofágico (ETE) e apoio de oxigenação por ECMO e, posteriormente, devido a uma hemorragia venosa sem causa aparente e com necessidade de pesquisa para controlo hemostático para encerramento final seguro.

Apesar das referidas intercorrências, a equipa multiprofissional conseguiu concluir a cirurgia, fazendo o encerramento cirúrgico habitual, mas com necessidade de manter o cliente sob suporte vasopressor e mecânico através de ECMO na UCICT, onde o cliente acabou por morrer quatro horas após a cirurgia.

Tal como já mencionei ao longo deste relatório, estas cirurgias costumam ser programadas.

Na fase pré-operatória, o cliente costuma ser admitido na Enfermaria do Serviço de Cardiologia um dia antes da data prevista para a cirurgia, ou seja, na terça ou sexta-feira, com objetivo de ser preparado com tempo e calma para a cirurgia. O cliente conversa com o Cirurgião, o Anestesiologista e com a EEER que reúnem toda a informação necessária para completar o historial clínico. Por isso, na admissão, o cliente deve levar a sua medicação habitual e o resultado de análises e exames de rotina. Todos os valores do cliente são entregues à família.

Nesse dia, o cliente repete análises de sangue (incluindo determinação do grupo sanguíneo e reserva de sangue), ECG, Rx tórax e é confirmada a altura e o peso. Adicionalmente, a Enfermeira de Reabilitação que faz os ensinamentos necessários ao pré, intra e pós-operatório, dando ênfase aos exercícios respiratórios devido à necessidade da entubação endotraqueal. Adicionalmente, faz uma refeição ligeira e posteriormente um jejum de oito horas até à cirurgia. Também inicia o protocolo para prevenção da colonização/infeção cruzada por MRSA através do banho com luvas de gluconato de clorohexidina a 2% e desinfeção da cavidade oral com solução clorohexidina a 2% e antibioterapia (cefazolina dois gramas uma hora antes da cirurgia). Contudo, regra geral, a tricotomia e profilaxia são feitas no bloco operatório (BO).

No dia da cirurgia, o cliente desceu da Enfermaria do Serviço de Cardiologia, deitado na cama, só com uma bata vestida e acompanhado por uma Enfermeira, uma assistente operacional e por mim. Acompanhamos o cliente até à entrada do BO, local onde os Enfermeiros transmitem informações sobre o cliente, nomeadamente o nome, idade, antecedentes pessoais, cirurgia a que será alvo, estado geral desde o início do internamento e intervenções a que foi submetido e que estão inerentes ao processo cirúrgico como, por exemplo, exames, início do protocolo para prevenção da colonização/infeção cruzada por MRSA. Saliento que junto com a cama do cliente foi a torre de bombas e seringas perfusoras, a manga da LA e a mala de *pacemaker*.

Posteriormente, o cliente foi encaminhado para a antecâmara onde foi acompanhado pela Enfermeira anestesista, a qual conversou com o cliente, tentando perceber se sabia a que intervenção ia ser submetido e se disponibilizou para esclarecer dúvidas e, ao mesmo tempo, ajudá-lo a gerir emoções e sentimentos. Adicionalmente, fez a tricotomia à máquina no tórax, abdómen membros inferiores e região inguinal, inseriu dois cateteres

venosos periféricos de caibre número 16 após anestesia prévia com lidocaína, colocou a temperatura central e o sensor para avaliação do índice bispectral (BIS) e transferiu o cliente da cama para a maca do BO na qual foram colocadas almofadas em todas as possíveis zonas de pressão, nomeadamente a região occipital, sacro e calcâneos. Por conseguinte, também foi na antecâmara que a médica anestesista inseriu a LA que junta à linha de PVC.

Enquanto isto, na sala cirúrgica toda a medicação e o material necessários foram preparados e organizados. A preparação da medicação foi da responsabilidade da Enfermeira anestesista. O material necessário que é preparado, trata-se de todo o material esterilizado, foi da responsabilidade da Enfermeira instrumentista e circulante. A preparação de equipamentos como a CEC e controlo do valor do hematócrito, foi da responsabilidade dos perfusionistas.

Quando a sala estava devidamente preparada e enquanto os dois cirurgiões estavam a se equipar na sala de desinfeção, o cliente foi encaminhado para a sala da cirurgia e colocado na posição de *trudlenburg*, e o médico anestesista inseriu o TET, a SNG, o CVC de cinco vias e a PVC. Seguidamente, o cliente foi desinfectado com betadine e a Enfermeira instrumentista inseriu um cateter vesical (CV) com debitómetro e a Enfermeira circulante colocou na coxa posterior as placas anti-queimaduras, sendo responsável por controlá-las durante toda a cirurgia.

A medicação mais usada foi propofol 1% e 2%, lidocaína, rocorónio ácido tranexâmico, cefazolina, nitroglicerina, noradrenalina, adrenalina, dobutamina, dopamina, levosimendano, protamina, plasma e plaquetas.

Durante a cirurgia, nomeadamente a fase intra-operatória, existiu uma grande interligação e harmonia entre a equipa multiprofissional no sentido de garantir que tudo decorria dentro do previsto.

A equipa era constituída por um Enfermeiro anestesista, um Enfermeiro circulante, um Enfermeiro instrumentista, dois perfusionistas, um médico anestesista, dois cirurgiões e ainda por um médico cardiologista de prevenção para exames complementares como, por exemplo, a ecografia esofágica.

Após a cirurgia e garantidas as condições de segurança para o transporte intra-hospitalar, o cliente é encaminhado para a UCICT deitado na cama na qual chegou ao BO e acompanhado por um cirurgião, pelo Enfermeiro anestesista, por um perfusionista (se for com suporte mecânico como, por exemplo o BIA ou ECMO) e por um assistente operacional. Importa referir que o Enfermeiro anestesista costuma levar e entregar ao colega

da UCICT todos os documentos alvo de registo durante a cirurgia como, por exemplo, folha de sinais vitais e transfusão de componentes sanguíneos que são adicionados ao processo do cliente.

Antes do cliente ser transferido do BO para a UCICT existe um telefonema informativo sobre a transferência. À chegada à UCICT, normalmente o cliente é recebido por dois Enfermeiros, sendo um deles EEEMC.

Tal como referi inicialmente, não tive oportunidade de acompanhar a transferência do cliente a quem assisti à cirurgia. Contudo, tive a oportunidade de colaborar na admissão e na prestação de cuidados pós-operatórios imediatos de outro cliente na UCICT, que descrevi e refleti critica e fundamentadamente através de uma reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS.

Pelo descrito, verifica-se que tive a oportunidade de conhecer um bocado da Enfermagem perioperatória, que corresponde a todas as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro para dar resposta às necessidades do doente nas fases pré, intra e pós-operatória (Ferrito, 2014).

A fase pré-operatória inicia-se quando o doente e o médico decidem a cirurgia e termina quando o doente é transferido para o BO, sendo as intervenções de Enfermagem essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Ferrito, 2014).

A fase intraoperatória começa quando a pessoa é transferida para a mesa do BO e termina quando é transferida para o recobro, sendo as intervenções de Enfermagem centradas na segurança do doente, facilitação dos procedimentos, prevenção da infeção e satisfação das necessidades fisiológicas em reposta à anestesia e intervenção cirúrgica (Ferrito, 2014).

A fase pós-operatória principia quando o doente é admitido no recobro, neste caso UCICT, e termina quando este está recuperado da cirurgia, sendo que as intervenções de Enfermagem focadas na manutenção dos sistemas fisiológicos e mais tarde no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação para a alta (Ferrito, 2014).

As primeiras 24 horas após a cirurgia cardíaca são desafiantes porque os clientes apresentam altos níveis de vulnerabilidade e instabilidade no período pós-operatório inicial e, por isso, são encaminhados para unidades de cuidados intensivos para prevenção e reconhecimento imediato das complicações pós-operatórias de modo a garantir os resultados ideais para o cliente (Hardin & Kaplow, 2010 & Santos et al., 2016, citados por Lopes et al. (2019).

Segundo os mesmos autores, as principais complicações pós-operatórias são a hipotensão, a hemorragia, a hiperglicemia, a insuficiência renal aguda, a re-operação, o tamponamento cardíaco, a taquicardia ventricular, a hipocalémia, a sépsis, o acidente vascular cerebral e a PCR.

Durante o período em que estive em estágio na UCICT, confirmei que as complicações mais frequentes são a hipotensão, a arritmia, a hemorragia, a hiperglicemia, a insuficiência renal, a re-operação, a hipocaliemia, a PCR e a infeção que pode ser do local cirúrgico ou associada a dispositivos invasivos como, por exemplo, o TET e o CV.

Segundo Xavier e Carrilho (2014), os cuidados de Enfermagem no período pós-operatório imediato, centram-se na monitorização e manutenção das funções respiratória, cardiovascular e neurológica, assim como na prevenção da dor e náuseas/vómitos com objetivo de permitir a recuperação pós-anestésica segura e confortável, a prevenção ou deteção precoce de complicações decorrentes da intervenção cirúrgica e/ou anestésica, bem como a rápida e eficaz atuação caso essas complicações venham a ocorrer.

Tal como já referi e até refleti crítica e fundamentadamente numa reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS, tive a oportunidade de admitir um doente na UCICT, cuja recolha de dados sobre o mesmo começou no exato momento em que o colega que transferiu o doente transmitiu a informação necessária sobre o mesmo. Posteriormente, complementei esta informação através da avaliação inicial que é feita ao cliente de forma sistematizada e direta.

Segundo a *American Society of Post Anesthesia Nurses* (ASPAN), citada por Xavier e Carrilho (2014), o Enfermeiro deve fazer uma observação cefalocaudal.

