

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidar especializado à pessoa em situação crítica:
um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca**

Luís Filipe Jardim Gomes

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

Funchal, 2019

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidar especializado à pessoa em situação crítica:
um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca**

Luís Filipe Jardim Gomes

Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt

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

Funchal, 2019

As nurses, we can bring our healing to a world in need of understanding, tolerance and
compassionate care.

Clareen Wiencek

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela inovação e pela excelência do ensino.

Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça e ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho por terem acolhido a realização dos diferentes ensinamentos clínicos.

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Merícia Bettencourt pela orientação, pelos conselhos, pelo rigor, pela partilha de experiências e, acima de tudo, por acreditar nas minhas capacidades.

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Rita Silva pelo inestimável contributo para o meu desenvolvimento profissional e por fomentar a formação.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Carla Sampaio pelo profundo conhecimento da ciência de enfermagem e por me ter demonstrado que é possível fazer diferente.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Raquel Costa pela disponibilidade e amabilidade.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Élia Reis pelas oportunidades de aprendizagem criadas e pelo apoio.

Ao Exmo. Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Aleixo Pestana pela partilha dos seus conhecimentos.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Lúcia Catanho pelo exemplo profissional, pela ética, pelo rigor e, acima de tudo, pela confiança depositada em mim.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Tânia Costa pelo exemplo de perseverança.

Ao Exmo. Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Luís Jardim pelo apoio e incentivo incansáveis

Ao Exmo. Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Armando David pelas orientações e pela paciência.

Ao futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Hélder Bacalhau por me ter acompanhado neste processo de aprendizagem e pela sua generosidade.

Às futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica Joana Alves e Isilda Matos por terem partilhado comigo a aventura de viver em Vila Nova de Gaia.

Aos colegas do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Centro de Simulação Clínica da Madeira e da Luz Saúde Funchal com quem aprendo todos os dias.

Aos meus grandes amigos Natércia Petim e Magno Freitas pelo companheirismo e pela lealdade.

À minha família. Em particular à minha tia Elizabete, pelo incentivo.

Ao meu irmão pelo fantástico ser humano em que se tornou e pelo percurso profissional que desenvolveu como enfermeiro, longe dos amigos e família.

Aos meus pais pelo apoio incondicional.

RESUMO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, elaborou-se o Relatório de Estágio “Cuidar Especializado à Pessoa em Situação Crítica: um percurso até à especificidade da cirurgia cardíaca”.

Com o objetivo de demonstrar a capacidade de organização e planeamento de intervenções de enfermagem ao doente crítico e família, de análise e reflexão sobre as mesmas e das respetivas implicações éticas, bem como, de fundamentação científica e de comunicação das suas conclusões, o relatório evidencia o percurso realizado ao longo de três ensinamentos clínicos para a consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, particularmente na área dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Revela um especial interesse pela cirurgia cardíaca e sublinha a aquisição de competências para cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, para maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e para dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima.

Baseado numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentado pela mais recente evidência científica, o relatório organiza-se em três capítulos. Um primeiro que enquadra a realização do curso de mestrado num percurso profissional orientado para a aprendizagem contínua, seguido de um capítulo que emoldura conceptualmente a noção de competência e se debruça sobre o desenvolvimento das competências comuns e, por fim, um terceiro capítulo, que se apresenta na forma de narrativa, numa descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos de ensino clínico no desenvolvimento das competências específicas de enfermagem em pessoa em situação crítica.

Numa trajetória rumo à aquisição de conhecimentos, competências e atitudes condicentes com o 2º Ciclo (Mestrado), o relatório espelha a aplicação de conhecimentos científicos nos diferentes contextos de ensino clínico, do julgamento à tomada de decisão, passando pela comunicação e partilha dos mesmos, existindo uma evidente aposta no desenvolvimento das competências de autoaprendizagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Cuidados Especializados, Doente Crítico, Cirurgia Cardíaca

ABSTRACT

In scope of the 2nd Master's Degree Course in Medical Surgical Nursing at the São José de Cluny Nursing School, it was prepared the internship report "Specialized Care to the Person in a Critical Situation: a path until the specificity of cardiac surgery".

With the objectives of demonstrating the capability of organization and planning of nursing interventions to the critical patient and family, analysis and reflection on them and the corresponding ethical implications, as well as scientific explanation and communication of their conclusions, the report evidences the progress carried out along three clinical placements to consolidate the common and specific competencies of the specialist nurse in medical surgical nursing, particularly in the area of care of the critically ill person.

It reveals a special interest in cardiac surgery and underlines the acquirement of skills to care for the person experiencing complex processes of critical illness and/or organic failure, to maximize intervention in the prevention and infection control and to stimulate the response to catastrophes or multi-victim emergency.

Based on a descriptive, analytical and reflective methodology, supported by the latest scientific evidence, the report is organized into three chapters. A first one that bases the completion of the master's degree course in a professional path oriented to continuous learning, followed by a chapter that conceptually frames the concept of competence and focuses on the development of the common competencies and, finally, a third chapter, which presents itself in the narrative form, is a detailed description of the contribution of the different contexts of clinical placements in the development of the specific competencies of nursing for caring for the critically ill person.

In a path towards the acquisition of knowledge, competencies and attitudes congruent with the 2nd Cycle (Master's Degree), the report reflects the application of scientific knowledge in the different contexts of clinical placements, from judgment to decision making, through communication and share of the previously mentioned, presenting a clear commitment to the development of self-learning skills.

Key words: Nursing, Skills, Specialized Care, Critical Ill, Cardiac Surgery

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AI - Angina Instável

AORN - *Association of Operating Room Nurses*

APA - *American Psychological Association*

ATCN - *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

BO - Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CEC – Circulação Extracorporal

CHVNG/E - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

CRRNEU – Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CSCM - Centro de Simulação Clínica da Madeira

DGS – Direção Geral da Saúde

DVE - Dreno Ventricular Externo

ECG - Eletrocardiografia

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

EVLW - *Extravascular Lung Water*

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GPT - Grupo Português de Triagem

HDVVC - Hemodiálise Veno-Venosa Contínua

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSA - Hemorragia Subaracnoideia

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

KDIGO - *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*

KPC - *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*

LRA – Lesão Renal Aguda

MIDTC - *Madeira International Disaster Training Center*

MRMI - *Medical Response to Major Incidents*

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAM - Pressão Arterial Média

PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PDA - *Personal Digital Assistant*

PIC - Pressão Intracraniana

PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

PVC – Pressão Venosa Central

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCA - Síndromes Coronárias Agudas

SCACST - Síndromes Coronárias Agudas com supradesnivelamento do segmento ST

SCASST - SCA Síndromes Coronárias Agudas sem supradesnivelamento do segmento ST

SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM - Serviço de Saúde da RAM

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ - Oximetria de pulso

SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil

SU - Serviço de Urgência

TC - Tomografia Computadorizada

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UNAIBODE - União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório
com Diploma de Estado

VATS - *Video-Assisted Thoracoscopic Surgery*

VILI – *Ventilator Induced Lung Injury*

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Vias Verdes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	21
2. COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: DA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA À MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	23
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: OS CONTRIBUTOS DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	36
3.1. Cuidado à pessoa em situação crítica.....	36
3.1.1. Estágio I: desenvolvimento de competências no contexto de um SU.....	38
3.1.1.a. Estrutura, organização e funcionamento do SU.....	38
3.1.1.b. Protocolo de Triagem de Manchester	42
3.1.1.c. Vias verdes: Sistemas de Resposta Rápida.....	43
3.1.1.d. Via Verde Coronária.....	44
3.1.1.e. Cuidados de enfermagem especializados no contexto do SU.....	47
3.1.1.f. Transporte intra-hospitalar	54
3.1.1.g. Emergência pré-hospitalar	57
3.1.2. Estágio II: desenvolvimento de competências no contexto de um SMI	57
3.1.2.a. Serviço de Medicina Intensiva: um contexto altamente tecnológico.....	58
3.1.2.b. Estrutura, organização e funcionamento do SMI	59
3.1.2.c. Cuidados especializados no contexto do SMI	60
3.1.3. Estágio III: desenvolvimento de competências no contexto de uma UCICT	69
3.1.3.a. Estrutura, organização e funcionamento da UCICT	72
3.1.3.b. Cuidados especializados no contexto da UCICT	76
3.2. Prevenção e controlo da infeção	89
3.2.1. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico	92
3.3. Catástrofe ou emergência multivítima.....	95
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 2016-2018, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), realizou-se um relatório de estágio com o objetivo de demonstrar o contributo do ensino clínico em diferentes contextos no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mais concretamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Designou-se o relatório de “Cuidar especializado à pessoa em situação crítica: um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca”, sendo a docente orientadora a Professora Doutora Merícia Bettencourt.

Os contextos escolhidos para a realização dos diferentes estágios foram o Serviço de Urgência (SU) e o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) e a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica (UCICT) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E).

A elaboração do relatório evidencia o trabalho desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos I, II, e III, bem como, as competências adquiridas e aprimoradas na assistência de enfermagem à pessoa em estado crítico. Revela a reflexão sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais para a essência do cuidado, recorrendo à evidência científica.

Melnyk e Overholt (2011), fazendo referência a McGinty e Anderson (2008) e a Williams (2004), esclarecem que atualmente se reconhece a prática baseada na evidência como a chave para a prestação de cuidados de alta qualidade e a garantia dos melhores resultados para os clientes. Vários estudos indicam que uma prática baseada na evidência, ao contrário de cuidados baseados na tradição ou em práticas ultrapassadas, resulta em ganhos em saúde, em maior segurança e na redução de custos, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade. Thompson, Melia e Boyd (2004) já haviam destacado a importância da prática baseada na evidência, uma vez que para estes “a profissão de enfermagem, não se limita a cuidar, exige também que o enfermeiro empregue métodos que foram legitimados por estudos credíveis” (p. 45).

Patente ao processo formativo encontra-se a persecução das competências comuns do enfermeiro especialista, Regulamento n.º 122/2011, sendo os quatro domínios

a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Além disso, constituindo os enfermeiros especialistas elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica, o desenvolvimento de competências assenta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, Regulamento n.º 361/2015. São enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Como referido, os diferentes ensinamentos clínicos e a elaboração deste relatório concorrem para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que a Ordem dos Enfermeiros (OE) nomeia como sendo: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.

Segundo a OE, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), Regulamento n.º 124/2011, define-se que “a pessoa em situação crítica 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. 8656). Para Castellan, Sluga, Spina e Sanson (2016), os enfermeiros que cuidam de doentes críticos lidam especificamente com as respostas humanas a problemas ameaçadores da vida de modo a assegurar que os clientes e as suas famílias recebem cuidados ótimos numa altura das suas vidas em que se encontram particularmente frágeis. Os doentes críticos requerem avaliações contínuas e complexas, uma grande intensidade de intervenções e vigilância ininterrupta. Desta feita, segundo a *American Association of Critical-Care Nurses*, citada por Castellan et al. (2016), os enfermeiros que trabalham nestes contextos devem ter um vasto corpo de conhecimentos e perícia técnica, além de competências apuradas no raciocínio clínico e na tomada de decisão. Fica assim claro que, e segundo a OE no Regulamento n.º 124/2011,

os cuidados de enfermagem especializados 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 de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (...) (p. 8656).

A metodologia adotada para o desenvolvimento de competências nos contextos de estágio passou pelo processo de prestação de cuidados: avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas das pessoas em situação crítica e suas famílias, bem como, pela componente teórico-reflexiva.

O processo de aprendizagem apoiou-se fortemente na supervisão clínica de enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica e na orientação tutorial das docentes coordenadoras das respetivas unidades curriculares. Até porque, a supervisão clínica é, segundo Lyth (2000), citado por Moxham e Gagan (2015), o mecanismo de suporte para profissionais em exercício que permite a partilha de experiências clínicas, organizacionais, de desenvolvimento e emocionais com outro profissional, num ambiente confidencial e seguro, com o objetivo de aprimorar conhecimentos e competências. Para Lynch et al. (2008), citados pelos mesmos autores, a supervisão clínica foi desenvolvida como uma estratégia para enfrentar desafios, medos e oportunidades perante a profissão de enfermagem do século XXI. Macedo (2015), diz mesmo que

defendemos uma supervisão de suporte profissional (referimo-nos aos futuros enfermeiros e aos profissionais de Enfermagem), de crescimento e de partilha (consciente, convivido, participado), de proteção da pessoa que necessita de cuidados (por segurança da prática), que permita o desenvolvimento de conhecimentos (por recurso à reflexão), de habilidades técnicas e de aprendizagens coletivas (assentes em valores e princípios democráticos), originária do envolvimento e da responsabilidade, promovendo, assim, a autonomia profissional. (p. 11)

Ora, é exatamente um instrumento de reflexão que o relatório pretende ser, na medida em que “(...) pode clarificar os aspetos positivos e as dificuldades ou constrangimentos existentes. Identifica igualmente as falhas e as inconsistências verificadas, o que potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional” (OE, 2015, p. 92). Este trabalho permitirá descrever o percurso realizado ao longo dos três ensinos clínicos e avaliar a consecução dos objetivos e estratégias definidos para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, sublinhando-se os momentos marcantes do processo de aprendizagem. Pires (2002) já havia considerado a reflexão “(...) um vetor fundamental no processo de aprendizagem: é através de um trabalho de reflexão sobre o resultado das ações empreendidas pelo sujeito que este aprende,

tornando-se mais eficaz e competente” (p. 194). “A formação contínua, enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão ética, (...)” (OE, 2015, p. 93).

Além de que, inserido num curso de mestrado, o relatório concorre para a obtenção do grau de mestre, indo de encontro ao exposto no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, art.º 20, no que diz respeito à realização de “(...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados (...)” (p. 4164).

Com efeito, pretende-se que este trabalho retrate o desenvolvimento de conhecimentos, competências, atitudes e valores condicentes com o 2º Ciclo (Mestrado), particularmente, nas áreas do conhecimento e capacidade de compreensão, na aplicação de conhecimentos, na realização de julgamento/tomada de decisão, na comunicação e no desenvolvimento de competências de autoaprendizagem.

Metodologicamente, a elaboração do relatório assentou em três grandes pilares: o do pensamento crítico, o da experiência pessoal e profissional e o da pesquisa e da procura de evidência científica recente. Trata-se de uma narrativa do percurso desenvolvido ao longo dos estágios em contextos clínicos distintos, robustecida com a análise e reflexão das atividades realizadas. Organizado em três capítulos, na primeira parte aflorar-se-á aspetos relevantes do meu percurso profissional, rumo à aquisição de conhecimentos. Em seguida, enquadrar-se-á conceptualmente os conceitos de enfermagem, conhecimento, competência, qualidade e deontologia num capítulo que intitularei de “Competências comuns em enfermagem especializada: da prática profissional e ética à melhoria contínua da qualidade”. Seguir-se-á um terceiro capítulo que se espalhará pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, numa exposição clara e objetiva do contributo dos diferentes ensinamentos clínicos na aquisição das mesmas. Intitular-se-á de “Competências específicas de enfermagem em pessoa em situação crítica: os contributos dos contextos da prática”. Pontoando o relatório, estarão implícitas as competências do grau de Mestre.

Baseado em conhecimentos altamente especializados no âmbito da ciência de enfermagem, nomeadamente na área médico cirúrgica, o relatório revela capacidade de reflexão e uma consciência crítica apuradas. Revela a consolidação de aptidões especializadas no desenvolvimento de novos conhecimentos e procedimentos e na integração de conhecimentos resultantes dos ensinamentos clínicos em diferentes contextos da

prática de enfermagem. Expõe a capacidade de gerir e, por vezes, transformar os diferentes contextos de ensino clínico que exigiram uma capacidade de adaptação e abordagens estratégicas distintas.

No que concerne à estruturação do trabalho, o documento fornecido pela ESESJC intitulado de “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações” servirá de guia. As citações e referências bibliográficas cumprirão as Normas da *American Psychological Association (APA)*.

1. DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

A opção pelo mestrado em enfermagem médico cirúrgica e, mais concretamente, pelos cuidados especializados em enfermagem tendo como alvo a pessoa em situação crítica decorre do percurso profissional desenvolvido até ao momento. Tendo iniciado funções como enfermeiro de cuidados gerais num serviço de medicina interna, o interesse por situações críticas/emergentes foi crescendo com a integração numa unidade de cuidados especiais e com a integração na equipa de emergência interna do Hospital dos Marmeleiros. Passados quatro anos, e com a necessidade de desenvolver novos conhecimentos e competências bem patente, comecei a exercer funções como enfermeiro de bloco operatório na área da anestesiologia. Posteriormente, integrei-me numa área mais específica da anestesiologia, a anestesia em cirurgia cardiorácica. Paralelamente, incorporei a equipa do Centro de Simulação Clínica da Madeira (CSCM) que me tem permitido participar em formações das mais diversas áreas. O trabalho desenvolvido no CSCM caminha em diferentes vertentes. Primeiramente, como operador dos manequins de alta fidelidade utilizados nas simulações realizadas. E, seguidamente, na conceção de formações relevantes para a prática de enfermagem, não descorando que a investigação é uma das grandes apostas do grupo de enfermeiros que integra o CSCM.

Entretanto, realizei formações dirigidas para a reanimação cardiorrespiratória e na área da enfermagem em cuidados intensivos, bem como, o *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN). Surgiu, ainda, a oportunidade de realizar o curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) direcionado para a atuação em situações de catástrofe e, posteriormente, o curso para formador internacional de MRMI. Até ao momento, já participei em formações em todo o país, nomeadamente, Aveiro, Lisboa, Açores e Oliveira de Azeméis.

Numa outra instituição, tenho exercido funções de enfermeiro de cuidados gerais, tanto no serviço de internamento como numa unidade de cuidados intermédios e intensivos.

Uma vez que o percurso profissional desenvolvido, na incessante busca da excelência do cuidado, caminhou sempre muito próximo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem dirigidas à pessoa em situação crítica, a opção pela especialidade em enfermagem médico cirúrgica, particularmente direcionada para os

cuidados prestados ao doente crítico, surgiu naturalmente. Lembro aqui Benner (2001), para sublinhar o contributo da minha experiência profissional na consecução das competências de especialista, uma vez que a autora defende que “a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 61). Aliás, Pires (2002) reforça esta ideia dizendo que

a dinâmica do desenvolvimento das competências não pode ser apenas perspetivada a partir do contributo de um contexto específico, delimitado espacial ou temporalmente, pois ela ocorre no cruzamento e na inter-relação entre os diversos contextos de vida da pessoa, e ao longo de toda a sua vida. As competências desenvolvem-se de uma forma progressiva, contínua ou descontínua, ao longo do percurso de vida da pessoa. (p.267)

Abreu (2001) já havia explicado o desenvolvimento de competências como um processo decorrente do confronto com os outros e com diferentes contextos de trabalho:

(...) a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo. (p. 105)

Na verdade, o curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica surge como mais uma etapa na construção da minha identidade profissional. Não se trata de um momento estanque, é mais do que isso, trata-se de uma parte integrante de um processo transformativo de aquisição e consolidação de competências, que emerge da prática diária de enfermagem, que a confronta com a evidência e com a reflexão, e lhe devolve maior consistência e rigor. Como defende a OE (2015), “o aperfeiçoamento profissional, mais do que mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (próprio dos trabalhadores por conta de outrem), é o caminho da construção de competências” (p. 43).

A busca pela excelência do exercício do enfermeiro constitui um objetivo altamente complexo. Segundo a OE (2015), pode ser associado a uma ideia de nível superior de prestação de cuidados, considerado universalmente bom. “Entendemos assim a excelência como o humanamente desejável para todo o ato de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve” (p. 92).

2. COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: DA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA À MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 122/2011, define-se enfermeiro especialista como aquele que possui “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, (...)” (p. 8648).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro especialista, mais se acrescenta, pois, “também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (p. 8648). Daqui se depreende a responsabilidade que recai sobre os enfermeiros na sua prática diária e o trabalho que tem sido desenvolvido no sentido de consolidar a enfermagem como uma profissão alicerçada em evidência científica relevante, na permanente persecução de cuidados de qualidade ao indivíduo e às suas famílias. Aliás, segundo a OE (2015) a sociedade espera dos enfermeiros “(...) intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e dos cuidados de reparação, baseadas em fundamentos científicos sólidos e atuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes (...)” (p.31).

Para a OE (2015), o cuidado surge como o objetivo máximo do trabalho de enfermagem, tendo em vista o bem-estar e o bem viver a que todos têm direito, “(...) considerando na promoção do bem-viver uma vida digna que tem, como situação limite, uma morte digna. A ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo” (p.69).

Neves e Pacheco (2004) já haviam enfatizado que a profissão enfermagem transcende a componente prática, tendo emergido como uma disciplina do conhecimento há muito:

enquanto prática, a enfermagem encerra uma exigência de eficácia, isto é, de produção concreta de consequências positivas das ações que executa. Porém, dado o extraordinário desenvolvimento da enfermagem nas últimas décadas, ela não se confina mais a uma prática, mas protagoniza também exigências de ordem teórica, tanto num plano científico – porque as técnicas cada vez mais sofisticadas que competem ao enfermeiro requerem sólidos conhecimentos científicos de base -, como num plano ético – porque as implicações humanas das ações realizadas são cada vez mais invasoras da integridade e

da privacidade da pessoa, requerendo uma reflexão específica acerca da natureza e do sentido da ação. Na sua dimensão teórica, a enfermagem exprime uma exigência de objetividade do seu saber e de fundamentação do seu agir. (p. 139)

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, define que a profissão de enfermagem “(...), tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, (...)” (p. 2960). Paiva (2004), sublinhando a evolução do exercício profissional dos enfermeiros, salientava que “(...) os enfermeiros têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimento de Enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências” (p.51).

É, deste modo, clara a complexidade da profissão e a imperativa necessidade de possuir conhecimentos científicos e técnicos, bem como, competências da área de especialidade bem consolidadas, com o objetivo de atingir a prestação de cuidados altamente qualificada. Não é por acaso que, no Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, Artigo 100.º, relativo aos deveres deontológicos em geral, se encontra expressa a necessidade de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 8079) e de, reproduzindo o Artigo 97.º, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade (...) (p. 8078)”. Segundo a OE (2015), o exercício da profissão assente em conhecimentos adequados refere-se “(...) à necessidade de atualização, ao desenvolvimento de esforços de formação nas suas várias modalidades (...), de forma a que, possuidores das competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, os enfermeiros se encontrem em condições para prestar cuidados equitativos (...)” (p.31). Fica assim claro que “o dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” (p. 93).

Na senda dos cuidados de enfermagem baseados em conhecimentos sólidos e na perspetiva da melhoria da qualidade, Morais (2004) já havia defendido que “sendo incontestável que a enfermagem está em permanente evolução, urge a necessidade de se adotarem estratégias que permitam a renovação contínua dos diversos saberes, atualizando e desenvolvendo competências, rejeitando a rotina e a acomodação às

situações” (p. 23). Ora, Dias (2004) explicara este processo de atualização e desenvolvimento de competências como

um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho (p. 58)

Anos antes, Abreu (2001) tinha interligado precisamente esta ideia de transformação e de adequação dos saberes aos diferentes contextos da prática com o conceito de competência. Para este, formação é resultado de um processo complexo de aprendizagens “(...), que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito, designadamente aos níveis cognitivo, afetivo, motor, relacional e transformativo. A mobilização pelo indivíduo de todos estes saberes, necessários ao pensar, decidir e agir, sugere-nos a noção de competência (...)” (p.105).

Recentemente, a OE (2015) sublinha que este processo de construção de competências desagua no aperfeiçoamento profissional “(...) e entende-se que as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, (...)” (p. 43).

Leung, Trevena e Waters (2016), fazendo referência a um conjunto alargado de autores, nomeadamente Biggs (1994), Gonczi (1994), Hager e Gonczi (1996), Messick (1984) e Neufeld e Norman (1985), explicam que competência é a combinação de atributos complexos ligados ao conhecimento, às capacidades e às atitudes, com a capacidade de elaborar um julgamento profissional e de atuar de forma inteligente em situações específicas. Assim, a competência não poderá ser diretamente observada através do comportamento do indivíduo, mas inferida a partir do seu desempenho. Já Fleury (2001), fazendo referência a Le Boterf, explicara o conceito de competência como “um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (p.187). Corroborando estes conceitos, o Conselho da União Europeia (2017) define competência como “a capacidade comprovada de utilizar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em contextos profissionais ou de estudo e para efeitos de desenvolvimento profissional e/ou pessoal” (p. 20).

Tavares e Alarcão (2005), por seu lado, sublinharam que o profissional competente “é aquele que executa bem, que não falha, aquele que proporciona qualidade aos clientes com os quais interage. O desempenho competente é a face visível da competência” (p.375).

O conceito de competência parece-me, pois, indissociável da ideia de qualidade. Hesbeen (2001) defendeu, então, que uma prática de cuidados de qualidade, ou se se preferir, competente “(...) é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, (...)” (p. 52). Aliás, Gomes (2015) ressalva a imperativa obrigação dos enfermeiros garantirem a qualidade dos cuidados prestados, não obstante a permanente evolução da profissão. O autor refere que “a rápida evolução do conhecimento e das práticas em geral, (...) obrigam a Enfermagem a olhar o futuro centrada em soluções para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa e às comunidades” (p. 27). Como defende a OE (2015),

é necessário que a prestação de cuidados concreta seja boa, por ser zelosa e competente. Ou seja, não se trata da pura satisfação de um direito formal, mas da associação da competência técnica, científica e moral com vista a prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social. No global, o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais atuais. (p. 46).

Marques (2006) ao enquadrar o tema da deontologia nos dias de hoje, fazendo igualmente referência à evolução do conhecimento, reforça a imperativa necessidade de salvaguardar a vida e dignidade humana através de uma prática pautada por princípios. Para este, “a necessidade de se criarem mecanismos de controlo da ciência, tal o estado da arte a que chegou, sofrendo evoluções todos os dias, surgiu do reconhecimento cada vez maior, de que nem tudo o que é possível fazer-se deve ser feito” (p.17).

Não é por acaso que, visando a excelência do exercício profissional, a enfermagem se reja por um código deontológico. Veiga (2006) define-o como “um conjunto de regras de carácter ético, jurídico e administrativo constituindo um ideal de ação que visa a excelência técnica e moral.” (p. 42). O autor explana a temática da deontologia e correlaciona-a com a especificidade das funções da profissão:

o exercício de uma profissão implica sempre o desempenho de uma atividade socialmente valorizada, em que a comunidade deposita um conjunto de expectativas quanto à excelência do desempenho técnico e moral. Se, para algumas profissões, a conduta moral não obriga a um nível de exigência acima da *mores social*, para outras, o nível de exigência, que decorre da especificidade das suas funções, obriga à elaboração de normas formais que sirvam de guias no exercício profissional. A deontologia surge assim como um *dever ser profissional* estabelecendo um caminho que não opcional entre outros de menor exigência. (p. 41)

Fica assim claro que, segundo Veiga (2006), “é no âmbito da deontologia - palavra que deriva do grego *deon, déontos*, que significa regras, obrigação dever fazer, e de *logos*, que significa razão, palavra, estudo – que se determinam as normas que constituem um código deontológico” (p. 41). Para o autor, o código deontológico “(...) é, em si mesmo, uma expressão de autonomia profissional com um elevado valor simbólico. Estamos perante a assunção de responsabilidades que não são delegáveis e em que a vigilância do cumprimento é feita *inter pares*” (p. 46).

Deodato (2015) sublinha a importância da deontologia em enfermagem e o modo como esta enquadra o pensamento e a ação dos enfermeiros:

a deontologia de enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros. (pp. 9 – 10)

Gonçalves (2015) explica, ainda, que o conceito de deontologia se interliga aos conceitos de dever e obrigação, constituindo um conjunto de regras e princípios “(...) que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, cuja perfeição só pode ser atingida por uma livre vontade (pp. 11 – 12). Ou seja, segundo a OE (2015), “podemos defini-la como o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão” (p. 14).