Desta forma, com recurso à mnemónica ABCDE (A de via aérea com controlo da coluna cervical; B de ventilação e oxigenação; C de circulação e controlo da hemorragia; D de disfunção neurológica e E de exposição e controlo do ambiente), comecei por verificar a permeabilidade da via aérea e seguidamente descrever as características da *compliance* respiratória, ou seja, o tipo de frequência e amplitude de respiração, a permeabilidade da via aérea, a presença de reflexos protetores da via aérea (capacidade para tossir), modalidade ventilatória instituída e a adaptação ao ventilador. Seguidamente, avaliei os outros parâmetros vitais, nomeadamente, a saturação e oxigénio, a PNI e PAI, a FC e a Temperatura auricular ou retal.

Depois da monitorização hemodinâmica, avaliei do estado emocional (calmo, colaborante, agitado, agressivo ou ansioso), de consciência (sonolento, vígil ou inconsciente) e orientação ou não (pessoa, tempo e espaço) através da reação do mesmo ao estímulo verbal

ou táctil. Para esta avaliação saliento o recurso a escalas como a Glasgow Coma Scale (GCS) (avalia o estado de consciência), a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (avalia o nível de sedação).

Posteriormente, observei a pele e mucosas, tendo em atenção a sua coloração (corada, descorada, cianótica, ictérica), temperatura, estado de hidratação (húmida ou seca) e integridade (íntegra, com lesões ou soluções de continuidade). Aqui também incluí a avaliação neurocirculatória das extremidades, dando importância à sua coloração, temperatura, presença de edemas e tempo de preenchimento capilar.

Concomitantemente também tive em atenção à presença de dispositivos invasivos como, por exemplo, cateteres vasculares (central e/ou periférico), cateter vesical e drenos (passivos ou ativos). A nível dos catetes vasculares procurei registar a sua localização, quantidade, tipos e velocidade de perfusão. Quanto aos drenos, identifiquei a sua localização, tipo de drenagem, quantidade e características do conteúdo eliminado. Relativamente ao cateter vesical, cumpro com os protocolos em vigor e controlo o débito urinário horário, importante para o balanço hídrico. Não menos importante, também tive em atenção a eliminação intestinal, registando-a em quantidade, consistência e coloração.

No que concerne à aplicação e registo do Processo de Enfermagem, os registos da avaliação do mesmo, bem como o planeamento e registo de intervenções é efetuado no programa informático *ATRIUM*. Importa salientar, que a monitorização dos sinais vitais e balanço hídrico é feita num documento de monitorização e o registo das GSA é no *ATRIUM*. À parte disto, ainda existe um documento onde é feita uma síntese por datas e eventos importantes sobre o internamento do cliente, regime medicamentoso em vigor e intervenções específicas relacionadas com mudança de dispositivos invasivos e pensos para orientar a equipa de Enfermagem aquando da organização de cada turno.

Regra geral, na admissão do cliente, é feita a avaliação do mesmo e são identificados os focos de atenção de Enfermagem mediante as necessidades expressas pela pessoa. Posteriormente, é feito o planeamento dos cuidados de Enfermagem necessários para dar atenção e resposta aos focos e necessidades expressas através da prescrição de intervenções específicas, as quais são agendadas de acordo com o que é considerado melhor para o cliente e para a dinâmica e organização do serviço.

Alguns dos focos de atenção, de acordo com a terminologia CIPE, mais frequentes são: consciência, infeção, dor, limpeza da via aérea, trocas gasosas, perfusão dos tecidos, perda sanguínea, glicémia, equilíbrio eletrolítico, balanço hídrico, eliminação urinária,

defecação, ferida cirúrgica, cuidar da higiene, integridade da pele, mobilidade na cama e conforto.

No entanto, acrescento que as náuseas e vômitos também foram focos de atenção porque são duas das complicações frequentes do pós-operatório que podem provocar situações mais graves como, por exemplo a deiscência de suturas, aspiração de vômito, pneumonia de aspiração, desidratação e entre outras.

Outro foco de atenção foi a ferida cirúrgica devido à possível ILC porque, segundo Pina Silva et al., citado José e Deodato (2014), a prevalência da ILC em Portugal, em 2010, foi de 14,3%, verificando-se um aumento em relação em 2009, sendo considerado alvo de preocupação por parte dos profissionais de saúde. Por isso, a incidência ILC é monitorizada pelo PPCIRA, estimando-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções.

A ILC é a infeção relacionada com o procedimento cirúrgico, que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dele (incisional ou órgão/espaco) nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano, se for colocada prótese (procedimentos nº. 015 da versão 02 do Manual do PCIRA).

Esta é uma complicação comum da cirurgia, com taxas entre 2 a 20%, estando entre as três infeções hospitalares mais frequentes e está associada a elevada morbidade e a mortalidade e a custos elevados prótese (procedimentos nº. 015 da versão 02 do Manual do PCIRA)

A taxa de ILC está relacionada com vários fatores, mas também com o tipo de intervenção realizada (José & Deodato, 2014).

Numa intervenção de cirurgia cardíaca, a ILC é considerada limpa, ou seja, corresponde a uma ferida com baixo potencial de contaminação em cirurgia realizada sem abertura de víscera ou em tecidos limpos (José & Deodato, 2014).

Os fatores associados ao risco de infeção da ferida cirúrgica podem ser relacionados com a pessoa ou com a intervenção cirúrgica (José & Deodato, 2014).

Os fatores relacionados com a pessoa são: a idade, o estado nutricional, os hábitos tabágicos, a diabetes, a obesidade, as infeções coexistentes, a colonização de microrganismos, a alteração da resposta imunitária e a duração do internamento em períodos pré-operatório (José & Deodato, 2014).

Os fatores relacionados com a intervenção cirúrgica são: a duração do banho pré-operatório, a tricotomia pré-operatória, a preparação pré-operatória da pele, a duração da

cirurgia, a profilaxia antimicrobiana, a ventilação da sala operatória a esterilização inadequada dos instrumentos, o material estranho no local da cirurgia, drenos, assepsia e a técnica cirúrgica (hemóstase insuficiente, falta de obliteração de espaço morto e trauma tecidual) (José & Deodato, 2014).

As recomendações para a prevenção da ILC são, no período pré-operatório, preparação da pessoa intervencionada tratando todas as infeções associadas antes da cirurgia e evitar a tricotomia e, se necessária, efetuá-la com máquina e mais próximo possível da intervenção e a profilaxia antimicrobiana e no período intraoperatório, usar assepsia e técnica cirúrgica (José & Deodato, 2014).

A prevenção da ILC é um dos objetivos da “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente – Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS, adotada pela DGS (procedimentos nº. 015 da versão 02 do Manual do PCIRA).

O sucesso da prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básica, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (procedimentos nº. 015 da versão 02 do Manual do PCIRA).

Pelo descrito, nesta fase do período pós-operatório, a vigilância do penso cirúrgico (localização e penso limpo ou repassado) foi alvo da minha atenção, tal como o aspeto da ferida cirúrgica, a monitorização da glicémia e a temperatura corporal.

Outro foco de atenção que merece destaque é a dor porque, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (s.d.), a dor na pessoa em situação crítica é comum, sendo a sua gestão um desafio universal. Contudo, embora estejam conscientes da vulnerabilidade destas pessoas, os profissionais de saúde subestimam frequentemente a dor na pessoa em situação crítica perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos durante o seu internamento numa UCI.

O mesmo autor afirma que a dor do doente crítico, quando comparada com outros sinais vitais, pode não ser considerada uma prioridade. Contudo, desde a emissão da Circular Normativa nº. 9/DGCG da DGS, esta é considerada como o quinto sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. Por isso, a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Segundo a SPCI (s.d.) e Xavier e Carrilho (2014), a avaliação da dor pós-operatória é um desafio e deve ser considerada essencial, visto que o tratamento ineficaz da mesma pode provocar, a curto prazo, alterações fisiopatológicas e prolongar o tempo de internamento. Desta forma, valorizei sempre as queixas álgicas verbalizadas, atendendo às suas características (localização, tipo, gravidade e duração), classificando a sua intensidade com recurso às escalas de avaliação da dor e administrando a analgesia prescrita, tendo o cuidado de avaliar a reação do doente à mesma. Importa ressaltar que, enquanto o doente estava sedado e entubado, recorria à *Behavior Pain Scale* (BPS), mas quando este já estava desperto e capaz de comunicar, usava a escala numérica, considerada o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia.

Portanto, para a gestão da dor, executei monitorização horária da mesma em todos os turnos através da aplicação de escalas de avaliação da dor que referi anteriormente. Normalmente, os clientes estavam medicados com morfina ou tinham em prescrição, paracetamol ou metamizol magnésico. Adicionalmente, o alívio da dor e a promoção do conforto também eram promovidos através da massagem com creme hidratante e posicionamento alternado a cada duas ou quatro horas, consoante a necessidade e estabilidade do cliente, com recurso a almofadas.

Depois do doente estar devidamente instalado na UCICT, interpretei todos os dados transmitidos e colhidos durante a avaliação inicial e identifiquei as necessidades reais e/ou potenciais do mesmo e planeei a melhor forma de lhes dar resposta, definindo um conjunto de intervenções que satisfizesse essas necessidades.

Neste âmbito da prestação de cuidados, ainda importa realçar a importância da família. Por isso, sempre que possível inclui a pessoa de referência para o cliente na prestação de cuidados.

No SU, aquando da alta, era com a pessoa de referência com quem contava para garantir a continuidade dos cuidados, ou seja, era a quem alertava sobre a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de regresso e informava sobre a necessidade e importância de marcar consulta de seguimento no Centro de Saúde da área de residência. Complementarmente, relativamente à entrega de receitas médicas, validei sempre com os clientes a toma da medicação e, sempre que necessário, informei o acompanhante, famílias/cuidador relativamente à gestão e administração da medicação. Por conseguinte, sempre que se justificou, entreguei cartas de alta de Enfermagem aos clientes com orientações para

continuidade de cuidados no Centro de Saúde. Por sua vez, também me mostrei sempre disponível para esclarecimento de dúvidas via telefone, o que aconteceu uma vez.