Marques (2006) sumariza esta temática da deontologia, sublinhando, uma vez mais, a incontornável preocupação com a pessoa humana:

a Ciência de Enfermagem, disciplina do campo da saúde em plena fase de desenvolvimento e aquisição de maturidade, tem demonstrado ao longo da sua, ainda que recente, existência, uma preocupação constante por todos os aspetos que se relacionam com o respeito integral da pessoa humana, o que é bem patente não só nos estudos realizados, como também na produção legislativa referente à profissão, estando muitas vezes na vanguarda no que se refere à defesa da pessoa humana, perspectivada na sua globalidade. (p.17)

Para Thompson, Melia e Boyd (2004), ser enfermeiro extrapola a aquisição de conhecimentos ou capacidades, implica igualmente a assimilação de atitudes e valores da profissão, processo que influencia profundamente o pensamento, a personalidade e o estilo de vida do indivíduo. Ser enfermeiro exige, além dos conhecimentos teóricos e das capacidades práticas, um desenvolvimento moral na aplicação dos mesmos.

A OE (2015), reforçando a dimensão moral da enfermagem, resultado do mandato social da profissão, refere-se às virtudes institucionais, nomeadamente, o respeito, o serviço, a competência e a justiça:

a relação destas virtudes prende-se com o fato de cada pessoa se apresentar como um ser de direitos e de deveres, tendo um lugar que merece respeito. Cada um presta um serviço na sociedade, aos mais diversos níveis. Serviço este que tem de ser prestado de forma competente. E entende-se que pessoas verdadeiramente competentes agem a partir de processos de pensamento (e não apenas e estritamente a partir de regras aceites) e, por isso, podem superar o fato evidente de as respostas puramente habituais não serem, muitas vezes, tão estruturadas quanto a infinita variedade de circunstâncias com que lidamos e que estamos em condições de enfrentar. (p. 43)

Como se constata, a profissão de enfermagem é complexa e engloba os domínios técnico, científico, relacional, social e ético. Exige, desta feita, na persecução da excelência dos cuidados, que o enfermeiro articule um conjunto de competências alargado. Se extrapolarmos para o enfermeiro especialista, mais consolidadas estas competências têm de ser, além de outras tantas que têm de ser desenvolvidas.

O curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica contribui para o processo de desenvolvimento de competências em duas frentes, através da consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e éticos, sustentada nas aulas teóricas, e, depois, através do confronto com os diferentes contextos dos ensinamentos clínicos, nomeadamente, serviço de urgência e serviços de cuidados intensivos polivalente e de cirurgia cardiotorácica. Da díade conhecimento/prática emergem a necessidade de reflexão acerca da prática de enfermagem, a procura de evidência científica que corrobore os conhecimentos e apoie uma prática segura e todo um conjunto de situações novas que desafiam à tomada de decisão.

No que diz respeito à metodologia de desenvolvimento de competências através dos ensinamentos clínicos I, II e III, esta dá-se primeiramente com a preparação dos estágios pelo próprio estudante. É a este que cabe a responsabilidade, numa perspetiva de autoformação/autoaprendizagem, de elaborar o seu plano de atividades, em termos de horário, dos objetivos e das atividades que deseja desenvolver para a consecução das competências de enfermeiro especialista.

O processo de desenvolvimento de competências transversal a todo o ensino clínico baseou-se no processo de prestação de cuidados: avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas dos clientes e da componente teórica-reflexiva.

No que à componente teórico reflexiva diz respeito, foram sendo elaboradas ao longo dos diferentes estágios reflexões críticas, seguindo a estrutura do ciclo de GIBS.

Este relatório de estágio vem expor a consecução dos objetivos que concernem a capacidade de organização e planeamento das intervenções de enfermagem ao doente crítico e família, de fundamentação científica, análise e reflexão sobre as mesmas e respetivas implicações éticas, assim como, a comunicação de conclusões.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal conduzi os ensinamentos clínicos com rigor e disciplina, atendendo às normas da profissão e às práticas recomendadas, no permanente respeito pelos direitos do outro, com o objetivo último de responder às necessidades de saúde de cada cliente/família.

Na Lei n.º 156/2015, Artigo 97.º, está explícita a obrigação dos membros efetivos da Ordem cumprirem e zelarem pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão. Este quadro legal “(...) surge da necessidade de regular essa mesma profissão, faculta aos seus elementos uma orientação para o desempenho e harmonização de condutas e, simultaneamente, para proteção dos seus alvos” (OE, 2015, p. 32). Assim sendo, orientei o ensino clínico no sentido do cumprimento da moldura legal vigente.

Não me parece haver qualquer dúvida de que os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos, resultado do papel que assumiram perante a sociedade, nomeadamente, na defesa da dignidade e liberdade da pessoa. Assim, e segundo a OE (2015), há uma relação da responsabilidade “(...) com a intencionalidade na prestação de cuidados e o modo como cada profissional tem em conta a dignidade da pessoa e, por outro lado, o papel do enfermeiro como defensor ou advogado do doente (...)” (p. 44). À semelhança da minha prática profissional, pautei o meu desempenho ao longo dos ensinamentos clínicos por um padrão de conduta condicente com a dignidade que a profissão exige, até porque

para confiar num profissional, um cliente precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para o ajudar (e isto implica os saberes e as competências) e que essa pessoa agirá no sentido dos seus melhores interesses (e isto envolve o compromisso profissional que pode ser sintetizado em promover a qualidade de vida daqueles a quem se prestam cuidados) (OE, 2015, p. 100).

No decorrer dos ensinamentos clínicos procurei demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, pautado pelas melhores práticas e preferências dos clientes.

Os processos de tomada de decisão nem sempre foram fáceis. Resultaram da análise e confluência de diferentes aspetos, tais como, os diferentes níveis de complexidade das situações, as perspetivas do cliente e família, os meus conhecimentos e experiência, as perspetivas das equipas de enfermagem e multiprofissional e, até

mesmo, os diferentes contextos de ensino clínico. As decisões foram sendo guiadas pelo Código Deontológico e permitiram-me intervir junto da pessoa em situação crítica, certo de que as suas necessidades foram salvaguardadas. Não é por acaso que, segundo a Lei 156/2015, Artigo 100.º, se encontra explícito o dever de o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

É, aliás, dentro desta perspetiva de responsabilidade e muito consciente da repercussão das minhas intervenções que procurei sempre ser um promotor de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, sem qualquer dúvida de que “a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (OE, 2015, p. 39).

Tendo como principais referenciais a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, cuidei dos clientes com respeito pela dignidade humana e pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. Prestei cuidados apropriados ao estado de saúde de cada indivíduo, salvaguardando o respeito pelos seus direitos, nomeadamente, no acesso à informação, à privacidade e confidencialidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Em resumo, orientei o meu cuidado pelo princípio da igualdade.

O contexto do SU revelou-se particularmente desafiante no que diz à garantia da privacidade e da confidencialidade, o que exigiu da minha parte a adoção e a promoção de medidas suplementares que garantissem a reserva de informação sobre os doentes e a sua inacessibilidade física, pelo menos aquando da prestação direta de cuidados. Esta dificuldade é resultado da configuração do SU e do número elevado de doentes que ali ocorrem. A utilização de biombos e uma particular atenção com o tom de voz constituíram medidas preventivas simples que minimizaram o acesso a informações dos clientes e garantiram o respeito pela intimidade.

Inevitavelmente, as questões que tenho vindo a levantar enquadram-se numa filosofia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, um desafio importante para qualquer enfermeiro. Neste âmbito, os padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica norteiam e servem de referencial para a prática especializada, constituindo, na verdade, um instrumento definidor do papel do enfermeiro especialista.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, procurei ter uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica, quer fosse na sala zero do SU, no serviço de hemodinâmica ou numa das unidades de cuidados intensivos por onde passei. Atribuí particular atenção aos aspetos relacionados com a comunicação com a pessoa e a família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica. Promovi o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, por exemplo, através da preparação do regresso a casa dos clientes submetidos a cirurgia cardiotorácica. Prescrevi e implementei, com rigor técnico e científico, intervenções de enfermagem especializadas de acordo com as necessidades dos clientes, tendo feito uma adequada gestão de protocolos terapêuticos complexos e até mesmo a implementação apropriada de medidas de suporte avançado de vida. Tomando por base os conhecimentos desenvolvidos na área da anestesiologia, realizei a gestão diferenciada da dor e procurei sensibilizar os colegas da UCICT para a importância da implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos. Baseei-me na mais recente evidência científica para fundamentar as minhas intervenções, reví guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica e contribuí para a formação dos enfermeiros da UCIP com a apresentação teórica de um tema de interesse na área do doente neuro crítico. Participei, também, das estratégias de prevenção e controlo de infeção dos serviços onde se realizaram os ensinamentos clínicos.

Esta preocupação manifestada com a qualidade dos cuidados prestados reveste-se de grande importância, constituindo um tema de interesse nacional e claramente enquadrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. No Despacho n.º 5613/2015, a qualidade e a segurança surgem como uma obrigação ética “(...) porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (p. 13551). No documento atrás referido, define-se qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13551).

A questão da melhoria da qualidade reporta-nos, quase que obrigatoriamente, para o tema da segurança, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. O Plano Nacional para a Segurança do Doentes 2015-2020, plasmado no Despacho n.º

1400-A/2015, tem definidos diferentes objetivos estratégicos, que a meu ver se intersectam com a prática diária dos enfermeiros. São estes: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Sendo a segurança um assunto que se reveste de particular importância para os enfermeiros, não é de estranhar que a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro surja como uma das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Embora existisse bem patente uma cultura de segurança em todos os contextos de ensino clínico, o SU foi aquele que me pareceu configurar um maior desafio, principalmente pelo número avultado de clientes ali atendidos.

A comunicação, garante da continuidade de cuidados e do tratamento adequado, foi um aspeto muito trabalhado ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos. Na UCIP e na UCICT, aquando das mudanças de turno, havia implementados procedimentos normalizados para a passagem de turno. As informações relativas ao estado de saúde dos clientes eram transmitidas de forma precisa e detalhada.

A segurança cirúrgica é um tema pelo qual nutro particular interesse, ou não trabalhasse eu no bloco operatório. No ensino clínico opcional tive a oportunidade de conhecer o bloco operatório de cirurgia cardiotorácica do CHVNG/E. Constatei, então, que se cumpriam com os padrões de qualidade clínica. Relembro que a DGS disponibiliza a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de *Apgar* Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para Cirurgia Segura.

A preocupação com a segurança na utilização da medicação é transversal aos três contextos de ensino clínico. No caso particular da UCICT existia um procedimento referente à prática segura na conservação, preparação e administração de medicação, elaborado com os objetivos de prevenir o risco de erro associado à conservação, preparação e administração de medicação e de prevenir o risco de infeção associado à preparação e administração de medicação. Constatei que havia sido implementadas estratégias para assegurar o uso seguro dos medicamentos de alto risco e dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, denominados

de *Look-alike* e *Sound-alike* ou LASA. Existia, inclusivamente, um cartaz informativo relativamente a esta temática.

No que diz respeito à identificação inequívoca de doentes, a UCIP já havia implementado um procedimento formal, tendo sido elaborada uma intervenção de enfermagem que contempla esta confirmação, transversal aos planos de cuidados de todos os doentes admitidos nesta unidade.

Relativamente à prevenção de ocorrência de quedas e de úlceras de pressão, todos os contextos de ensino clínico aplicavam escalas de avaliação e haviam implementado estratégias para prevenção destas problemáticas. Alinhado com esta filosofia preventiva, procurei identificar os fatores de risco associados a cada uma das situações, apliquei as respetivas escalas e implementei medidas concretas. A título de exemplo, no âmbito da prevenção de quedas, elevava as grades das camas/macacões, baixava as camas até ao nível mais próximo do chão e efetuava uma monitorização mais apertada dos clientes com alteração do estado de consciência. No que diz respeito à prevenção das úlceras de pressão, atendi ao regime dietético dos clientes, monitorizei as zonas de pressão, assegurei a mobilização e os posicionamentos adequados e privilegiei os cuidados à pele, desde a higiene à hidratação.

Ainda no âmbito da temática da segurança devo referir que, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, “a notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro” (p. 3882). Neste sentido, consultei o procedimento da UCICT relativo à notificação de incidentes e eventos adversos, elaborado com os objetivos de estabelecer o circuito de notificação de eventos adversos no âmbito clínico e não clínico, estabelecer uma política de gestão de notificações e envolver os profissionais na notificação e gestão dos eventos do seu local de trabalho.

Ponce (2015) resume cuidados de qualidade como “(...) seguros, eficazes (*evidence-based*), eficientes, no tempo certo e equitativos (igualdade no acesso, baseado na necessidade” (p. 542). Para o autor, os indicadores de qualidade constituem instrumentos de rastreio que permitem a identificação de aspetos da área assistencial a serem melhorados com o objetivo último de se obter os resultados esperados. Assim, os indicadores “podem avaliar a qualidade da estrutura organizacional, dos procedimentos (processo) para atingir os resultados desejados e por fim dos resultados (*outcomes*) obtidos” (p. 542).

Do meu ponto de vista, as questões da melhoria da qualidade e dos aspetos relacionados com a segurança dos cuidados habitam no domínio da gestão dos cuidados. E não será por acaso que se exige do enfermeiro especialista uma gestão de cuidados que otimize as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, que garanta a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, que adeque os recursos às necessidades de cuidados e que identifique o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados. O ensino clínico opcional foi aquele que melhor me permitiu trabalhar e refletir sobre aspetos relacionados com a gestão dos cuidados. Acompanhado por uma enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica, habituada a substituir a enfermeira chefe na sua ausência, fui sendo orientado para pontos-chave da gestão das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, bem como, para a intervenção do enfermeiro especialista junto da equipa multiprofissional. A título de exemplo, acompanhávamos a passagem de turno da equipa médica com o intuito de nos inteirmos do plano terapêutico de cada doente, o que contribuía para uma gestão do serviço eficaz e permitia, nomeadamente, uma melhor gestão de vagas e recursos humanos. Neste contexto de estágio, tornou-se muito claro o papel do enfermeiro especialista na assessoria dos outros enfermeiros, na tomada de decisão dentro da equipa multiprofissional, na orientação e supervisão das tarefas delegadas.

O trabalho dos assistentes operacionais era acompanhado de perto. Na UCICT era papel do enfermeiro especialista, por exemplo, a auditoria à limpeza da unidade realizada pelos assistentes operacionais, numa perspetiva de garantia da segurança e qualidade. Muitos dos guias orientadores da unidade haviam sido elaborados pela enfermeira especialista. Neste contexto, discutiu-se, também, estratégias para motivar a equipa e considerações a ter na elaboração dos horários e planos de trabalho, o que implica o conhecimento da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. Considero que o ensino clínico opcional constituiu uma oportunidade única para compreender a organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados, a utilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade e a aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

A verdade é que o contributo dos diferentes ensinamentos clínicos no desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi notável. O contato com outros contextos da prática de enfermagem e com outros profissionais permitiu, simultaneamente, a descoberta de outras estratégias ou abordagens na prestação de cuidados, nomeadamente do doente crítico, e a construção de um percurso de autoconhecimento e autoformação, particularmente,

através do reconhecimento dos meus recursos e dos meus limites pessoais e profissionais, numa constante consciencialização da influência pessoal na relação profissional. De facto, o contato com diferentes realidades exigiu da minha parte uma grande capacidade de gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, em que o estudante, força motora da própria formação e do desenvolvimento de conhecimentos e competências, assentei os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. Ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstrei ter uma base de conhecimentos sólida e transpô-la para uma prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: OS CONTRIBUTOS DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

Neste terceiro capítulo, numa narrativa do percurso desenvolvido ao longo de três ensinamentos clínicos, explanam-se as atividades realizadas no sentido da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica.

Pela especificidade dos cuidados de enfermagem prestados em cada um dos contextos de aprendizagem, a competência referente ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é abordada de forma particular no serviço de urgência, na unidade de cuidados intensivos polivalente e na unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica.

As outras duas competências específicas, a da prevenção e controlo da infeção e a da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, surgem em subcapítulos próprios. O primeiro abordando a transversalidade da problemática da infeção. O segundo expondo o contributo do percurso profissional desenvolvido e das aprendizagens realizadas no âmbito da catástrofe.

3.1. Cuidado à pessoa em situação crítica

Sendo o cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica uma das competências específicas do enfermeiro especialista face à pessoa em situação crítica, determinei um conjunto de objetivos com o intuito de responder aos clientes e às suas famílias em tempo útil e de forma holística, recorrendo à mobilização de conhecimentos diferenciados e a habilidades múltiplas. Até porque, segundo a OE (2015), é-lhes garantido o direito de “(...) atingirem o maior nível possível de saúde e bem-estar, no mais curto espaço de tempo e através dos processos e metodologias mais recentes, eficientes e eficazes, com o menor sofrimento e a melhor qualidade de vida” (p. 32).

Devo salientar que, e segundo o Regulamento n.º 124/2011, (...) se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas (...) (p. 8656). Corroborando esta ideia, os autores Lakanmaa, Suominen, Perttila, Puukka e

Leino-Kilpi (2012) explicam, mais tarde, que os cuidados ao doente crítico são baseados na monitorização contínua e na manutenção das funções vitais. Sendo os cuidados de enfermagem, neste contexto, de uma natureza altamente específica.

Lakanmaa et al. (2012), fazendo referência a Robnett (2006), explicam que os enfermeiros contribuem para melhorar os *outcomes* do cliente, reduzir a morbilidade e a mortalidade, reduzir complicações e erros, bem como, os custos em geral.

Não existindo margem para dúvida de que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, a questão da competência emerge aqui com grande relevância. Lakanmaa et al. (2012), citando a *American Association of Critical-Care Nurses* (2003), sublinham que o doente crítico requiere vigilância e cuidados complexos prestados por uma equipa de profissionais de saúde grandemente habilitados, incluindo enfermeiros, que, conseqüentemente, se apoiam em conhecimento especializado, capacidades e experiência.

Citando Dunn et al. (2000), Lakanmaa et al. (2012) enquadram as principais competências no cuidado ao doente crítico em seis domínios: prática profissional, prática reflexiva, capacitação, resolução de problemas, trabalho em equipa e liderança. Já no estudo de Lindberg (2006), os enfermeiros compreendiam competência de diferentes formas: capacidade de cooperar, a capacidade de perceber de forma correta a situação, a consciência das suas capacidades e limitações, a capacidade de agir e a capacidade de colocar em segundo plano a tecnologia, dando primazia aos cuidados.

No âmbito da competência específica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a OE estabeleceu como unidades de competência a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, a assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade e gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

3.1.1. Estágio I: desenvolvimento de competências no contexto de um SU

O estágio I: urgência, realizado no mês de julho no SU do HNM e em agosto com a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), veio dar resposta aos seguintes objetivos: participar nos cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência e/ou catástrofe; demonstrar de conhecimentos aprofundados no atendimento ao cliente, vítima de trauma e paragem cardiorrespiratória, adequar conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, em contexto de urgência e atuação perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem de urgência.

3.1.1.a. Estrutura, organização e funcionamento do SU

O estágio I: urgência decorreu no SU do HNM, situado no andar técnico do edifício. É dirigido por uma médica cirurgiã e por um enfermeiro chefe especialista em enfermagem médico cirúrgica. Naturalmente, trata-se de um serviço que funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. Encontra-se dividido nas áreas médica, cirúrgica e ortopédica, situadas no piso técnico. Conta, ainda, com a urgência de ginecologia-obstetrícia, localizada no 4º piso.

O serviço de urgência do HNM é um serviço de urgência polivalente. A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), criada pelo Despacho nº 13377/2011, de 23 de Setembro, no relatório elaborado em 2012 e denominado de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, explica que um serviço com estas características constitui o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e que deve responder a necessidades de procura, resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referência existentes.

No que à estrutura física e recursos materiais diz respeito, a CRRNEU (2012) explica que os SU devem contemplar área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais, devendo o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório ser fácil.

Indo de encontro ao preconizado, o SU do HMN possui gabinete de triagem, área de acolhimento, quatro gabinetes para observação médica (3 do foro médico e 1 do

foro cirúrgico), área de ortopedia também com gabinete médico, sala de tratamento, sala aberta, sala de recuperação, sala de pequena cirurgia, sala de observação, unidade de cuidados especiais, isolamento e sala 0. Contíguos encontram-se os serviços de imagiologia e o serviço de medicina intensiva. O bloco operatório situa-se no piso superior.

O SU conta ainda com um conjunto de áreas de apoio, nomeadamente, área administrativa, zonas de espera e de informação, gabinetes médicos e de enfermagem, arrecadações, sanitários, zona de sujos, copa, rouparia, vestiários e um posto policial.

À entrada no SU, os clientes, ou quem os acompanha, apresentam a respetiva identificação nos serviços administrativos permitindo que o seu processo clínico fique disponível no sistema informático e acessível aos profissionais de saúde.

Segue-se uma avaliação de enfermagem e através do Sistema de Triagem de Manchester é determinada a prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Os clientes são então conduzidos para avaliação médica de acordo com a especialidade adequada ao problema.

Posteriormente, os clientes poderão ser encaminhados para a sala de tratamento, onde são realizadas colheitas de sangue, administração de terapêutica ou outras intervenções que se considerem importantes. A sala aberta permite que os clientes aguardem pelos resultados dos exames complementares de diagnóstico, por nova avaliação médica, por avaliação médica de uma especialidade que não se encontre em presença física ou até mesmo por vaga no serviço de internamento. Os doentes que aqui permanecem não requerem vigilância apertada.

Consoante a gravidade da patologia, as necessidades de monitorização e de intervenção dos diferentes profissionais, os clientes poderão ser orientados para a sala de recuperação que conta com a presença de dois enfermeiros; para a sala de cirurgia que apresenta um enfermeiro destacado; para a sala de observação, onde estão presentes dois enfermeiros e se procede a monitorização contínua e à realização de protocolos terapêuticos complexos; para o isolamento no caso das doenças infectocontagiosas ou dos doentes imuno comprometidos; para os cuidados especiais no caso dos doentes com necessidade de monitorização contínua, de suporte ventilatório e da gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Na sala 0 são admitidos clientes que requerem cuidados urgentes/emergentes. Trata-se de uma sala equipada com meios de diagnóstico, monitorização e suporte ventilatório. Daqui os doentes poderão ser transferidos para outros serviços,

nomeadamente, serviço de medicina intensiva, bloco operatório, unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Também, poderão permanecer no SU nas salas de observação ou de cuidados especiais.

Ao SU do HNM acorrem centenas de pessoas por dia: 300, 400, 500 clientes em 24 horas. Sendo a percentagem de situações não urgentes significativa. Segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (2017), foram atendidas no SU, em 2016, 132,5 mil pessoas: 83.9% por motivo de doença e 14.2% por lesões provocadas por acidente.

Desta feita, impõe-se, antes demais, o esclarecimento de conceitos de urgência, emergência e situação crítica, que a CRRRNEU (2012) define da seguinte forma:

relativamente à atividade assistencial, entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão. (p. 8)

E na verdade, durante o ensino clínico foi-se tornando evidente que muitos dos utilizadores do SU do HNM apresentavam problemas não urgentes e que teriam uma resposta adequada no centro de saúde da área de residência, por exemplo.

Aliás, o padrão comportamental destes utilizadores é referido no relatório da CRRNEU (2012) em que se pode ler que “(...) as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU. No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil.” (p. 8)

Ora, a situação descrita vem contribuir para um problema muito comum nos SU portugueses e ao qual o SU do HNM não foge: excesso de clientes. Naturalmente, esta problemática esbarra nos tempos de atendimento, na qualidade dos cuidados prestados e na segurança.

É comum as macas com doentes começarem a aglomerar-se nos corredores. É comum enfermeiros e assistentes operacionais, quais policia de transito, empurrarem macas de um lado para outro, procurando numa ginástica, muitas vezes mais mental do que física, gerir o espaço que falta e as macas que sobram. É comum as macas tocarem-se, andarem juntas, aproximando clientes distantes na intimidade.

Na verdade, o equilíbrio entre a afluência de clientes e a capacidade de acomodação oferecida pela infraestrutura do SU parece desajustado. Ao longo do ensino clínico as questões da segurança, da dignidade e da privacidade foram surgindo

insistentemente. Deveria a triagem ser realizada em simultâneo a dois clientes? Onde conversar com os clientes em privado? Como prestar de cuidados de higiene sem que outros observem? Deveriam as macas ficar no corredor? Como minimizar o risco de infeção cruzada, quando as macas se amontoam? Perante estes problemas, que na verdade já se infiltraram na rotina diária, alguns enfermeiros enfrentam a eterna luta de minimizar os riscos, de maximizar o conforto e a segurança. Mas deveria a prestação de cuidados ser uma luta?

Neste contexto, a CRRNEU (2012) explica que

deverá haver a preocupação de facilitar o acompanhamento do doente por familiar, respeitar escrupulosamente os conceitos de privacidade e conforto e permitir comunicação e informação personalizada e humanizada. Para além disso, devem garantir-se condições de visualização e fácil acesso ao doente. As áreas de circulação, nomeadamente corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas (p.15)

Indo de encontro a esta temática, a Carta dos Direitos do Doente Internado, publicada pela Direção-Geral da Saúde (2004), explicita que “sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença” (pp. 2-3). E mais acrescenta:

as instalações e equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica. A fragilidade devida à situação clínica determina, para o doente internado, necessidades específicas não só de diagnóstico e tratamento, mas também de instalações e equipamentos. (p.3)

Salvaguarda, ainda, que “não é admissível, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento” (p.3), que “a privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas” (p.3) e que “todos os incómodos devem ser reduzidos ao mínimo, nomeadamente, nas horas de repouso ou de sono. A intensidade da luz deverá ser tida em consideração” (p.3)

No que à privacidade diz respeito fica também claro que

o respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós-operatórios, radiografias, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento. Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer. (p.11)

Por vezes, senti que o número de doentes era superior ao adequado e que era difícil ir de encontro aos predicados atrás referidos. Contudo, constatei que os enfermeiros especialistas, reforçados nos seus conhecimentos, estão despertos para estas problemáticas e procuram encontrar soluções. Embora a estrutura física constitua uma

barreira à prestação de cuidados ótimos, parece-me que os enfermeiros, fortalecidos pelas suas competências, vão encontrando soluções adequadas para os problemas.

3.1.1.b. Protocolo de Triagem de Manchester

Como foi referido, os clientes que recorrem ao SU são avaliados à entrada por um enfermeiro para que, com base na informação recolhida, lhe seja atribuída uma prioridade clínica. A CRRNEU (2012) sublinha a importância da adoção de um método de triagem:

a capacidade de identificar os doentes que mais rapidamente necessitam de cuidados é especialmente necessária numa realidade caracterizada por uma casuística elevada que impossibilita o atendimento simultâneo de todos os casos. Assim, é relevante a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU. Realizada a classificação de risco, é obrigatório o encaminhamento do doente no serviço de acordo com norma previamente definida e padronizada, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, para melhor garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo útil. (p.21)

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) foi implementado originalmente em 1994 na cidade com o mesmo nome. Segundo Freitas (2012), surgiu da necessidade “(...) em dar acesso a cuidados de saúde nos serviços de urgência pela identificação da prioridade clínica, fruto do colapso dos cuidados de saúde primários em Inglaterra e do aumento desregulado da procura aos SU hospitalares” (p.1).