Na UCIP e UCICT, dada a complexidade do estado de saúde em que a pessoa internada se encontrava, o estabelecimento de uma relação terapêutica está presente desde a admissão, sendo que na UCICT acontece desde a consulta pré-cirúrgica do cliente, havendo uma preocupação e cuidado na integração da família durante o internamento e prestação de cuidados, sobre o qual me questionei e refleti crítica e fundamentadamente através de uma reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS.

Nas UCI são vários os fatores de *stress* que podem afetar o bem-estar e satisfação das necessidades dos clientes, nomeadamente, o aparato tecnológico, o isolamento, o excesso de estímulos auditivos, a privação dos estímulos habituais, os vários cuidados prestados e procedimentos, a natureza fria e burocrática das relações e a imprevisibilidade dos acontecimentos e o fraco controlo sobre os mesmos (Pinho, 2020).

Contudo, verifica-se que o internamento em UCI também constitui um momento de *stress* para a família porque leva a um desequilíbrio nos papéis familiares, afetando temporariamente o desempenho normal da família, manifestando-se na dificuldade em reconhecer e mobilizar recursos internos e redes externas de apoio, ambiente tenso e comunicação familiar ineficaz e, por isso, também carece de atenção por parte da equipa multiprofissional (Pinho 2020).

O apoio adequado e pensado relativamente às prioridades, necessidades e significados da família faz com que o Enfermeiro funcione como um “advogado” do doente e da família (Pinho, 2020).

A integração da família do cliente durante o processo de internamento está diretamente relacionada com a relação terapêutica, a qual implica a criação de vínculos (Enfermeiro/família) que a ajudem a sentir confiança e à vontade para clarificar as dúvidas, desenvolver mecanismos de *coping* familiar e conseqüentemente enfrentar este momento de fragilidade através da gestão do *stress* e desenvolvimento de uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (Maruiti & Galdeano, 2007; Mendes, 2016; Fernandes & Silva, 2016; Cabete et al., 2019; ICNP, 2019).

Hupcey, citado por Pinho (2020), afirma que a relação entre a família e o Enfermeiro na UCI substitui a relação Enfermeiro – doente porque, enquanto o cliente se encontra sedoanalgesiado, a família torna-se o porta-voz da pessoa e, por isso, vive uma transição que pode ameaçar a sua estabilidade, recursos e capacidade de *coping*. Por isso, a

proximidade e a possibilidade, de realizar visitas e ver regularmente a pessoa internada são fatores importantes para a família, aumentando os seus índices de satisfação familiar.

Por outro lado, os membros da família têm um papel importante na promoção do bem-estar psicológico do doente através do carinho, presença, interação e colaboração no plano de cuidados, permitindo melhorar a compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento. Por isso, o Enfermeiro deve encorajar o toque, expressões físicas de amor e apoio, bem como, o diálogo em situações de coma, sedação ou entubação (Pinho, 2020).

Por isso, na UCIP é permitido, tal como aconteceu com um dos clientes que cuidei, que a família leve fotos para afixar na parede em frente à cama para quando o cliente acordar e/ou estiver desperto se lembrar dos mesmos e não se sentir abandonado. Por conseguinte, a família também é incentivada a falar com o doente e a contar episódios do dia-a-dia, mesmo que este não lhe olhe ou responda. Por exemplo, reparei que, por vezes, durante a visita havia alguma renitência da família ao toque ou a conversar com o cliente e, por isso, muitas vezes, senti necessidade de incentivar a interação e reforçar a importância de conversar e tocar, por exemplo, na mão do cliente.

Na UCIP, existe um Guia de Acolhimento à Família que é entregue à mesma para que conheça o serviço e respetivo funcionamento, saiba que tipo de questões pode colocar, perceba o tipo de profissionais de saúde estão envolvidos na prestação dos cuidados, relembre que direitos e deveres que o seu familiar ou amigo tem como doente, saiba como se organizar para a visita e conheça as medidas de segurança necessárias para entrar no serviço e fazer a visita. Complementarmente, a equipa de Enfermagem e Médica mostra-se sempre disponível para conversar com a família sobre o estado geral do cliente, seja pessoalmente ou por telefone.

Pinho (2020) diz que a disponibilidade para providenciar informação e os *updates* regulares sobre o doente, diminuem o impacto do internamento na qualidade de vida da família e aumentam o grau de satisfação e sentimentos de controlo da situação. Por conseguinte, também se torna mais aptos relativamente aos cuidados necessários, potenciando-se a transição para o papel de cuidador informal.

Na UCICT, no dia anterior à cirurgia, a equipa de Enfermagem da respetiva unidade costuma consultar o processo clínico do cliente para se inteirar sobre o seu histórico e saúde e respetivo estado geral. Posteriormente, visita o cliente no quarto da enfermaria. A equipa apresenta-se, valida se o cliente sabe a que intervenção será submetido e convida-o a conhecer a UCICT, lembrando que será entubado e terá drenos e que deverá tentar manter

a calma quando acordar da cirurgia porque será mais fácil e rápido para retirar os dispositivos invasivos como, por exemplo, o tubo endotraqueal (TET).

Normalmente, quando o cliente é admitido no Serviço de Cardiologia, aquando da consulta pré-operatória, é-lhe solicitado que identifique a pessoa de referência, ou seja, aquela que será informada continuamente sobre o seu estado geral, que lhe dará o apoio necessário durante o internamento e a que o poderá visitar. Apesar desta unidade não ter um guia de acolhimento à família, tal como na UCIP, todos os procedimentos inerentes à visita são executados por esclarecimentos via telefone e/ou pessoalmente. Complementarmente, existem orientações, que também estão disponíveis *online*, relativamente às recomendações ao visitante a nível de prevenção e controlo da infeção hospitalar.

No dia da visita, quando a família chegava ao serviço, confirmava o nome, o grau de parentesco e o resultado da zangano para despiste de COVID-19 e incentivava para a higiene das mãos antes da entrada na unidade. Adicionalmente, orientava onde a visita devia guardar os seus pertences e também validava se era o primeiro dia de visita para gerir o tipo de informação e orientações a dar, incluindo o funcionamento do serviço e respetivo horário e condições de visita. Posteriormente, providenciava as EPI's necessárias (máscara e bata), explicava como vestir, despir e onde descartar, reforçava o conhecimento e alertava para a importância de cumprir com as medidas de prevenção e controlo da infeção como, por exemplo, evitar o contacto com os dispositivos invasivos, secreções e pensos de ferida que podem ser facilmente infetados ou que podem estar infetados. Complementarmente, informava sobre o estado geral do cliente, incluindo uma explicação sobre o tipo de dispositivos invasivos que tinha e a monitorização a que estava submetido, bem como possíveis ruídos associados (alarmes). Por vezes, senti necessidade de incentivar a interação e reforçar a importância de conversar e tocar, por exemplo, na mão do cliente porque raparei várias vezes que havia alguma reticência/medo da família ao toque ou a conversar com o cliente.

A nível da comunicação importa salientar que foi sempre necessário adequá-la às pessoas, incluindo habilitações, crenças e valores, de modo a facilitar a compreensão, devido à complexidade associada ao internamento.

De uma forma geral, na minha opinião, na UCIP e na UCICT, os Enfermeiros procuram estabelecer uma relação terapêutica com a família e cliente. No entanto, considero que falta incluírem as intervenções de Enfermagem à família em diagnósticos adequados à

mesma porque, muitas vezes, as intervenções direcionadas para a família estavam incluídas em outros diagnósticos.

Tendo em conta os focos de atenção mencionados e descritos ao longo deste relatório, alguns dos diagnósticos de Enfermagem mais utilizados no serviço segundo a terminologia CIPE foram:

- Risco de infeção;
- Risco de infeção por dispositivo invasivo: cateter central;
- Risco de infeção por dispositivo invasivo: tubo endotraqueal;
- Risco de infeção por dispositivo invasivo: linha arterial;
- Risco de infeção por cateter urinário;
- Risco de infeção no local de inserção de dispositivo invasivo;
- Risco de dor;
- Risco de úlcera por pressão;
- Risco de queda;
- Risco de arritmia;
- Risco de hemorragia;
- Risco de hiperglicemia;
- Ferida cirúrgica atual;
- Capacidade para executar a higiene comprometida;
- Capacidade para alimentar-se comprometida.

Pelo descrito, verifica-se que os REE e o plano de cuidados de Enfermagem assumem grande relevância durante a prestação de cuidados, visto que correspondem a um conjunto de informações que refletem a quantidade e qualidade dos cuidados prestados e estabelecem um meio de comunicação entre a equipa multiprofissional, permitindo a coordenação e continuidade dos cuidados de forma eficiente e eficaz. Adicionalmente, também constituem uma fonte de dados úteis para pesquisa, educação e planeamento a curto e longo prazo e responsabilização o grupo profissional envolvido dos cuidados. É através dos registos que podemos adequar o plano de cuidados, alterando-o e ajustando-o, permitindo a individualização e melhoria da qualidade. Por conseguinte, também permitem o tratamento estatístico dos dados produzidos, conferindo um maior suporte aos decisores políticos, aos gestores institucionais e à próprias equipas interprofissionais (Xavier & Carrilho, 2014; Vieira, citado por Rosinhas et al. 2020).

Atualmente, é quase impossível imaginar um serviço de cuidados de Saúde sem um sistema computadorizado de informação e uma linguagem comum porque permitem abordar cada um dos vértices da tríade: profissionais, cliente e órgãos de decisão, ajudam na tomada de decisão clínica dos profissionais, garantem a facilidade de comunicação entre instituições e profissionais, asseguram a fiabilidade na troca de informação, norteiam investimentos e reduzem custos (Camargo & Ito, citados por Rosinhas et al., 2020; Rosinhas et al. 2020).