Fica claro que este método de triagem fornece ao enfermeiro não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Freitas (2012) explica este processo de atribuição de prioridades:

(...) profissionais devidamente treinados, após identificarem o motivo de vinda à urgência, escolhem o fluxograma mais adequado de cinquenta disponíveis. De seguida, através de questões muito objetivas, da medição de parâmetros fisiológicos (por exemplo SaO₂, glicémia) ou de utilização de escalas (por exemplo, escala de coma de Glasgow), atribuem uma prioridade clínica de cinco possíveis a que corresponde um tempo alvo para a observação médica e uma cor. (p.1)

No sítio da *internet* do Grupo Português de Triagem (GPT, 2015) constata-se que foi criada, então, uma lista de cinquenta fluxogramas baseados nas queixas de apresentação que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência. Dois fluxogramas foram desenvolvidos especificamente para lidar com uma situação de catástrofe.

Segundo o GPT (2015), inicialmente o enfermeiro seleciona o fluxograma mais específico possível em relação à queixa apresentada. Posteriormente, percorre os

discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar.

O GPT (2015) explica que “o fluxograma estrutura este processo, mostrando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade - a avaliação é feita a partir da prioridade clínica mais elevada. Os discriminadores são deliberadamente colocados na forma de perguntas para facilitar o processo.”

O GPT (2015) defende que o profissional de triagem deverá ter experiência suficiente de cuidados de urgência e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias, um perfil que se coaduna com as competências de um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica.

Importa dizer que o Despacho n.º 1057/2015 reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU, determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica.

Do meu ponto de vista, a triagem realizada por um enfermeiro acrescenta valor a esta intervenção, na medida em que o cliente e/ou família tem um contato imediato com um profissional que avalia e identifica prontamente potenciais focos de instabilidade e gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, num contexto que acarreta maior ansiedade. Observar a forma como os enfermeiros realizavam a triagem, recorrendo aos seus conhecimentos técnicos e científicos e à sua experiência profissional, avaliando as necessidades do cliente para lá do protocolo de triagem, foi uma experiência verdadeiramente enriquecedora.

3.1.1.c. Vias verdes: Sistemas de Resposta Rápida

O SU do HNM tem implementadas quatro Vias Verdes (VV), designação encontrada para fazer referência a sistemas de resposta rápida, e que são: VV Sépsis, em vigor desde 2009; VV Coronária, em vigor desde 2010; VV AVC, em vigor desde 2010; VV Trauma, em vigor desde 2011.

A CRRNEU (2012) explica que as VV “(...) são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, (...)” (p.22).

Conforme plasmado no documento orientador sobre as vias verdes do enfarte agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral de 2007, referido na norma 015/2017 da DGS, define-se VV como uma resposta, “uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (p.17)

Assim, ainda segundo a norma supracitada, percebe-se que as vias verdes envolvam a população e os profissionais de saúde, promovam o reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras atitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo, a definição das diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos, de sistemas de informação e indicadores de avaliação e monitorização, e a integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter-hospitalares.

Compreende-se que a implementação destes sistemas de resposta rápida decorra da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades. No relatório da CRRNEU (2012), lê-se que as VV se baseiam “(...) num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis.” (p.22)

Em suma, as VV permitem fundamentalmente reduzir a morbi-mortalidade. E, como se depreende, uma vez ativada a VV, o cliente adquire prioridade emergente.

3.1.1.d. Via Verde Coronária

O ensino clínico no serviço de urgência proporcionou-me diversas oportunidades de presenciar a ativação das vias verdes do trauma e Acidente Vascular Cerebral (AVC), no entanto, demonstrei particular interesse na VV coronária, uma vez que se enquadra nos objetivos do meu projeto de autoformação. Assim, acompanhei dois clientes desde a ativação da VV coronária até à realização da intervenção coronária percutânea (ICP). No contexto do serviço de hemodinâmica o enfermeiro desempenha um papel particularmente importante na identificação pronta de focos de instabilidade, na execução de cuidados técnicos de alta complexidade, no diagnóstico precoce de complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, na resposta implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações, entre

tantas outras. Considero que o enfermeiro deve apresentar uma intervenção particularmente atenta ao risco de infeção; ao risco de hemorragia; ao compromisso do sistema cardiovascular; ao risco de reação alérgica; à perfusão dos tecidos, nomeadamente, o cardíaco; à dor; à comunicação; entre outros.

Numa análise do estado da saúde em 2016, que se pode encontrar no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017, lê-se que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010.

Ferreira (2013) informa que os enfartes atingem mais os homens a partir dos cinquenta anos, mas que não poupam as mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos e a seguir à menopausa. Como fatores de risco encontram-se identificados o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade, em particular quando a gordura se acumula no abdómen. Os níveis elevados de colesterol, acima de 190 miligramas por decilitro de sangue, e os triglicéridos além dos 150, bem como, a diabetes e a hipertensão são apontados como inimigos do coração. Por fim, o stresse e a ansiedade são indicados como fatores que contribuem para um risco aumentado.

De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases*, citado pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017,

os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, sendo que a ingestão excessiva de sal surge como o comportamento alimentar inadequado que mais contribui para a perda de anos de vida saudável. (p.15)

O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017 considera que os fatores de educação para a saúde, como o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio, assumem particular relevância. Uma intervenção que, do meu ponto de vista, se enquadra perfeitamente no âmbito da profissão de enfermagem.

O documento que vem sendo referido, estabelece como metas até 2020 a redução da mortalidade prematura <70 anos por doença cerebrovascular, a redução da mortalidade prematura <70 anos por doença isquémica cardíaca, a redução da mortalidade intra-hospitalar por enfarte agudo do miocárdio, o incremento do número de angioplastias, o incremento do número de casos submetidos a terapêutica fibrinolítica e a redução do consumo de sal. Como objetivos a implementar definiu os seguintes: monitorizar

indicadores de saúde na área das doenças cérebro-cardiovasculares, melhorar o controlo ao nível dos cuidados de saúde primários da hipertensão, promover a investigação científica na área das doenças cérebro-cardiovasculares, promover a sensibilização dos cuidados de saúde primários para os sinais e sintomas de alerta do enfarte agudo do miocárdio, adequar o nível de resposta do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), promover a eficácia dos centros de ICP, revisão da cobertura nacional para a terapêutica endovascular e aumentar o conhecimento sobre a disponibilidade e consumos de sal da população portuguesa, seus determinantes e consequências.

Uma das causas que mais contribuem para o recurso ao serviço de urgência é a dor torácica de causa não traumática, um sintoma que constitui um grande desafio diagnóstico. Sousa, Matos e Ramos (2012) apontam a grande variedade de etiologias e as diferentes formas de apresentação da dor torácica, bem como o elevado risco subjacente, como fatores que imprimem a necessidade de um diagnóstico célere e preciso. Para estes autores “aspectos como a perceção subjetiva da dor e algumas vezes a desproporção entre a apresentação clínica e a gravidade do caso aumentam a dificuldade de diagnóstico” (p.23). Como grande objetivo, importa determinar se a causa da dor é uma patologia potencialmente fatal e implementar medidas terapêuticas imediatas. Entre as diferentes patologias possíveis, os autores destacam as síndromes coronárias agudas, o tromboembolismo pulmonar, a disseção da aorta, o derrame pericárdico, o pneumotórax sob tensão e a mediastinite.

Sousa, Matos e Ramos (2012) sublinham que os diagnósticos referidos “(...) implicam um diagnóstico precoce, dada a elevada morbilidade e mortalidade que acarretam; as síndromes coronárias agudas são o diagnóstico mais frequente neste grupo, contribuindo para cerca de 25 a 30% dos casos de dor torácica na urgência” (p.23).

As Síndromes Coronárias Agudas (SCA), segundo Cacela, Bernardes e Ramos (2012), “(...) envolvem um espectro de três entidades distintas: com supradesnivelamento do segmento ST (SCACST), sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST) e angina instável (AI), que se diferencia das duas primeiras pela não positividade das enzimas de necrose miocárdica (por exemplo, troponina)” (p.30).

Os autores esclarecem o conceito de “Tempo é músculo”, reforçando a necessidade de uma intervenção imediata:

a SCACST é a forma mais grave das entidades de isquemia miocárdica e aquela em que o fator tempo é mais crucial. “Tempo é músculo” é um axioma conhecido por todos os cardiologistas e transmite a urgência em restabelecer a perfusão coronária com a maior celeridade, diminuindo ao máximo o número de células miocárdicas mortas. Existe uma relação não linear entre o tempo decorrido até a reperfusão e a mortalidade. Inicialmente pretendiam-se tempos porta-agulha <60 minutos (trombólise) ou porta-balão <90 minutos

(angioplastia), mas estes foram, entretanto, substituídos pelo conceito de quanto mais precoce a reperfusão melhor e que esses intervalos devem representar, no mundo atual, o lapso máximo de tempo que deve decorrer antes da reperfusão, farmacológica ou mecânica. (p.30)

Reeder, Awtry e Mahler (2018) alertam para, ainda na fase de avaliação inicial, proceder aos seguintes passos para todos os doentes que apresentem risco significativo de SCA: avaliação da via aérea, respiração e circulação; história preliminar; eletrocardiograma de doze derivações; equipamento para ressuscitação junto ao doente; monitorização; oxigenação suplementar, se necessário; obtenção de acesso venoso e colheita de sangue; administração de aspirina e de nitratos, se não houver contra indicação.

Atendendo a todos estes aspetos, compreende-se que estes clientes tenham uma abordagem diferenciada no contexto do SU, resultado da implementação da VV coronária. Assim sendo, a avaliação inicial de um cliente com dor torácica deverá considerar o tipo de dor; a probabilidade de doença coronária, atendendo à idade, fatores de risco, enfarte, intervenção coronária percutânea ou cirurgia de revascularização miocárdica prévios; e eletrocardiogramas seriados, bem como, monitorização eletrocardiográfica contínua.

Sousa, Matos e Ramos (2012) alertam, neste sentido, para uma avaliação imediata no serviço de urgência e que contemple a caracterização da dor (desencadeante; fatores de alívio e agravamento; localização; irradiação; avaliação temporal – início, duração, recorrência, permanência; sintomas associados). Salientam, também, as formas atípicas comuns na mulher, no idoso e no diabético, e orientam para a pesquisa de fatores de risco cardiovasculares, tais como, a hipertensão, a diabetes *mellitus*, a obesidade, a dislipidemia, o tabagismo, os anticoncepcionais orais/menopausa e a história familiar. Deve indagar-se, ainda, sobre antecedentes de trauma, procedimentos médicos invasivos, infeção, viagem de avião, imobilização prolongada ou o uso de drogas.

3.1.1.e. Cuidados de enfermagem especializados no contexto do SU

Embora tenha desenvolvido o meu estágio em diferentes áreas do serviço de urgência, foi na sala de observação e na sala de emergência que pude trabalhar os objetivos delineados e, conseqüentemente, prestar cuidados à pessoa em situação emergente e antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica.

Prestei cuidados de enfermagem de uma forma refletida e metódica, alicerçados no processo de tomada de decisão, habitualmente denominado de processo de

enfermagem. Tendo, conseqüentemente, identificado problemas de saúde, recolhido e apreciado dados sobre cada situação com que me deparei, formulado diagnósticos de enfermagem, elaborado e realizado planos para a prestação de cuidados de enfermagem, executado corretamente e adequadamente os cuidados necessários e avaliado os mesmos, reformulando as intervenções quando indicado.

Após recolher as informações pertinentes da passagem de turno, dedicava algum tempo a analisar o processo clínico de cada doente com o objetivo de contextualizar a sua situação clínica. Percorria as notas de enfermagem e médicas; avaliava a tabela terapêutica e correlacionava com os problemas apresentados; analisava exames complementares de diagnóstico, tais como, dados analíticos, radiografias, ressonâncias ou tomografias. Procurava atender a exames por realizar ou a possíveis altas/transferências com o intuito de gerir os cuidados de enfermagem.

Provido da informação necessária abordava, então, os clientes. Fazia questão de apresentar-me, de explicar-lhes quem era e de que forma podia ser-lhes útil. Enquanto conversávamos, procedia a uma avaliação do seu estado físico, perguntava por sinais e sintomas, sobre necessidades particulares que tivessem. Procurava saber do seu estado anímico, se se encontravam confortáveis. Avaliava a dor.

Recordo uma senhora inglesa diagnosticada com aneurisma cerebral. Foi transferida para a sala de observação pela gravidade da sua situação clínica e pela conseqüente necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, nomeadamente monitorização contínua. Deparei-me com uma senhora, acompanhada pelo marido, ambos desamparados pela surpresa do diagnóstico. Foram realizados os exames pré-operatórios, executei a colheita de sangue, coloquei-lhe as meias elásticas, cumpri a lista de verificação pré-operatória, mantive a monitorização dos sinais vitais, entre outras intervenções. Mas penso que a intervenção a destacar foi o estabelecimento de uma relação de ajuda com este casal. Relembro que a cliente é inglesa e encontrava-se num contexto desconhecido, perante uma situação de doença inesperada. Confrontada com a explicação do médico acerca do procedimento cirúrgico, era clara a expressão de confusão na face da senhora. Permiti-me participar na conversa. Adaptei a comunicação à complexidade do seu estado de saúde. Expliquei o plano terapêutico proposto e em que consistia a cirurgia. Abordei a possibilidade de transferência para a unidade de cuidados intensivos. Tranquilei-a. Assegurei que estava em boas mãos e garanti que a acompanhava até ao bloco operatório, local onde trabalho. Procurei, assim, gerir a ansiedade e o medo vividos pela cliente. Apoiei o marido. Aconselhei-o a ir comer ou a

descansar dada a morosidade do procedimento cirúrgico. Esta abordagem reflete a minha crença de que a enfermagem se centra nas relações interpessoais e de que os cuidados devem ser prestados no contexto de uma relação de ajuda. Parece-me claro o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica.

No contexto do SU, as famílias, perante a situação de doença, muitas vezes súbita, ficam particularmente frágeis. É por isso que, do meu ponto de vista, os cuidados de enfermagem devem centrar-se, não só no indivíduo, mas também nos seus familiares. É fundamental incluir as perspetivas dos clientes e das suas famílias no planeamento, prestação de cuidados e na avaliação dos mesmos, tendo em vista a qualidade, a segurança e a satisfação.

Importa compreender que a abordagem de um indivíduo só pode ser consistente atendendo integralmente ao próprio e às suas circunstâncias. A OE (2015) clarifica muito bem o conceito de “pessoa situada” e as dimensões que

(...) dizem respeito à família (as raízes: tradições, cultura, casa, ambiente, desde o património genético até aos processos de educação e aculturação, no meio em que se cresceu); ao espaço e ao tempo, ou seja, ao universo concreto em que se inicia e desenrola a existência; à dimensão social; à relação com o sagrado e ao grau de autoconsciência adquirido. E como cada um de nós só existe situado, a circunstância ou a situação é algo que penetra, caracteriza e condiciona profundamente a pessoa humana. (p. 39)

Ao longo do ensino clínico, intervim junto das famílias, tendo-as assistido nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica do familiar em causa. Quando oportuno, preparava-as para o ambiente do SU, nomeadamente, em relação aos equipamentos e as suas finalidades; assegurei a dignidade e o respeito; assegurei a partilha de informação, participação e colaboração das mesmas. Procurava ajudar as famílias a identificar a sua rede de suporte e promovia sentimentos de esperança e confiança na capacidade de lidar com a situação.

Importa abrir um parêntese para reforçar a importância inestimável do respeito pela dignidade humana, um valor que, segundo a OE (2015) pode ser abordado através de duas dimensões

(...) a negativa (que a pessoa não venha a ser objeto de ofensas ou humilhações; portanto, a afirmação da integridade humana, tanto física como espiritual, surge ligada à individualidade) e a positiva (presume o pleno desenvolvimento de cada pessoa, supondo a autodisponibilidade para a autonomia) (p.38).

Um outro caso que me marcou, curiosamente do foro cirúrgico, foi o de uma senhora que nos foi trazida com urgência, logo no início do turno da manhã. Provinha da sala de cirurgia, onde havia pernoitado. Tinha recorrido aos serviços de saúde por queixas abdominais e, por decisão médica, ficara em observação durante a noite. Chegou-nos

pálida, claramente desconfortável. Monitorizámos os sinais vitais de imediato. Verificou-se hipotensão marcada e aumento da frequência cardíaca. Não nos demoramos em puncioná-la. Colocámo-la na posição de *trendelenburg* e iniciámos administração rápida de fluidos. Algaliámo-la. Mantivemos monitorização contínua e, assim que se obteve uma maior estabilidade hemodinâmica, realizámos o transporte intra-hospitalar até ao bloco operatório, onde foi intervencionada de urgência. Este é um exemplo claro de uma pessoa em situação crítica com necessidade de uma resposta de enfermagem diferenciada e em tempo útil. Foi uma situação que me permitiu identificar os focos de instabilidade, responder de forma pronta a esses focos, executar cuidados técnicos de maior complexidade, diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos e implementar respostas de enfermagem apropriadas às mesmas, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados.

Naturalmente, a transferência de um doente para outro serviço exige uma comunicação eficaz de modo a garantir a sua segurança. Nos dois casos relatados, em que as clientes foram transferidas para o bloco operatório, conhecendo os aspetos tidos como prioritários neste contexto, foi-me fácil gerir a comunicação com os colegas. Fui objetivo e sucinto, tendo relatado os pontos fundamentais e sem prolongar uma situação que necessitava de intervenção rápida.

Na norma 001/2017 da DGS define-se transmissão de informação como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (p. 4) e explica-se que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde consiste na “transmissão de informação (...) que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p. 4).

Esta temática é de suma importância e é algo que, a meu ver, não pode ser negligenciado pelos profissionais de saúde, uma vez que se trata da segurança dos clientes. Aliás, na norma 001/2017 da DGS, lê-se que “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (p. 5). No mesmo documento explica-se que os erros de comunicação “são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem

devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.” (p. 5).

Encontram-se como falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados, as omissões de informação, os erros nas informações, a falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Esta problemática é tão relevante que, no plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, se definiu como objetivo estratégico aumentar a segurança da comunicação. No Despacho n.º 1400-A/2015, fica clara a importância da comunicação na gestão dos riscos:

sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

A Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda mesmo que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada com recurso à técnica ISBAR, que se define, na norma 001/2017, como uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (p. 4). A mnemónica ISBAR é uma auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que “I” corresponde à identificação, “S” à situação atual, “B” aos antecedentes, “A” à avaliação e “R” às recomendações.

E se há local em que a qualidade da transição dos cuidados de saúde é posta à prova é a sala de emergência, tanto pelo número avultado de profissionais que ali se aglomera como pela necessidade de atuação imediata. Apesar da premência de cada caso, é imperioso criar-se um espaço e um tempo para a transmissão de informação.

Tive oportunidade de prestar cuidados no contexto da sala 0, essencialmente em situações de acidentes vasculares cerebrais ou trauma.

Como já referi, e de acordo com a Ordem dos Médicos (OM) (2009), “o trauma mantém-se como uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, com maior incidência na população mais jovem” (p. 9) De salientar que o HNM dispõe de todos os recursos técnicos e humanos, 24 horas por dia (em presença, prevenção ou rapidamente disponíveis), para tratar toda e qualquer lesão

traumática. A sala de emergência, em particular, é uma área fulcral do SU. É um local onde, como preconiza a OM (2009), se concentra um número complexo de capacidades para avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico e onde uma equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções. Constitui, pois, o contexto ideal para que o enfermeiro desenvolva competências específicas no cuidado à pessoa em situação crítica. Afinal, a sala de emergência deve estar preparada e equipada para receber e estabilizar (sempre que possível) o doente crítico, antes da sua referenciação definitiva. É uma área de intervenção aberta 24 horas por dia, sempre preparada para receber e tratar qualquer doente grave ou em risco de vida.

Segundo a OM (2009), “a avaliação e o tratamento iniciais dos doentes politraumatizados exigem uma equipa pluridisciplinar, em que o tempo e a qualidade de atuação são fundamentais para a sobrevivência do doente” (p. 57). Nas Normas de Boa Prática em Trauma da OM (2009), são sublinhadas competências do pessoal de saúde que intervém neste tipo de situações clínicas: rigor e conhecimento científico, fundamento essencial para a identificação e o controlo das alterações fisiopatológicas nos traumatizados; diligência, definida como a ação, vigilância e astúcia permanentes; trabalho em equipa face à complexidade das lesões múltiplas; risco e tomada de decisão perante a incerteza do diagnóstico, da evolução e da resposta de cada doente; experiência, fundamento essencial para a análise e para a precisão do gesto.

No documento atrás referido, é feita referência à figura do enfermeiro coordenador que seria um enfermeiro adstrito ao serviço de urgência ou à unidade de cuidados intensivos, com formação pós-graduada em suporte imediato ou avançado de vida e em trauma, tendo como responsabilidades: integrar a equipa de trauma, gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma, preencher o registo de trauma, acompanhar o líder de trauma na avaliação da evolução clínica diária dos doentes, colaborar na implementação de planos de avaliação da qualidade e coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada de trauma dos enfermeiros. Uma vez mais, esta descrição parece encaixar-se no leque de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica.

Constata-se que no SU do HNM, a verificação da sala de emergência está a cargo do responsável de turno, que muitas vezes não é especialista em enfermagem médico cirúrgica. Talvez esta fosse uma prática a repensar.

Foi no contexto da sala 0 que tive maior contato com clientes vítimas de trauma. Com a ativação da via verde, os profissionais deslocavam-se até a sala de emergência. Era, então, realizada a transmissão de informação pela equipa do pré-hospitalar. Posteriormente, procedia-se à avaliação primária e estabilização inicial da vítima. O atendimento inicial do cliente obedece à sequência ABCDE, implementada pelo *American College of Surgeons*. Aliás, a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO da DGS informa que “o trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando, passo a passo, as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, na metodologia “problema encontrado = problema resolvido” (p. 7).

Procedia-se à monitorização da vítima, à colocação de cateteres venosos periféricos de grande calibre, à colheita de amostra de sangue, à transferência para o plano duro do serviço.

Entretanto, progredia-se na avaliação do doente para uma avaliação secundária, da cabeça aos pés, incluindo áreas facilmente esquecidas como o escalpe, o crânio, o pescoço, o dorso e o períneo. Concomitantemente, procedia-se à administração de analgesia, à avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída e aos registos de enfermagem.

Com o plano de atuação definido, executávamos o transporte intra-hospitalar da vítima até à imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico: radiografias de tórax, da coluna e da bacia e tomografia computadorizada cervical e cerebral.

A circular normativa n.º 07/DQS/DQCO da DGS, alerta para os riscos da execução de exames complementares de diagnóstico fora da sala de emergência devido à mobilização e deslocação para locais nem sempre preparados para receber doentes críticos.

A realização dos exames exige um planeamento adequado e implica a concretização de transporte intra-hospitalar com o mesmo grau de monitorização da sala de emergência e de acordo com as normas de transporte de doentes da OM e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Deverá existir uma correta articulação entre os diferentes intervenientes, tais como, o médico radiologista ou o ortopedista, de modo a evitar repetições de exames e transportes múltiplos.

Embora na sala 0 não tenha presenciado qualquer situação de paragem cardiorrespiratória, um dos doentes que acompanhei até ao serviço de hemodinâmica, após a ativação da VV coronária, apresentou durante o procedimento um episódio de Fibrilação Ventricular. Tratava-se de um senhor de 73 anos. Apresentava como fator de

risco o tabagismo. No SU havia sido diagnosticado com enfarte agudo do miocárdio com indicação para angioplastia. Acompanhei-o até ao serviço de hemodinâmica. Transferi-o para a mesa de procedimentos. Colaborei na monitorização. Entretanto, após a passagem do fio guia o cliente apresenta episódio de paragem cardiorrespiratória. Dado o número reduzido de profissionais que constitui a equipa da hemodinâmica, participei ativamente no suporte avançado de vida, assisti à entubação endotraqueal e à ventilação mecânica. Infelizmente, embora se tenha atuado de imediato e de acordo com as *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, o senhor faleceu.

A situação atrás descrita permitiu-me gerir a administração de um protocolo terapêutico complexo, mais precisamente, implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados. Constituiu uma oportunidade de aprendizagem que me permitiu participar nos cuidados de enfermagem numa situação de emergência, demonstrar conhecimentos no atendimento à vítima de paragem cardiorrespiratória, adequar os conhecimentos na resolução de problemas e atuar perante situações imprevistas e complexas no âmbito da enfermagem de urgência.

3.1.1.f. Transporte intra-hospitalar

O transporte intra-hospitalar de doentes no contexto do serviço de urgência é muito comum, seja para realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica ou para transferi-los para outro serviço. De qualquer forma, segundo a OM e a SPCI (2008), “é fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente.” (p.9) Indo de encontro a esta ideia, para Warren, Fromm, Orr, Rotelllo e Horst (2004), a decisão de realizar o transporte de um doente crítico, seja a nível intra ou inter-hospitalar, é baseada na avaliação dos potenciais benefícios do transporte contra os potenciais riscos. Estes autores publicaram *guidelines* para o transporte intra e inter-hospitalar de doentes críticos, com base numa revisão de janeiro de 1986 a outubro de 2001. Afirmam, contudo, que a experiência e a opinião consensual foram a base para muitas dessas *guidelines*. No seu artigo, defendem que cada hospital deverá ter um plano formal para o transporte intra e inter-hospitalar que contemple: comunicação e coordenação prévias ao transporte, profissionais qualificados para realizar o transporte, equipamento necessário para o transporte, monitorização durante o transporte e registos.

Defendem, também, que o plano de transporte seja desenvolvido por uma equipa multidisciplinar e que seja avaliado e atualizado regularmente com base num processo de melhoria contínua. Concluem que o transporte de doentes críticos acarreta riscos inerentes e que as *guidelines* promovem medidas que garantem a segurança do doente.

Bérubé et al. (2013) procuraram, no seu estudo, determinar o impacto de um programa preventivo na ocorrência de incidentes durante o transporte de doentes críticos. Realizaram-no numa unidade de cuidados intensivos de 24 camas que admite doentes adultos da área cirúrgica e médica, bem como, na área do trauma e concluíram que a aplicação de um programa preventivo por todos os profissionais envolvidos no transporte de doentes críticos está associada à redução de incidentes. Resultam deste estudo as seguintes implicações para a prática: demonstrou-se a efetividade de um programa interdisciplinar e preventivo na salvaguarda do transporte seguro de doentes críticos; confirmou-se que a aplicação de *guidelines* no transporte de doentes críticos é benéfica; propôs-se um programa não assente em equipas especializadas em transporte mas sim em guias orientadores, o que é mais fácil de implementar num contexto de constrangimentos económicos e de falta de profissionais; identificaram-se estratégias preventivas específicas que reduzem os incidentes relacionados com o transporte de doentes críticos e apontou-se para a melhoria do trabalho em equipa no contexto do transporte do doente crítico.

Ora, segundo a OM e a SPCI (2008), o transporte de doentes críticos envolve três fases: decisão, planeamento e efetivação. A primeira fase comporta um processo de decisão de transportar um doente crítico, cuja última decisão é médica. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o cliente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao cliente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, híper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente. Assim, a dualidade risco/benefício deverá ser ponderada, onde o benefício estimado tem de ser superior ao risco.

O planeamento surge quando a decisão para o transporte já foi tomada. Assim, a equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, vai assegurar a coordenação, comunicação, estabilização, equipamento, transporte e documentação.

O planeamento, segundo a OM & SPCI (2008), deverá decorrer tendo em atenção as seguintes etapas: definir qual o serviço de destino e estabelecer contacto de forma a avaliar a distância a percorrer e o tempo estimado do trajeto; proceder à escolha do meio de transporte e da equipa de transporte, que deverá ser criteriosamente escolhida, tendo em atenção as características do cliente a transportar e de acordo com a organização da unidade referente; atender aos objetivos fisiológicos a preservar durante o transporte; seleccionar os meios de monitorização, equipamento e terapêutica adequados à situação clínica do cliente; prevenir complicações possíveis.