Nos que diz respeito à continuidade dos cuidados após a alta, tal como já referi anteriormente, quando o cliente já está estável para alta da UCICT, ou seja, estava consciente, a respirar espontaneamente, hemodinamicamente estável sem necessidade de dispositivos invasivos e medicação vasoativa, tem alta médica e de enfermagem para a enfermaria do Serviço de Cardiologia, em que a continuidade dos cuidados é assegurada pela respetiva equipa multidisciplinar.

Aquando dessa transição, a equipa de enfermagem da UCICT informa verbalmente os colegas da enfermaria sobre o estado geral do cliente e respetiva evolução e intercorrências durante o internamento, escreve uma carta de alta sobre o mesmo, adicionado recomendações/sugestões para continuidade dos cuidados, o que pressupões uma atualização do plano de cuidados, onde todos os diagnósticos são reavaliados, em que alguns são realmente concluídos e outros mantêm-se ativos para continuidade na enfermaria. Por sua vez, a equipa também prepara o cliente e informa a família sobre a transferência. É de salientar que é a equipa de enfermagem da UCICT que leva o cliente até à cama da enfermaria, aproveitando o percurso para voltar a lhe apresentar o serviço e equipa multidisciplinar que continuará os cuidados.

Relativamente à alta da enfermaria do Serviço de Cardiologia, importa referir que, apesar de não ter tido a oportunidade de observar, a Enfermeira tutora explicou-me que os clientes vão, a cada seis meses, a consultas de *follow up* com o cirurgião para controlo/manutenção do estado geral que, posteriormente, consoante a estabilidade do cliente, passam a ser feitas por telefone.

Ainda é de frisar que a UCIP também tem em atenção os cuidados pós-internamento, assegurando a assistência de *follow-up* e de qualidade de vida pós internamento no serviço através de atividades assistenciais multiprofissionais e multidisciplinares de *outreach* prospetivo e reativo e consultas de *follow-up* (SESARAM, EPERAM, 2021).

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

Para abordar esta competência específica, importa distinguir acidente grave, situação de emergência, situação de exceção e catástrofe.

Um acidente grave, de acordo com o Regulamento 429/2018 e Lopes (2021), é um acontecimento inesperado, provocado pelo homem ou pela natureza, com efeitos limitados no tempo e no espaço, podendo atingir pessoas e outros seres vivos, os bens e o ambiente.

Uma situação de emergência, tendo em conta o referido Regulamento, ocorre de uma agressão sofrida por um indivíduo, que lhe pode causar repentina e violentamente perda de saúde, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos, deixando a vítima em risco de vida com necessidade de assistência imediata (p. 19362).

Uma situação de exceção, segundo os autores supracitados, é quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, que vai exigir a atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

Uma catástrofe, segundo Lopes (2021), citando o Decreto-Lei n.º 27/2006, é como um acidente grave, ou vários acidentes graves, capazes de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando as condições de vida e o nível socioeconómico em áreas ou em todo o território nacional.

Neste âmbito também entra a Enfermagem forense porque, no SU, até prova contrária, todas as vítimas de trauma são casos forenses. E, por isso, os Enfermeiros têm um papel importante na recolha e preservação de vestígios no SU e na colaboração na identificação e encaminhamento das vítimas forenses (Gomes, 2021).

Relativamente à minha intervenção em situações imprevistas e mais complexas, tive a oportunidade de ativar sala de emergência para uma situação de prostração associada a hipoglicémia, em que levei a utente para a sala de emergência, monitorizei-a, executei avaliação inicial segundo a mnemónica ABCDE, avaliei todos os sinais vitais, inseri cateter venoso periférico (CVP), administrei glucose a 30%, aquando da decisão médica para executar o transporte inter-hospitalar, informei a família da mesma e procedi a execução do espólio de valores e pertences. Contudo, devido à afluência de pessoas ao SU, quem acompanhou esta doente no transporte foi outro colega.

Apesar de não terem ocorrido outras situações de emergência durante o período em que estive em estágio, consegui observar que, nas situações de maior urgência e com necessidade de monitorização e estabilização hemodinâmica, os três Enfermeiros do turno

se reúnem para prestar cuidados. Contudo, reparei que nenhum assume uma função específica, acabando por se sobreporem nas intervenções e, muitas vezes, ser o mais experiente ou o EEEMC a assumir a situação e a executar todas as intervenções necessárias assumindo uma atitude calma, confiante, perspicaz e dinâmica. Saliento que o Enfermeiro tutor afirmou que o colega responsável pela sala de emergência tem um projeto para reorganização da dinâmica de atuação na mesma, o qual aguarda aprovação da direção e que se baseia na atribuição de funções de acordo com a implementação do protocolo de abordagem com a mnemónica ABCDE.

Dos motivos de admissão no SU de Machico, reparei que algumas situações acabavam por não ser resolvidas no respetivo SU por falta de exames complementares de diagnóstico como, por exemplo, análises de sangue, RX e Tomografia Axial Computorizada (TAC) que só podiam ser feitos no HNM, levando à necessidade de encaminhar o doente em viatura particular, em ambulância de transporte de doentes (AMT) ou efetuar um transporte inter-hospitalar em ambulância de socorro (AMS) para o referido hospital, dependendo da gravidade da situação e da necessidade de acompanhamento de Enfermagem.

Foram várias a vezes em que os doentes tiveram de ser encaminhados para o HNM. Mesmo assim, muitas vezes, a GSA acabava por ser um complemento analítico. No entanto, insuficiente. Também reparei que, apesar de existirem salas de observação, estas não estavam preparadas com material de monitorização para manter os doentes em vigilância contínua. Contudo, acho que havia tratamentos que podiam ser feitos em ambiente de SO como, por exemplo, para as hipoglicemias, hipertensões, estados de prostração, que revertiam após medicação, e entre outros. Se houvesse monitores nas salas de observação, considero que ainda seria possível realizar reposições de sódio e potássio. Claro que depois devia haver um encaminhamento de forma que a pessoa fosse submetida aos exames complementares necessários para identificar as causas subjacentes ou internamento, caso se justificasse.

Graça et al. (2017) afirmam que, quanto menos diferenciado for um serviço de urgência, maior será a probabilidade de ocorrer um transporte inter-hospitalar, o qual, segundo a Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008), está indicado em duas situações: na inexistência de recursos humanos ou técnicos para tratar e diagnosticar o cliente na ausência de vagas no hospital de origem.

Tive a oportunidade de participar ativamente em seis situações de transporte inter-hospitalar: uma queda da própria altura associada a dor na região lombar, duas situações de

suspeita de AVC, um episódio de dor torácica intensa, um caso de dor abdominal intensa associada a sudorese intensa e presença de sangue nas fezes e uma situação de prostração associada a pupilas mióticas, hipotensão e hipoglicémia.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (2012), citado por Graça et al. (2017), refere que o período em que decorre o transporte poderá ser de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas e, por isso, o nível de monitorização, vigilância e cuidados durante o transporte, deve ser no mínimo, igual ao do serviço de origem.

Os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido (Graça et al., 2017).

Nestas situações de necessidade de encaminhamento para o HNM, toda a observação, avaliação e intervenção no doente é feita na sala de emergência, na qual existe o equipamento, material clínico e medicação necessária e onde existem afixados protocolos de atuação em caso de PCR, AVC e trauma.

Antes de se proceder ao transporte é necessário o Enfermeiro efetuar o seu registo de Enfermagem onde contempla a sua avaliação, focos de atenção e intervenções de Enfermagem. Por sua vez, antes da ambulância sair com o cliente, é o Enfermeiro que avalia a sua estabilidade e respetiva segurança, garantido que tem ao alcance todo o equipamento, material e medicação que eventualmente possa precisar durante o transporte.

À chegada ao HNM, são os bombeiros que dão entrada dos dados do cliente na secretaria e é o Enfermeiro que acompanha o cliente até à sala de triagem e transmite a informação ao colega respeitando a Norma n.º 001/2017, ou seja, segundo a técnica de comunicação com a mnemónica ISBAR (I de Identificação; S de Situação atual; B para antecedentes; A de avaliação e R de Recomendações).

Durante o transporte inter-hospitalar, a equipa que fica no SU de Machico repõe a sala de emergência com o material e medicação gasto e garante que os equipamentos ficam operacionais. Independentemente de a sala de emergência ser verificada e repostada todos os dias, no turno da manhã.

Não tive a oportunidade de colaborar num transporte inter-hospitalar em articulação com a equipa de emergência pré-hospitalar, neste caso a Equipa Médica de Intervenção Médica (EMIR), mas tive a oportunidade de observar a ativação da EMIR num estado de ausência repentina de numa criança após queda. A equipa médica solicitou o apoio da EMIR,

o Enfermeiro tutor foi chamado para observar, avaliar e monitorizar a criança até a EMIR chegar, permitindo o acompanhamento contínuo do pai. Quando a EMIR chegou, os equipamentos de monitorização foram trocados e a criança foi encaminhada para dentro da ambulância, onde seguiu acompanhada pelo pai e pelo Enfermeiro da EMIR.

Na UCIP, tive a oportunidade de colaborar e executar várias vezes o transporte intra-hospitalar da respetiva unidade para o serviço de imagiologia, sobre o qual refleti crítica e fundamentadamente numa reflexão escrita segundo o ciclo de GIBS.

Relativamente à intervenção da equipa multiprofissional em situações de catástrofe no SU de Machico, o Enfermeiro tutor contou-me que a equipa multidisciplinar participou ativamente nos incêndios e acidentes de grande dimensão na região, com necessidade de montar um hospital de campanha no pavilhão da escola, no qual a equipa multiprofissional esteve a prestar cuidados, exigindo a sua capacidade para priorizar situações e gerir recursos. Por sua vez, salientou que, aos poucos a equipa de Enfermagem está fazendo a formação em Medical Response to Major Incidents and Disasters (MRMI).