É importante realçar que o nível de cuidados prestados durante o transporte não pode ser descurado. Deverá incidir nos mesmos princípios e ter a mesma qualidade dos prestados no serviço de origem.

A efetivação, terceira fase do transporte do doente crítico, fica a cargo da equipa de transporte. Assim, segundo OM & SPCI (2008), esta equipa, assume a responsabilidade técnica e legal do transporte, que só termina quando o doente é entregue ao médico do serviço destinatário ou no regresso ao serviço de origem, quando caso disso.

Durante o ensino clínico acompanhei clientes até à imagiologia, à unidade de cuidados intensivos, ao bloco operatório, à hemodinâmica, à unidade de AVC e à unidade de cuidados intensivos coronários. A execução destes transportes intra-hospitalares foi pautada por uma conduta preventiva, antecipatória. Procurou-se adotar e promover a adoção das medidas apropriadas, atendendo às competências especializadas. Ponderou-se os riscos inerentes ao cliente e ao processo de transporte; quando necessário, comunicou-se à unidade destinatária a realização do transporte e o tempo previsto para tal; recorreu-se aos meios de monitorização, medicamentos e outros equipamentos necessários para garantir a segurança do cliente. A OM e a SPCI (2008) enumeram mesmo o equipamento que deve acompanhar o cliente e sublinham que “os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamentos, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares.” (p.14) A verdade é que, atendendo à situação do cliente e à distância a percorrer, nem sempre nos fazíamos acompanhar da mala. Certamente, uma situação a ponderar.

O enfermeiro desempenha um papel chave no transporte de doentes, sendo um garante da segurança. Aliás, a OM e a SPCI (2008) afirmam que “idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos” (p.14) Este facto parece-me

apontar, uma vez mais, para as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

3.1.1.g. Emergência pré-hospitalar

Um contexto onde as situações imprevistas se sucedem é o do pré-hospitalar. Considerei que seria pertinente, no quadro de construção de competências de enfermeiro especialista, complementar o estágio I: urgência com a passagem pelo Serviço de Emergência Médica Regional, mais concretamente, com a realização de três turnos na EMIR. Coordenada por um cirurgião cardiotorácico com colaboração de um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, a equipa da EMIR é constituída por médicos de diferentes especialidades e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, saúde infantil e pediátrica, reabilitação e saúde materna e obstétrica.

A EMIR tem como missão assegurar a prestação de cuidados em situações de emergência médica pré-hospitalar, com disponibilidade permanente, e coordenar e promover a formação a todos os agentes indispensáveis às ações de emergência médica pré-hospitalar.

A realização de turnos na EMIR revelou-se pertinente. Consegui compreender o papel do enfermeiro especialista neste âmbito, identificar a metodologia de trabalho adotada e os equipamentos utilizados no contexto pré-hospitalar. Foram-me apresentadas as viaturas e explicada a organização de cada carro, nomeadamente, da sua composição e organização. Acompanhei a intervenção da equipa em diferentes situações. Sendo de destacar o apoio diferenciado que dão às equipas dos centros de saúde, particularmente, na avaliação, estabilização e transporte de doentes para o SU do HNM. Acompanhei, ainda, o transporte de um doente que havia sido evacuado da ilha do Porto Santo devido a um atropelamento, desde o aeroporto até ao SU. Este conjunto de experiências permitiu-me cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica num contexto particularmente desafiante.

3.1.2. Estágio II: desenvolvimento de competências no contexto de um SMI

O estágio II: cuidados intensivos, realizado nos meses de maio e junho no SMI do HNM, permitiu atingir os seguintes objetivos: demonstrar conhecimento aprofundado no cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos; avaliar e adequar metodologias de análise de situações complexas de clientes com falência multiorgânica,

segundo uma perspetiva académica avançada; gerir os cuidados aos clientes com falência multiorgânica; assistir as pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde; desenvolver procedimentos de controlo da infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Considera-se o serviço de medicina intensiva como um contexto da prática privilegiado para a aquisição de competências no cuidado à pessoa em situação crítica porque, e segundo a DGS (2003), é o local qualificado para “assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p. 6), destinando-se “(...) à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (ACSS, 2013, p. 2)

3.1.2.a. Serviço de Medicina Intensiva: um contexto altamente tecnológico

O contexto do serviço de medicina intensiva é imediatamente associado a inúmeros aparelhos e equipamentos. E na verdade, estes constituem ferramentas incontornáveis para a avaliação e intervenção na pessoa em situação crítica. Pelo facto de trabalhar no bloco operatório, reconheço os benefícios da utilização da tecnologia integrada nos cuidados de enfermagem, pois contribui, quando devidamente utilizada, para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. De qualquer forma, parece-me importante salvaguardar que não deve ser dada primazia aos equipamentos em detrimento de cuidados centrados na pessoa.

Para Tunlind, Granstrom e Engstrom (2014) a gestão de equipamentos técnicos, como ventiladores, bombas infusoras, monitores e máquina de diálise, tornam a prestação de cuidados, no contexto do serviço de medicina intensiva, mais complexa. A tecnologia define-se por um conjunto de máquinas e equipamentos interligados ao conhecimento e à sua correta gestão, com o objetivo de maximizar a eficiência. A tecnologia extrapola o equipamento propriamente dito e implica, também, o conhecimento necessário para utilizá-lo e a capacidade de aplicá-lo em cuidados de enfermagem.

Tunlind et al. (2014) explicam que os cuidados de enfermagem num ambiente altamente tecnológico devem ser vistos como multifacetados. E se é verdade que os cuidados diferenciados prestados, neste contexto, não funcionariam sem equipamentos de alta tecnologia, também é verdade que não se concretizariam sem profissionais capacitados.

Segundo a DGS (2003), “o equipamento tem de ser adequado à missão que lhes é confiada, o que exige a preparação adequada para rentabilizar, racionalizar e priorizar os vultuosos gastos determinados pelo tratamento dos doentes graves” (p. 7).

3.1.2.b. Estrutura, organização e funcionamento do SMI

O serviço de medicina intensiva do HNM assume-se como o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos. Trata-se de uma unidade fechada, autónoma e de nível III. Esta classificação, segundo a DGS (2003), corresponde a unidades que tenham

(...) preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com urgência polivalente. (p. 8)

Ponce (2015), mais recentemente, descreveu as unidades classificadas no nível III como aquelas que recebem “(...) doentes com falência múltipla de órgãos com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória, ou substituição da função renal” (p. 536).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HNM, cujo diretor de serviço é um médico intensivista e o enfermeiro chefe é um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, tem uma lotação de 11 camas. O SMI divide-se entre o andar técnico e o 1º Piso Poente. A área do andar técnico suporta três sectores: o sector de apoio, que comporta os gabinetes médico e de enfermagem, a copa, a arrecadação de materiais e equipamentos, os vestiários e a sala de pausa; o sector de internamento com sete camas em sala aberta e uma cama de isolamento; o sector de sujos e despejos. No 1º piso poente encontra-se a extensão da unidade de internamento com três camas. A descrição do serviço não surge neste relatório por acaso, representa, na verdade, um fator relevante tanto para doentes como para profissionais. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013),

“(…) a qualidade do ambiente, das instalações e dos equipamentos de uma unidade de cuidados intensivos podem tornar-se um fator relevante para a cura e bem-estar do doente, quer de forma direta, quer de forma indireta, pela melhoria da eficácia e bem-estar do pessoal que os assiste” (p. 1)

A equipa de enfermagem é formada por cinquenta e quatro enfermeiros, sendo dezasseis especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, cinco em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é a de enfermeiro responsável, no rácio de um enfermeiro para dois clientes. Ponce (2015) explica que o rácio “(…) deve ser gerido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas apropriadas para o efeito” (p. 540). O autor alerta para o aumento de complicações e da incidência de infeções cruzadas quando se extrapola o número de clientes por enfermeiro.

O SMI garante a assistência aos clientes admitidos na sala zero e, quando solicitado, aos clientes internados na sala de cuidados especiais do SU. É, também, responsável pela emergência intra-hospitalar, garantindo os cuidados urgentes e emergentes a todos os adultos internados no HNM.

O SMI está em articulação estreita com o SU, com o Bloco Operatório (BO) e com as unidades de cuidados intermédios do hospital.

Neste contexto, são quadros sindrómicos prevalentes a sépsis e o choque séptico, o choque circulatório de diferentes etiologias, a paragem cardiorrespiratória, a insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada; o politrauma; os grandes queimados, o traumatismo craneoencefálico e vertebro medular, as doenças cerebrovasculares hemorrágica e isquémica, os estados pós-operatórios, entre outros.

3.1.2.c. Cuidados especializados no contexto do SMI

No contexto do ensino clínico II: cuidados intensivos, direcionei o processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica especialmente para os clientes do foro cirúrgico. Atendendo aos objetivos do meu projeto de autoformação e ao contexto em que exerço a prática profissional, pareceu-me lógico aprofundar conhecimentos nesta área específica do doente crítico.

Há um conjunto de ferramentas que permitem definir a admissão do doente cirúrgico numa unidade de cuidados intensivos, atendendo ao risco aumentado de complicações ou morte. Consideram-se os fatores de risco pré-operatórios, pelo impacto

que têm na morbidade e mortalidade no período pós-operatório, os procedimentos cirúrgicos de alto risco com risco de morte associado superior a 5% e os eventos intraoperatórios relevantes, como as alterações hemodinâmicas (Bento, 2015).

A admissão do cliente no SMI exige, antes de tudo, que a unidade se encontre devidamente preparada, limpa e com o equipamento necessário para assegurar a prestação de cuidados a um doente crítico. Além disso, a equipa de enfermagem tem de estar disponível para proceder à avaliação do cliente e a um conjunto alargado de intervenções que vão da monitorização à atuação em situações imprevistas e de emergência.

Segundo Kornusky e Balderrama (2017), a admissão de um cliente na unidade de cuidados intensivos (UCI) visa a sua estabilização clínica e a obtenção de *outcomes* positivos através de cuidados de enfermagem ativos, da monitorização contínua, da deteção precoce e do tratamento atempado de complicações e de outras alterações no *status* pós-cirúrgico do doente admitido neste contexto. Aliás, esta descrição casa-se perfeitamente com o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nomeadamente, na identificação de focos de instabilidade e na resposta pronta e antecipatória perante estes. A admissão do cliente na unidade implica, na maior parte das vezes, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e a administração imediata de protocolos terapêuticos complexos.

A passagem de turno na UCIP reveste-se de particular importância e segue uma metodologia pouco habitual em outros serviços. Divide-se em dois momentos. Num primeiro momento, as informações acerca do doente são transmitidas enfermeiro a enfermeiro, junto do doente, permitindo ao colega que recebe o turno confrontar as informações que obtém com aquilo que observa. Num segundo momento, o turno é passado a toda a equipa, para que qualquer elemento possa intervir junto dos clientes na ausência do enfermeiro responsável ou em situações de agravamento.

Após receber o turno, complementava as informações recebidas com dados recolhidos dos diários clínico e de enfermagem, com a prescrição terapêutica, com os exames complementares de diagnóstico realizados e com os dados de monitorização registados em folha própria.

Procedia, em seguida, a uma avaliação completa do cliente, “da cabeça aos pés”, atendendo a todos os sistemas fisiológicos, contemplando sinais e sintomas. Correlacionava esta análise com os diagnósticos levantados e planeava as intervenções a implementar ao longo do turno.

Esta avaliação minuciosa do cliente, logo no primeiro contato, é fundamental para o diagnóstico precoce de complicações e para determinar a implementação de respostas de enfermagem apropriadas à situação do doente crítico. Recordo aqui um cliente que, repentinamente, começou a dessaturar. No início do turno, eu tinha-o auscultado e este apresentava murmúrio vesicular bilateral. Aquando do agravamento, este já não se encontrava presente à esquerda. O cliente apresentava uma atelectasia. O problema fora rapidamente resolvido. A avaliação feita inicialmente permitiu-me estabelecer um comparativo com a situação de agravamento, determinar a origem do problema e definir uma intervenção adequada, desde a identificação pronta de um foco de instabilidade à referência desta situação problemática à equipa multiprofissional, passando pelas insuflações com ressuscitador manual com vista a re-expansão pulmonar, a aspiração de secreções e a otimização do posicionamento.

Um aspeto particularmente importante na avaliação da pessoa em situação crítica passa pela avaliação da dor e a consequente gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à mesma. Segundo Estilita (2015), “o alívio do sofrimento é um princípio básico que sustenta a prática de todos os profissionais de saúde.” (p. 61). A autora explica que no contexto da UCIP, a dor aparenta surgir de forma “desproporcionalmente superior”, uma vez que os doentes críticos se encontram, muitas vezes, no limite da sua lesão ou doença.

Na verdade, no ambiente de cuidados intensivos, há um conjunto de intervenções que infligem desconforto aos clientes. Reforçando esta ideia, Estilita (2015) diz que “todas estas agressões externas contribuem para um grande desconforto emocional e físico e aguçam a perceção da dor e potenciam o aparecimento de *delirium*.” (p. 61)

De facto, a literatura é vasta na descrição dos efeitos nocivos da dor. A autora supramencionada, explica que

a dor tem consequências deletérias, que incluem uma resposta fisiológica ao stress, aumento da libertação de neurotransmissores simpáticos e níveis elevados de hormonas de stress. A presença de dor condiciona e limita o reflexo da tosse e da respiração profunda, podendo originar atelectasias e outras complicações pulmonares. Outros efeitos incluem variações glicémicas, potenciação do catabolismo, hipercoagulabilidade e disfunção imunitária. (p. 61)

Daqui se depreende a importância atribuída à avaliação da dor no contexto do SMI. Uma vez que um grande número de clientes internados na UCIP se encontra submetido a ventilação mecânica, incapaz de expressar a dor, recorria a uma escala comportamental, a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

Entretanto, enquanto avaliava o cliente, procedia à análise dos dados de monitorização e ajustava os alarmes definidos. A monitorização dos clientes insere-se numa política de segurança e de qualidade dos cuidados. Com os alarmes corretamente ativados e com limites adequados, é possível dar uma resposta apropriada e atempada a possíveis complicações.