Tal como já referi anteriormente, no dia 15 de fevereiro de 2021 estive reunida com o Enfermeiro Chefe Luís Freitas da UCICT para conhecer melhor o trabalho de gestão que é efetuado no serviço.

Nesse dia, também aproveitei para questionar o Enfermeiro Chefe Luís Freitas quanto à existência de planos de atuação em caso de situações de emergência, exceção e/ou catástrofe, pelo que o Enfermeiro Chefe me aconselhou a conversar com o EEEMC Nuno Neves, responsável pelo projeto da qualidade no serviço, que me mostrou o *dossier* da qualidade, no qual constam vários procedimentos/técnicas e algoritmos/protocolos de intervenção e de administração de fármacos, sendo de salientar que para dar resposta à situações de emergência, exceção e/ou catástrofe existem dois procedimentos descritos no referido *dossier* que consultei e que se intitulam: (1) atuação em situação de incêndio no serviço e (2) evacuação dos doentes e visitantes em caso de emergência.

Relativamente intervenção da equipa multiprofissional em situações de situações de emergência, exceção e/ou catástrofe, não tive a oportunidade de observar nem colaborar devido à ausência desse tipo de situações nos três serviços.

Contudo, para colmatar a falar de experiência e possibilidade de aprofundar e aplicar conhecimento em contexto real a nível da intervenção em situações de situações de emergência, exceção e/ou catástrofe, de seis a oito de dezembro de 2019, participei como formanda no MRMI, cujo principal objetivo é promover a resposta à Catástrofe de uma

forma integrada por todas as entidades e profissionais com responsabilidade de gestão, de comando e controlo num incidente de multivítimas.

Concomitante na UC Enfermagem em Urgência e Emergência, tive a oportunidade de ir à Proteção Civil, onde nos foi feita uma visita guiada à infraestrutura e explicado as funções exercidas em cada departamento. Também assistimos a um seminário sobre catástrofe, onde nos foi explicado os dois tipos de triagem efetuados (Sieve e Sort), a prioridade atribuída às vítimas, a gestão dos transportes e locais de encaminhamento consoante o tratamento necessário. Complementarmente, tivemos a oportunidade de fazer um exercício de triagem de vítimas com base em casos fictícios e de montar e desmontar um hospital de campanha.

No que diz respeito à Enfermagem forense, realço que no dia 29 de fevereiro de 2020 participei numa aula aberta intitulada “Aspetos Forenses em Emergência Extra-Hospitalar”, a qual foi lecionada pelo Enfermeiro Albino Gomes na ESESJC e que me deu algumas noções básicas relativamente a conseguir preservar provas durante a prestação de cuidados. Estas são fundamentais para a reconstituição dos factos como, por exemplo, cortar a roupa, fazer abordagem à vítima de viação, descrever as lesões que são encontradas e como proteger as mãos de uma vítima agredida por arma de fogo e/ou arma branca.

Existem sempre aspetos forenses a ter em conta que são importantes para a medicina legal e decisões jurídicas e eu, enquanto Enfermeira, devo saber registar o máximo de informações para ajudar na investigação sem comprometer os factos reais (lesões e vestígios), que se não existirem é como se a situação não tivesse acontecido.

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

Portugal é um dos países da União Europeia com maior taxa de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e resistência aos antimicrobianos e de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Por isso, a DGS criou o PPCIRA (Despacho n.º 2902/2013), o qual resultou da fusão de dois programas já existentes, nomeadamente o programa Nacional de Controlo da Infeção e o Programa Nacional de Prevenção da resistência aos antimicrobianos, cujos principais objetivos são (Alexandre & Carreiro, 2019): (1)

diminuição da taxa das IACS; (2) promover a adequada utilização dos antimicrobianos e (3) diminuir a taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos.

Alocados a este projeto, foram criados grupos de coordenação regional e local do PPCIRA, estando um deles no SESARAM, EPERAM.

As IACS correspondem a uma infeção localizada ou sistémica resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina, que colocam em causa a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde (Pereira, 2019; Rodrigues, 2019).

Atualmente, estas são consideradas um problema de grande relevância devido à sua implicação direta no aumento da morbilidade e mortalidade, do tempo de internamento, dos custos em saúde, da resistência aos antimicrobianos devido ao maior uso de antibióticos e da inviabilização da qualidade dos cuidados. Por conseguinte, também têm implicações indiretas na qualidade de vida da pessoa e família, no aumento da sua dor e sofrimento (Pais, 2019; Pereira, 2019; Rodrigues, 2019).

Cerca de um terço das IACS são evitáveis, pelo que o conhecimento da etiopatogenia e o padrão de resistência dos agentes destas infeções é crucial para planear as melhores estratégias de segurança, profilaxia e tratamento através da implementação de medidas de precauções básicas de controlo da infeção (PBCI), programas de vigilância epidemiológica, formação e sensibilização dos profissionais de saúde e comunidade (Pereira, 2019).

Pais (2019) e Rodrigues (2019), citando a Norma 029 de 2012 da DGS, atualizada a 31/10/2013, as PBCI são recomendações de boas práticas, cujo principal objetivo é a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, de forma direta ou indireta, de estratégias básicas que se destinam a garantir a segurança dos doentes, profissionais de saúde e restantes intervenientes, aplicando-se a todos os utentes, independentemente de se conhecer a presença ou não de infeção. Concomitantemente, o cumprimento de um programa de controlo de infeção exigente e focalizado nas medidas de prevenção (como os feixes de intervenção para a prevenção da infeção) irá determinar um impacto significativo na redução da morbilidade e da mortalidade, traduzindo-se num ganho para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

As estratégias básicas das PBCI correspondem a 10 componentes (Rodrigues, 2019):

1. Colocação de doentes: reduz o risco de transmissão cruzada;
2. Higiene das mãos: reduz a transmissão cruzada;

3. Etiqueta respiratória: contem secreções respiratórias e minimiza a transmissão de agentes infecciosos;
4. Utilização de EPI: proporciona proteção aos profissionais;
5. Descontaminação do equipamento clínico: previne a contaminação indireta;
6. Controlo ambiental: permite a limpeza e manutenção do ambiente;
7. Manuseamento seguro da roupa: previne a transmissão cruzada;
8. Recolha segura de resíduos: ajuda na triagem correta no local de produção;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis: permite a técnica asséptica e o uso de embalagens de dose única;
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho: diminui o risco de exposição pelos profissionais.

Estas estratégias são implementadas consoante os procedimentos clínicos necessários e os riscos a eles associados, ou seja, a aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o doente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos (SESARAM, EPERAM, 2019).

No entanto, importa alertar que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos. Em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, MRSA, *Acinetobacter* multirresistente, entre outros), estão indicadas medidas adicionais como as precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às PBCI, mas não as substituem. Por isso, o cumprimento de um programa de controlo de infeção exigente e focalizado nas medidas de prevenção, como o PPCIRA, que inclui feixes de intervenção para a prevenção da infeção, irá determinar um impacto significativo na redução da morbilidade e da mortalidade, traduzindo-se num ganho para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Norma 029 de 2012 da DGS, citada por Rodrigues, 2019; Pais, 2019; SESARAM, EPERAM, 2019).

A aplicação destas estratégias e dos “feixes de intervenção” para a prevenção da infeção levam a uma diminuição da taxa de infeção e conseqüentemente a uma diminuição do tempo de internamento, incluindo a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e procedimentos e tratamentos que incluem o uso de antimicrobianos. Por sua vez, a ausência de infeção reduz o tempo de convalescença e recuperação, permitindo um rápido regresso do doente à vida ativa (Pais, 2019).

A responsabilidade pela prevenção e controlo das IACS é interdisciplinar, individual e coletiva, pelo que é fundamental que todos os profissionais se consciencializem do papel particular que desempenham (Rodrigues, 2019).

O Enfermeiro assume um papel primordial no combate a este problema, necessitando de constante atualização, de modo a executar e divulgar as diretivas dadas pelos órgãos regionais e locais do PPCIRA, contribuindo assim para a diminuição das taxas de infeção, mortalidade e morbilidade associadas e diminuição dos custos com o seu tratamento (Alexandre & Carreiro, 2019).

O PPCIRA é um projeto comum a todos os serviços do SESARAM, EPERAM, especialmente através do cumprimento das PBCI e pelo respeito dos “feixes de intervenção” na prevenção da infeção relacionados, por exemplo, com MRSA, os dispositivos invasivos (TET, CVC, LA) e o local cirúrgico.

Neste âmbito, por exemplo, tentei cumprir ao máximo as medidas de prevenção e controlo da infeção associadas à COVID-19 como, por exemplo, tomar banho ao sair de cada serviço, usar a farda disponibilizada por cada serviço, usar um par de sapatos diferente para cada serviço, usar os EPI’s recomendados, trocando-os sempre que necessário, desinfetar e lavar frequentemente as mãos, respeitar as normas definidas no momento da pausa para as refeições, bem como cumprir com outras normas estipuladas em cada serviço. Adicionalmente, também tive o cuidado de garantir resultado negativo de zaragatoa nasal e orofaríngea para despiste da COVID-19 antes de iniciar cada estágio.

Durante a prestação de cuidados no SU, na UCIP e na UCICT, tive o cuidado de separar as pessoas sempre por biombos, respeitando os cinco momentos de desinfecção das mãos durante a prestação de cuidados e de etiqueta respiratória, recorrendo ao uso nas EPI’s recomendadas para cada situação, trocando-as entre clientes.

Nas minhas intervenções, sempre que usei equipamento clínico alvo de desinfecção, tive o cuidado de o descartar nos locais recomendados e de preencher os documentos necessários, bem como de informar os assistentes operacionais sobre a existência de equipamento para desinfecção e de equipamento com necessidade de limpeza.

Por conseguinte durante a prestação de cuidados de higiene e otimização do posicionamento dos doentes, aquando da manipulação de roupa, tive o cuidado de a descartar nos sacos preconizados, distinguindo-a entre contaminada e suja.

O mesmo se verificou aquando do uso de material clínico, em que cumpro com a separação correta dos lixos, distinguindo-os entre urbano (grupo I), resíduos hospitalares

(grupo II), resíduos de risco biológico (grupo III) e cortaperfurantes e fármacos rejeitados (grupo IV), tendo o cuidado de alertar os assistentes operacionais quando o cortaperfurantes estava muito cheio e alertar a equipa médica que as seringas de GSA são separadas entre seringa com sangue, no grupo III, e agulha, no grupo IV.

Concomitantemente, para uma prática segura na preparação e administração de injetáveis, confirmei sempre a prescrição no portal *ATRIUM* e com o médico prescritor, validei sempre o nome do cliente alvo da prescrição e, sempre que necessário, pesquisei sobre os medicamentos a administrar. No SU de Machico consultei o Manual de Diluição de Medicamentos Injetáveis e na UCIP e UCICT consultei o Prontuário Terapêutico disponíveis nos serviços para validar o tipo de fármaco, relembrar o mecanismo de ação, modo de diluição, tempo e via de administração e possíveis efeitos secundários, no sentido de assegurar a aplicação dos princípios relevantes para garantir a administração segura de substâncias terapêuticas. O mesmo se refere à alimentação parentérica (na UCIP e UCICT), nomeadamente à validade, conservação, exposição à luz, quantidade e horário de perfusão.

Enquanto estive em estágio na UCIP e UCICT, identifiquei como principais infeções aquelas que são associadas ao TET, a cateteres vasculares e vesical e ao local cirúrgico.

Pelo descrito e devido ao elevado risco de infeção, além das PBCI, na UCIP e na UCICT são implementados vários procedimentos sugeridos pelo PPCIRA para prevenção e controlo da infeção que senti necessidade de consultar para colaborar eficazmente na sua implementação.

Desta forma, colaborei na continuidade da implementação dos protocolos preconizados pelo PPCIRA e que estão descritos na segunda versão do Manual do PPCIRA, disponível na página *online* do SESARAM, EPERAM, nomeadamente:

- a) Protocolo para prevenção da colonização/infeção cruzada por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) (procedimento n.º 005 da versão n.º 001 do Manual do PPCIRA do SESARAM, EPERAM, 2016), em que adotei precauções de contexto (luvas e avental de uso único), incluindo máscara cirúrgica aquando de risco de salpico de secreções ou fluídos, aspiração de secreções ou técnica respiratória; executei a descolonização nasal com Mupirocina a 2% pomada (3 aplicações nasais em ambas as narinas durante cinco dias) associada à descolonização corporal com banho diário com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2% durante cinco dias de manhã e, em pessoas

com TET, executei a higiene oral com solução de gluconato de clorohexidina a 0,2%.

- b) “Feixes de intervenção” para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (Norma 021/2015 da DGS atualizada a 30/05/2017), em que revi diariamente e, sempre que possível, reduzi e/ou parei a sedação; discuti e avaliei diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; mantive a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitei momentos de posição supina e realizei a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% de três em três horas; mantive os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes e mantive a pressão do balão do TET entre 20 e 30 cmH₂O. Ainda, no âmbito dos procedimentos implementados internamente na UCIP, aspirei mecanicamente o TET e subglótica de quatro em quatro horas e troquei o fio de nastro do TET todos os dias de manhã, bem como o adesivo da SOG.
- c) Protocolo para prevenção da infeção associada aos cateteres vasculares: CVC (procedimento n.º 033 da versão n.º 03 do Manual do PPCIRA do SESARAM, EPERAM, 2019), em que, no momento de colocação avaliei a necessidade de colocar o CVC e registei a razão da sua necessidade, realizei a preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara), providenciei um campo cirúrgico que cobrisse a totalidade da superfície corporal do doente e utilizei a técnica asséptica na realização do penso. Na manutenção do CVC, avaliei diariamente a necessidade de o manter, realizei a higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC, descontaminei as conexões com clorohexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local, vigiei e mudei o penso de dois em dois dias e utilizando a técnica asséptica, ou seja, de dois em dois dias de manhã porque os pensos utilizados eram de compressa. Ainda, no âmbito dos procedimentos implementados na UCIP, registei a data de colocação no plano de cuidados e folha de monitorização, mudei os sistemas e a rampa do CVC de quatro em quatro dias e reagendei próximas vezes, detetei a presença de sinais inflamatório no local de punção, mantive vias que não estavam em uso ocluídas e heparinizadas segundo protocolo, protegi o CVC com campo esterilizado e registei o local da punção, tipo de cateter e reação do doente.

- d) Protocolo para prevenção da infecção associada aos cateteres vasculares: LA (procedimento n.º 033 da versão n.º 03 do Manual do PPCIRA do SESARAM, EPERAM, 2019), em que utilizei sempre sistemas estéreis, durante a inserção da LA, usei barreiras de proteção (touca, máscara, luvas estéreis e um campo esterilizado pequeno, utilizei, sempre que possível, transdutores de uso único. Na substituição da LA e do sistema de monitorização, substituí os transdutores de uso único, bem como os tubos de infusão, o dispositivo *flush* contínuo e a solução de lavagem a cada quatro dias. Na sua manutenção, mantive a esterilização de todos os componentes do circuito de monitorização da pressão (incluindo dispositivos de calibração e soluções de lavagem), minimizei o número de manipulações, utilizei um sistema de lavagem fechado, desinfetei o diafragma com álcool a 70° antes de entrar no sistema e só utilizei o sistema para colheita de GSA e, no turno da noite, para colheita de sangue para análise. Adicionalmente, tive sempre o cuidado de verificar se o membro em que estava inserida a LA apresentava sinais de compromisso neurocirculatório com o objetivo de avaliar a necessidade de manter de manter a LA, removê-la ou substituí-la. Ainda, no âmbito dos procedimentos implementados internamente na UCIP, registei a data de colocação no plano de cuidados e folha de monitorização, vigiei e realizei o penso de dois em dois dias, tendo o cuidado de deixar a conexão do cateter acessível e reagendei próximas vezes, vigiei a cor, calor e pulso do membro a cada duas horas, realizei o ponto zero no início de cada turno, após a prestação dos cuidados de higiene e otimização do posicionamento do doente e, pelo menos uma vez no turno, comparava a PAI com a PNI.
- e) Protocolo para a prevenção da infecção do trato urinário associada a cateter vesical (CV) (procedimento n.º 013 da versão n.º 02 do Manual do PPCIRA do SESARAM, EPERAM, 2019), em que aquando da inserção avaliei a possibilidade de evitar o cateterismo vesical, documentei a razão da necessidade do CV e inseri o CV com sistema de drenagem conectado, cumprindo com a técnica asséptica. Durante a sua manutenção, voltei a verificar diariamente a necessidade de manter o CV, durante a prestação dos cuidados de higiene diários, todos os dias de manhã, lavei o meato urinário com água e sabão, mantive o CV seguro e o saco coletor abaixo do nível da bexiga, pedi ao assistente operacional para esvaziar o saco coletor sempre que o mesmo atingia

dois terços da sua capacidade e assegurava que durante o esvaziamento do mesmo o assistente operacional usava uma técnica limpa com recurso à higiene das mãos, uso de luvas e avental. Também tinha o cuidado de registar e verificar a data de quando o CV tinha sido inserido para confirmar se se justificava trocá-lo ou não e de quando o saco coletor tinha sido mudado, visto que era trocado a cada oito dias.

- f) Protocolo para a prevenção da ILC (procedimento n.º 015 da versão n.º 02 do Manual do PPCIRA do SESARAM, EPERAM, 2019), em que executei a higiene corporal pré-operatória com a solução de gluconato de clorhexidina a 2%, salientado que nas pessoas submetidas a cirurgia de crânio, realizei a limpeza do couro cabeludo com touca de champô com clorhexidina a 2%, sempre que foi necessário tricotomia, esta foi feita no BO com máquina elétrica e imediatamente antes da cirurgia e sempre que recomendado, administrei a antibioterapia profilática, mantive o controlo da glicémia inferior ou igual a 180 miligramas por decilitro (mg/dL) e da temperatura corporal superior ou igual a 35,5 °C.

Neste contexto, considero importante realçar que a nível das medidas de prevenção e controlo da infeção associada ao TET e aos cateteres vasculares e vesical, os principais “feixes de intervenção” são incluídos em diagnósticos específicos e incluídos no plano de intervenção dos mesmos servindo mais tarde como indicadores estatísticos.

1.4. Competências de Mestre

O grau de mestre, consultado o Despacho n.º 8046/2015 e o Regulamento n.º 658/2016, é concedido ao estudante que tenha obtido aprovação em todas as unidades curriculares que compõem o curso de segundo ciclo e no ato público de defesa, neste caso, do relatório de estágio e que demonstre conhecimentos e capacidade de compressão, aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compressão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, que reflita as implicações e responsabilidades éticas e sociais associadas às tomadas de decisão que incluíram juízos, condicionantes e soluções, que seja capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes às suas tomadas de decisão e que, por fim, demonstre capacidade de autoaprendizagem ao longo da vida.

Na minha opinião, as competências supracitadas foram desenvolvidas e adquiridas desde o início até ao fim deste curso de segundo ciclo porque todas as UC despertaram a aquisição e aplicação de novos conhecimentos, promoveram a minha capacidade de compressão e estimularam a minha capacidade de decisão para resolução de problemas que me levaram várias vezes a refletir sobre as suas implicações éticas e sociais e a comunicá-las de forma escrita e verbal em ambiente de avaliação constante.

Por exemplo, em várias UC's pesquisei, redigi e comuniquei verbalmente à turma, sendo alvo de avaliação, vários trabalhos. Na UC Enquadramento Concetual dos Cuidados de Enfermagem fiz um trabalho intitulado “O Modelo de Enfermagem de Leininger: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica”, em que tive de fazer uma pesquisa sobre o respetivo modelo, interpretá-lo e aplicá-lo a um caso clínico fictício. Na UC Ética, Deontologia e Direito, realizei um trabalho designado “Tomada de decisão ética emergente da prática de cuidados à pessoa em situação crítica”, em que tive de explorar vários conceitos éticos, modelos de tomada de decisão e resolver um dilema ético relativo a um caso clínico fictício. Na UC Investigação, em grupo, participei numa revisão bibliográfica para a redação de um artigo científico denominado “Benefício da formação especializada no cuidado do doente crítico: uma revisão sistemática rápida”, que acabou por não ser concluído por falta de evidência nos artigos selecionados. Na UC Gestão, Formação e Supervisão Clínica, executei um trabalho, que não foi alvo de comunicação verbal, intitulado “Comunicação e Conflitos”, em que pesquisei e refleti sobre a comunicação como ferramenta na gestão de conflitos nas organizações de saúde no âmbito da Enfermagem e redigi a PAF. Na UC Enfermagem em Urgência e Emergência, pesquisei e redigi um trabalho denominado “Transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”, onde pesquisei sobre o transporte inter-hospitalar e posteriormente apliquei esses conhecimentos e refleti sobre o papel do Enfermeiro na resolução de um caso clínico fictício. Na UC Enfermagem e Cuidados Paliativos, fiz um trabalho designado “Controlo sintomático: desafios na promoção do conforto na pessoa em fim de ida relacionado com a astenia/fadiga”, em que pesquisei sobre o controlo sintomático em cuidados paliativos e sobre a promoção do conforto na pessoa em fim de vida relacionado com as astenia/fadiga. Na UC Enfermagem em Cuidados Intensivos redigi um trabalho escrito intitulado “Cuidar da Pessoa em situação crítica com *Delirium* em Unidades de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenções de Enfermagem”, em que pesquisei sobre o *Delirium* e posteriormente apliquei esse conhecimento no desenvolvimento de um processo de Enfermagem em que, após a avaliação inicial e com

base nos focos de atenção, formulei um diagnóstico e intervenções que satisfizessem as necessidades identificadas. Na UC Estágio I – Urgência, formulei um projeto de estágio para orientar a minha prática clínica e conseqüente desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC. Na UC Estágio II – Cuidados Intensivos também formulei um projeto de estágio e redigi e apresentei à turma um estudo de caso verídico nomeado “Processo de Enfermagem Fundamentado: Cuidar da Pessoa em Situação Crítica com TCE associado a HED e HDA em UCI”, em que tive de fazer uma pesquisa sobre o TCE e posteriormente apliquei esses conhecimentos na metodologia do Processo de Enfermagem fundamentado com base na Teoria de Roper, Logan e Tierney e na mais recente evidência científica para prestar cuidados de Enfermagem adequados, individualizados e holísticos.

As práticas clínicas no SU de Machico, na UCIP e na UCICT colocaram-me perante diferentes contextos, em situações novas e não familiares, nomeadamente a triagem de doentes, o transporte inter-hospitalar com recurso à técnica de comunicação com a mnemónica ISBAR, o transporte intra-hospitalar, cuidar de pessoas em situação crítica c/ choque obstrutivo, TCE c/ HSA e HED, insuficiência respiratória tipo II, politrauma submetido a cranioplastia, hiponatremia grave, substituição válvula aórtica, substituição de válvula mitral biológica, bypass coronário, EAP, arritmia com choque pelo CDI e EAM com indicação para cateterismo.

Perante estas situações, para uma prestação de cuidados especializados, tive de ser capaz de avaliar o estado geral do cliente, identificar focos de atenção de Enfermagem, estabelecer prioridades, prever complicações e responder assertiva e atempadamente às necessidades das pessoas através da vigilância contínua, monitorização avançada, terapêutica específica e intervenção adequada e, por vezes, antecipada, de modo a manter as funções básicas de vida, prevenir complicações, manter a estabilidade hemodinâmica e limitar futuras incapacidades, sabendo justificar, sempre que necessário, a minha intervenção e tomada de decisão de forma fundamentada e adequada ao contexto com base na mais recente evidência científica e de acordo com os princípios éticos, com o código deontológico e o direito dos doentes.

Segundo Benner (2001) os cuidados às pessoas em situação crítica são intelectualmente e emocionalmente desafiantes.

Das situações vivenciadas, algumas constituíram um desafio pessoal (emocional) e profissional, nomeadamente a pré triagem de doentes, a fase intra-operatória, a fase pós-

operatória imediata, incluindo a identificação de focos de instabilidade, a atuação precoce e a gestão de visitas associada às restrições devido à COVID-19, que me fizeram recorrer a várias estratégias de *coping* para conseguir intervir de forma eficaz e eficientemente e que foram alvo de reflexão crítica e fundamentada através de várias reflexões escritas segundo o ciclo de GIBS.

Relativamente aos campos de estágio, considero pertinente realçar que também observei espaços de melhoria e participei na sua otimização como, por exemplo, na reorganização estrutural do circuito de segurança dos clientes do SU de Machico perante a gripe e a COVID-19 e através da partilha das minhas dúvidas e dificuldades em grupo, fomentado a partilha de conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de competências, promovendo a excelência dos cuidados de Enfermagem e para a promoção de um ambiente de cuidados seguro.

Pelo que referi, tanto no contexto teórico como prático, verifica-se que tive a oportunidade de demonstrar constantemente o meu conhecimento e raciocínio clínico com base na evidência científica a colegas de turma, professores e Enfermeiros generalistas e especialistas através da comunicação de soluções para a resolução de situações/problemas referentes a vários temas relativos ao cuidar da pessoa e família em situação crítica.

Neste âmbito, também para demonstrar a minha capacidade de autoaprendizagem, importa lembrar que, para cada prática clínica, tive de elaborar um projeto de estágio, onde defini objetivos e planeei atividades de acordo com os meus interesses e necessidades para desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas de EEEMC. Estes projetos, no qual se inclui o PAF, permitiram-me desenvolver a minha autonomia, capacidade de raciocínio, decisão e planeamento do meu percurso de aprendizagem.

Concomitantemente, para aperfeiçoar a minha capacidade de pesquisa participei como formanda em duas formações intituladas “Pesquisa em Base de Dados” dadas por um formador da EBSCO (Dr. Nuno Henriques) na ESESJC.

Futuramente, com o objetivo de manter a capacidade de autoaprendizagem ao longo da vida, pretendo frequentar as seguintes formações: *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), Suporte Avançado de Vida em Intoxicações, Suporte Avançado de Vida Queimados e *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), que acredito que me permitirão analisar, refletir e melhorar e adquirir conhecimentos para a procura contínua da qualidade na prestação de cuidados no âmbito da urgência e emergência.

No final deste percurso, sinto que, no meu serviço, a minha equipa de trabalho me reconhece como EEEMC, me motiva a que assumo e exerça as minhas funções e solicita o meu apoio na prestação de cuidados especializados em EMC, destacando-me para os postos de trabalho subjacentes aos mesmos. Por sua vez, também contam comigo para a tomada de decisão em situações de emergência, complexas e não familiares e para os *debriefings* após intervenção nessas situações de modo que se encontrem os pontos positivos, negativos e de melhoria de intervenção em equipa, com base na reflexão crítica fundamentada através da evidência científica, os princípios éticos, o código deontológico e os direitos dos doentes.

CONCLUSÃO

Este relatório correspondeu a uma descrição, análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas ao longo do IV Curso de MEMC da ESESJC no ano letivo 2020/2021 para obter a avaliação final da UC Relatório de Estágio e para alcançar o grau de Mestre em Enfermagem com especialização em EMC após a sua discussão pública.

Por tudo o que foi explanado ao longo deste relatório considero que atingi os objetivos a que me propus inicialmente: (1) evidenciar com o trabalho e percurso realizado durante as práticas clínicas I, II e III as competências desenvolvidas e adquiridas no cuidado de Enfermagem da pessoa e família em situação crítica submetida a intervenção cardíaca e (2) refletir crítica e fundamentada sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais para a essência dos cuidados de Enfermagem recorrendo à mais recente evidência científica e aos referenciais da profissão.

Durante este IV Curso de MEMC tive a oportunidade de realizar três práticas clínicas em diferentes contextos, que me mobilizaram conhecimentos teórico-práticos, bem como os vários saberes da profissão: saber-ser, saber-saber e saber-fazer. O Estágio I foi realizado de 07/09/2020 a 08/10/2020 no SU de Machico. O Estágio II foi realizado de 12/10/2020 a 06/11/2020 na UCIP do HNM. O Estágio III, foi realizado no Serviço de Cardiologia –UCICT de 18/01/2021 a 05/03/2021.

Relativamente ao SU, verifiquei que é um serviço baseado em prioridades de intervenção que apelam à capacidade de decisão do Enfermeiro para satisfazer as necessidades das pessoas de modo a estabilizar a sua situação clínica e posteriormente encaminhar para os serviços ou instituições mais capacitadas para melhorar ou garantir a continuidade dos cuidados necessários. Independentemente de ser um serviço de transição, o cuidar de Enfermagem nunca deve deixar de ser holístico, individualizado e seguro, respeitando os direitos, deveres, normas e princípios éticos inerentes ao mesmo e, neste contexto, o EEEMC acrescenta valor ao cuidar através da sua capacidade e perspicácia para avaliar o cliente, intervir de forma prioritária e atempada, sabendo mobilizar os conhecimentos e fundamentar assertivamente a sua tomada de decisão e intervenção.

Quanto às UCI, nomeadamente na UCIP e UCICT, confirmei que, dada a situação clínica das pessoas admitidas, ou seja, o seu estado crítico devido à falência de uma ou mais funções vitais, à instabilidade hemodinâmica e à dependência de suportes associados a

dispositivos invasivos e medicação, faz todo o sentido que os cuidados de Enfermagem sejam prestados por EEEMC. Estes são Enfermeiros com formação avançada e experiência prática na área, capazes de avaliar o estado geral do cliente, prever complicações e responder assertiva e atempadamente às necessidades das pessoas através da vigilância contínua, monitorização avançada, terapêutica específica e intervenção adequada e, por vezes, antecipada, de modo a prevenir complicações, manter a estabilidade hemodinâmica e limitar futuras incapacidades, sabendo justificar, a sua intervenção e tomada de decisão de forma adequada, fundamentada na mais recente evidência científica e adaptada ao contexto.

Tendo em conta o meu percurso teórico-prático descrito ao longo deste relatório, considero que, da minha parte, houve um interesse, responsabilização e autonomia pela minha aprendizagem; desenvolvi as minhas capacidades de pesquisa para adquirir, melhorar e demonstrar conhecimentos, os quais apliquei durante os processos de tomada de decisão para resolver problemas perante situações novas, complexas e não familiares, cujas intervenções me fizeram refletir sobre as suas implicações éticas, sociais e deontológicas, tornando-me capaz comunicar à equipa multidisciplinar de forma clara e sucinta as minhas conclusões e raciocínios subjacentes essas tomadas de decisão.

As minhas principais dificuldades ao longo deste percurso foram a adaptação aos serviços relativamente à estrutura, metodologia de trabalho e gestão dos cuidados; relacionar o conhecimento teórico com a prática, no sentido associar alguns dados clínicos com a avaliação de Enfermagem feita ao cliente e identificar as intervenções de Enfermagem a serem aplicadas e/ou antecipadas de modo prevenir complicações; o conhecimento, prática e destreza relativamente a alguns procedimentos e manuseamento dos equipamentos necessários à monitorização e administração terapêutica; admitir e estabilizar na UCICT um cliente hemodinamicamente instável proveniente do bloco operatório e me recordar pormenorizadamente das situações vividas e descrevê-las ao longo deste relatório.

No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas ao longo dos estágios através do reconhecimento das minhas limitações teóricas e práticas, da pesquisa contínua, do diálogo com os orientadores (operacionalização teórica), da prática constante e da relação com a equipa multiprofissional. Algumas das dificuldades práticas, colmatei progressivamente com o tempo e experiência profissional, baseando-se numa questão de oportunidades práticas, atualização contínua e fundamentada do conhecimento e trabalho em equipa.

Os aspetos positivos identificados ao longo deste percurso foram a boa relação de trabalho que estabeleci com as equipas multiprofissionais; o reconhecimento das minhas

dificuldades e vontade em ultrapassá-las, adotando uma atitude proativa; a demonstração de interesse por momentos de aprendizagem e operacionalização de conhecimentos teóricos; os registos de Enfermagem que refletiam a minha avaliação holística feita ao cliente; a formulação e discussão em equipa sobre o plano de cuidados adequado às necessidades dos clientes; o estabelecimento de relação terapêutica com o cliente e família, a garantia da continuidade dos cuidados (atualização do plano de cuidados de acordo com o estado geral do cliente e preparação para a alta) e a criação e valorização de oportunidades que colmataram a falta de experiência idealizadas e que não aconteceram.

Por fim, por tudo que descrevi e aprofundei ao longo deste relatório, considero que desenvolvi e adquiri as competências comuns e específicas do EEEMC e de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, R. & Carreiro, E. (2019). O papel do enfermeiro no controlo da infeção. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 115 - 118). Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto editora.
- Cabete, D. S. G., da Fonte, C. S., de Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional á família da pessoa em situação crítica: intervenções de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 129-38. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Decreto-lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série - A. 205 (04/09/1996) 2959 - 2962. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16/09/2015) 8059 - 8105. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 19124/2005. **Diário da República** II Série. 169 (02/09/2005) 12833-12834. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/19124-2005-1962401>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11/08/14) 20673 – 20678. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 8046/2015. **Diário da República** II Série. 141. (22/07/2015) 19698. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8046-2015-69851015>

- Despacho Normativo n.º 11/2002. **Diário da República** I Série-B. 55. (06/03/2002) 1865-1866. [Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Author
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Fernandes, M. J. C. & da Silva, A. L. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(6), 1899-908. <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601>
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3 - 10). Lidel.
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M.A. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Gelape, C. L. (2007). Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 89(1), e3-e9. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001300013>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem forense no serviço de urgência. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 401 - 410). Lidel.
- Gomes, B. P. (2006). Contributo da formação para o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de reabilitação. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(2), 193 - 204. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200002>
- Graça, A. C. G., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G. & Martins, M. D. S. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (15), 133-144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>

- Grünenthal. (s.d.). *Dor pós-operatória*. <https://dor.com.pt/dor/dor-pos-operatoria/>
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de triagem de Manchester*. ResearchGate. http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Hardin, S. R. & Kaplow, R. (2010). *Cardiac surgery essentials for critical care nursing*. Jones and Bartlett Publishers.
- Huang, A. P. S. & Sakata, R. K. (2016). Dor após esternotomia: revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 66(4), 395-401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.003>
- International Concil of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. ResearchGate. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- José, H. & Deodato, S. (2014). Classificação dos tipos de cirurgias e a sua relação com os riscos de infeção pós-operatória. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 107 - 113). Lidel.
- Lopes, M. (2021). Modelos de triagem em situações de catástrofe. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 351 - 357). Lidel.
- Lopes, R. O. P., Castro, J., Nogueira, C. S. C., Braga, D. V., Gomes, J. R., Silva, R. C. & Brandão, M. A. G. (2019). Complicações do pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca eletiva: estudo transversal à luz de Roy. *Revista de Enfermagem Referência*, (22), 23-32. <https://doi.org/10.12707/RIV19042>
- Machado, H. (2021). Organização e gestão no serviço de urgência. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 3 - 12). Lidel.
- Marques, L. & Lino, P. (2021). Protocolo de triagem de Manchester. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 25 - 30). Lidel.
- Maruiti, M. R. & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enfermagem*, 30(1), 37-43. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100007>

- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1). 2-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica - Parecer n.º 10/2017. 2017. Acessível na Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2013. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Carta dos direitos do doente internado. 2005. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde– Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). 2013. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. 2017. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos serviços de Urgência e Referenciação Imediata. 2018. Acessível na DGS.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M., Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 39(2), 229-233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Pais, A. (2019). Ganhos em saúde associados ao controlo da infeção hospitalar. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 21 – 24). Lidel.

- Pereira, A. G. (2019). Conceito de infeção hospitalar. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 15 - 19). Lidel.
- Pestana, C., Bettencourt, M. Santos, L. & Pimenta N. (2020). *Guia orientador do Estágio e Relatório*. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Pinho, J. A. (2020). O doente e a família na unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 311 - 320). Lidel.
- Pinho, J. A. (2020). Unidade de cuidados intensivos como locais de ensino-aprendizagem. In J. A. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 63 - 66). Lidel.
- PortalEnf. (2020). *TISS-28: Sistema de classificação em cuidados intensivos*.
<https://www.portalenf.com/2016/11/tiss-28-sistema-classificacao-cuidados-intensivos/>
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2016). *Cirurgia cardiorácica*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNEHR_Cirurgia-Cardioracica.pdf
- Regulamento n.º 122/2011. **Diário da República** II Série. 35 (18-02-2011) 8648 – 8653.
[Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série 123 (26/06/2015) 17240 – 17243.
[Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento n.º 658/2016. **Diário da República** II Série. 133 (13-07-2016) 21549 – 21553.
[Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.tretas.org/dre/2663233/regulamento-658-2016-de-13-de-julho>
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-16) 19359 – 19370.
[Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-19) 4744 – 4750.
[Consult. 11 mar 2022]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Rocha, E. (2020). Indicadores de qualidade em unidades de cuidados intensivos: Contributos para uma otimização Prática. In J. A. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 26 – 32). Lidel.

Rodrigues, L. R. (2019). Infecções Associadas aos cuidados de saúde: O estado da Arte. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 25-36). Lidel.

Rosinhas, A. S., Gomes, A. Ribeiro, D. P., Lourenço, I., Peixoto, N. M., Cid, S., Ramos, S. Fernandes, S. & Peixoto, T. (2020). Sistemas de informação em enfermagem e tomada de decisão clínica dos enfermeiros. In J. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 342-346). Lidel.

Santos, A. P. A., Camelo, S. H. H., Santos, F. C., Leal, L. A., Silva, B. R. (2016). O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Competências profissionais e estratégias de organização. *Revista de Enfermagem da USP*, 50(3), 474-481.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1019>

Serviço de Documentação ESESJC. (2020). ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ACADÉMICOS: síntese de orientações.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Isolamento de Doentes, Precauções Básicas e Precauções Adicionais de Controlo de Infeção Baseadas na Via de Transmissão. 2019. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Prevenção da Infecção no Local Cirúrgico (ILC). 2019. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Centro de Saúde de Machico. 2020. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Medicina Intensiva (UCIP). 2020. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Medicina Intensiva (SMI): Guia de acolhimento à família. 2020. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Cardiologia. 2021. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Cirurgia cardiorrespiratória. 2021. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). 2021. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Manual do grupo PPCIRA versão 2. 2021. Acessível no SESARAM.

Teixeira, A. C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Investigação e prática baseada na evidência. In J. A. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (p. 8). Lidel.

Teixeira, A. C. & Nogueira, A. & Alves, P. (2020). Empoderamento profissional em enfermagem. In J. A. Pinho (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 42-47). Lidel.

Xavier, F. & Carrilho, S. (2014). Cuidados pós-operatórios. In A. Duarte. & O. Martins (Coord.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 115 - 122). Lidel.