Segundo Lamas (2015), “todos os doentes críticos devem ter uma monitorização contínua com eletrocardiografia (ECG), pressão arterial (PA) e oximetria de pulso (SpO₂)” (p. 175). Como enfermeiro de bloco operatório, encontro-me familiarizado com esta monitorização standard, bem como, com a avaliação da pressão arterial invasiva, da pressão venosa central (PVC), da pressão intracraniana (PIC), da capnografia, do plano anestésico (através do índice bispectral - BIS), da temperatura (axilar, rectal, esofágica, nasofaríngea, timpânica) ou da oximetria cerebral. O bloco operatório possui, ainda, o sistema VigileoTM para a medicação contínua do débito cardíaco. A UCIP, por sua vez, possui o dispositivo PICCO^R que permite a medição do débito cardíaco contínuo e indica o risco de desenvolver edema pulmonar através do *extravascular lung water* (EVLW).

Na esfera desta temática da monitorização, foi diagnosticada uma necessidade formativa no SMI relativamente à utilização do BIS. Assim, elaborei uma formação com o intuito de favorecer a aprendizagem acerca deste dispositivo. Foram delineados como objetivos para este momento formativo: aprofundar conhecimentos acerca da monitorização da sedação da pessoa em situação crítica com recurso ao índice bispectral, uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica com necessidade de monitorização da sedação com o sensor BIS e sugerir as bases para a criação de uma norma de procedimento sobre a monitorização da sedação da pessoa em situação crítica com o sensor BIS.

No contexto altamente tecnológico dos cuidados intensivos, uma técnica essencial é a ventilação mecânica invasiva (VMI). Esta permite reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação e a ventilação. Mendes (2015) explica que “a ventilação é uma terapêutica apenas de suporte (isto é, limita-se a suportar a função de órgão até a resolução da causa primária) e não é inócua, estando reconhecidamente associada a lesão pulmonar induzida pela ventilação (VILI)” (p. 94). Segundo o autor, não sendo uma terapêutica benigna, poder-se-á associar a VMI a VILI e a alterações hemodinâmicas, bem como, a infeções respiratórias, a hemorragia gastrointestinal e *delirium*. A prestação de cuidados à pessoa submetida a VMI enquadra-se numa perspetiva de cuidados técnicos de alta complexidade e o conhecimento de possíveis

complicações associadas a esta técnica orienta o enfermeiro para possíveis focos de instabilidade.

O cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica constitui um desafio importante para os enfermeiros, uma vez que exige destes a articulação de competências nos planos cognitivo, técnico e relacional. Além, de uma capacidade de tomada de decisão em situações particularmente difíceis e/ou inesperadas. Relativamente ao processo de tomada de decisão importa realçar que, segundo a OE (2015),

(...) o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma (incluindo a escolha de não agir). Os processos deliberativos (de ponderar os prós e os contras) conduzem da intenção à ação e, muito embora em Ética a intenção conte, o que se pode objetivamente avaliar é o resultado da decisão: o ato, em si (seja ele omissivo ou ativo). (p.50)

O cliente de maior complexidade a quem prestei cuidados no SMI apresentava um problema de base do foro neurocirúrgico. Foi uma situação particularmente difícil, primeiro pela sua gravidade e, depois, pelo facto de a família ter enfrentado este processo deslocada do país de origem.

Tratava-se de um médico de 58 anos, lituano, de férias na Ilha da Madeira com a esposa. Havia sido diagnosticado com aneurisma cerebral. A 16/05/2017 apresentou um quadro de cefaleia intensa, alteração do estado de consciência e vários episódios de vômito. Aquando da chegada da EMIR ao local, apresentava um *score* de 5 na Escala de Coma de Glasgow (ECG): não abria os olhos, emitia sons incompreensíveis e apresentava extensão dos membros à estimulação dolorosa. Ainda no contexto pré-hospitalar, procedeu-se à intubação endotraqueal e à VMI. Em seguida foi transferido para o hospital, tendo sido admitido na sala zero.

Foram avaliados os sinais vitais, foi colhida amostra de sangue para análise, realizou-se radiografia torácica e acompanhou-se o cliente até à imagiologia para realização de tomografia computadorizada (TC) crânio encefálica. No relatório podia ler-se: “no estudo efetuado observamos extensa HSA cisternal, sulcal e com inundação tetra-ventricular e hidrocefalia. Pequenos hematomas intra-parenquimatosos frontais inferiores. Sinais de aparente conflito de espaço no buraco occipital, com descida das amígdalas cerebelosas (?)”.

Segundo Falcão, Melo e Ferro (2015), a hemorragia subaracnoideia (HSA) descrita no relatório, define-se como uma hemorragia aguda do espaço subaracnoídeo, constituindo um tipo de acidente vascular cerebral (AVC) particularmente grave e que afeta principalmente adultos jovens ou de meia idade.

Os sinais e sintomas apresentados eram consistentes com a apresentação clínica da HSA que, segundo Ferro (2012), “(...) é relativamente característica: cefaleia muito violenta (a pior de sempre), desencadeada pelo esforço, náuseas ou vômitos e por vezes alteração da consciência.” (p. 119).

Posteriormente, outra TC veio permitir a confirmação do diagnóstico. Aliás, segundo Ferro (2012), “a TC demonstra hiperdensidades hemáticas no espaço subaracnoideo e pode indicar a localização do aneurisma. A TC pode ainda mostrar hidrocefalia, hematoma intracerebral ou áreas de isquemia cerebral precoce, devidas ao aumento súbito da pressão intracraniana.” (p. 120)

Após avaliação pelo neurocirurgião, o cliente foi transferido para o BO para colocação de Dreno Ventricular Externo (DVE) com monitor de PIC. Segundo Cucchiara (2013), o DVE é um pequeno cateter inserido através do crânio, geralmente no ventrículo lateral, e que está conectado a um dispositivo de coleta fechado de forma a permitir a drenagem do líquido cefalorraquidiano. O DVE pode, tal como foi o caso, ser conectado a um transdutor que regista a PIC. Este dispositivo encontra-se indicado em clientes com hemorragia intraventricular com hidrocefalia e declínio neurológico, o que uma vez mais ia de encontro ao quadro apresentado. A colocação do DVE e a monitorização da PIC deu-se sem incidentes. No fim do procedimento a PIC era de 14. Observava-se, então, líquido cefalorraquidiano hemorrágico.

Após o procedimento cirúrgico, o cliente ficara à responsabilidade do SMI. À data, foi graduada a gravidade do HSA, que é um importante elemento de prognóstico, com a Escala de Hunt e Hess no nível 5, que corresponde a uma situação de coma e a resposta em descerebração.

Após dois dias, foi efetuada a embolização do aneurisma cerebral.

No primeiro dia em que prestei cuidados ao senhor, este encontrava-se sedoanalgesiado com perfusão de remifentanil, um analgésico estupefaciente. Não reagia aos estímulos dolorosos. As suas pupilas encontram-se mióticas e com reação lenta à luz. Atendendo à *Richmond agitation-sedation scale* (RASS), o utente não respondia aos estímulos verbais ou físicos, o que corresponde a um *score* “-5”.

À data da avaliação, o cliente apresentava uma PIC de 20mmHg e PPC de 82mmHg. Contudo, em dias anteriores, chegou a apresentar valores mais elevados de PIC com necessidade de administração de anti-edematosos e de exteriorização do cateter, tendo-se obtido maior drenagem de liquor e melhor controlo dos valores de PIC.

O cliente permaneceu em coma barbitúrico entre os dias 17 e 22 de maio. A opção por esta abordagem terapêutica baseou-se na oscilação dos valores do BIS que foram interpretados como convulsões.

No que diz respeito à avaliação da dor, recorreu-se à BPS. Uma vez que se observava uma expressão facial relaxada, não se verificava movimento dos membros superiores e o cliente estava adaptado à ventilação mecânica, atribuiu-se o *score* 3 (sem dor).

O cliente possuía um conjunto de dispositivos que potenciam o risco aumentado de infeção, nomeadamente, dreno ventricular externo, cateter venoso central para administração de terapêutica, cateter arterial, cateter vesical, cateter venoso central de duplo lúmen para realização de hemodiálise veno-venosa contínua (HDVVC). Encontrava-se febril, tendo-se verificado, nas 24 horas anteriores, uma temperatura máxima de 39.6°

O cliente esteve conectado ao ventilador na modalidade ventilatória pressão assistida controlada (P-A/C). Segundo Mendes (2015), a P-A/C é caracterizada por controlo de pressão, ciclagem por tempo e possibilidade de ciclos controlados e assistidos.

Entretanto, foi diagnosticado com uma pneumonia associada à intubação (PAI) que segundo a Norma nº 021/2015 da DGS “(...) é a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas.” (p. 5) Segundo o mesmo documento “a pneumonia associada à intubação é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade.” (p. 6)

À auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular encontrava-se diminuído na base direita, sem ruídos adventícios. Aspiraram-se secreções purulentas em quantidade escassa. Radiologicamente verificou-se hipotransparência heterogénea na metade inferior do pulmão direito. No exame bacteriológico do aspirado traqueobrônquico foram identificadas *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*.

Hemodinamicamente manteve-se com suporte vasopressor: noradrenalina 50mg em 60 G5% para pressão arterial média superior (PAM) a 90mmHg. Este é um dos exemplos em que tive de gerir protocolos terapêuticos complexos.

Foi diagnosticado com lesão renal aguda (LRA) segundo a *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) no estágio 3, tendo havido no dia 23/05/2017 agravamento da função renal. Foi colocado cateter venoso central de duplo lúmen na

região femoral esquerda e, logo após, iniciou técnica de substituição da função renal (TSFR): HDVVC. Segundo Ponce (2015), “a lesão renal aguda (LRA) ocorre em um terço a dois terços de todos os doentes numa unidade de cuidados intensivos (UCI), 5-10% dos doentes numa UCI vêm a ser tratados por uma técnica depurativa” (p. 255). O cliente encontrava-se em anasarca. Observavam-se edemas mais acentuados nas mãos, genitais e membros inferiores.

Esta breve descrição do processo de doença crítica e consequente falência orgânica do cliente a quem prestei cuidados remete, uma vez mais, para a complexidade dos cuidados envolvidos e para a necessidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas, por forma a garantir uma resposta em tempo útil e de forma holística. Assente na metodologia científica do processo de enfermagem identifiquei inúmeros focos de atenção e de instabilidade, formulei diagnósticos de enfermagem, planeei e implementei respostas de enfermagem ajustadas à situação do doente e às complicações que foram surgindo. Ao longo deste processo, fui monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados.

Da avaliação inicial realizada foram emergindo vários focos de enfermagem, reflexo das respostas do cliente à sua nova condição, que desaguaram em diagnósticos dirigidos às suas necessidades e da sua família. Na altura considerei como incontornáveis os diagnósticos processo neurovascular comprometido, função renal comprometida, processo do sistema imunitário comprometido e *coping* familiar comprometido.

Segundo Castellan, Sluga, Spina e Sanson (2016), no estudo prospetivo que realizaram identificaram a prevalência dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados para os doentes internados numa unidade de cuidados intensivos. Constataram que enfermeiros desenvolvem uma atividade muito intensa centrada num largo espectro de necessidades dos clientes e não apenas focadas em aspetos técnicos. Verificaram, ainda, uma capacidade estatisticamente significativa dos diagnósticos de enfermagem predizerem tanto o tempo de internamento como a mortalidade no contexto da unidade de cuidados intensivos. Na verdade, superior aos índices de severidade e comorbilidade ou das categorias médicas de diagnóstico. Daqui ressalta a importância de os enfermeiros documentarem efetivamente a sua atividade através de uma terminologia *standard*, no que aos diagnósticos, intervenções e resultados diz respeito.

Segundo os autores supramencionados, apesar dos cuidados prestados pelos enfermeiros terem um enorme impacto na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem são muitas vezes “invisíveis” devido

à fraca documentação. Só uma linguagem de enfermagem estandardizada e uniforme permite a investigação acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem e dos efeitos sobre os resultados para os clientes. Neste sentido, realizei os registos de enfermagem no processo clínico eletrónico dos clientes de uma forma objetiva, clara e concisa. Com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, elaborei diagnósticos, defini intervenções e avaliei resultados, tendo esta informação ficado estruturada e facilmente acessível através do processo eletrónico do cliente sob a forma de um plano de cuidados.

Ponce (2015) refere-se ao processo clínico eletrónico como “um instrumento crucial para a comunicação entre profissionais, reduzir erros de prescrição, condicionar o cumprimento de *guidelines*, ou facilitar a aplicação de pacotes (*bundles*) terapêuticos” (p.541), numa perspetiva de que, perante a complexidade de um doente crítico, exige-se um nível sofisticado de colaboração e comunicação que mitigue os conflitos e contribua para a qualidade dos cuidados.

No SMI existe uma particular atenção com as famílias. Há um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas para o acolhimento da família na UCIP, para o seu acompanhamento e apoio. No caso atrás descrito, atendendo à situação da pessoa e ao facto de se encontrarem longe de casa, delineei um plano de cuidados tomando os cuidados centrados na família como uma prioridade. Foi necessário trabalhar a gestão da ansiedade e do medo e criar estratégias facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto. Tentando ultrapassar a barreira da língua, procurei adaptar a comunicação à complexidade da situação. Estabeleci uma relação de ajuda com a esposa e os filhos do cliente. Esta família encontrava-se particularmente frágil e não se pode renegar que “a nossa vulnerabilidade perante a doença que nos coloca na situação de pessoas em necessidade reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados” (OE, 2015, p. 60).

Num caso tão complexo como o relatado, em que a morte se tornara inevitável, “a ação dos enfermeiros é orientada por uma preocupação efetiva (...) em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da Ética e da Deontologia profissionais” (p.87).

Neste cenário importa contextualizar a “reação à perda” que suplanta o conceito de comportamento. “Reveste-se de um valor muito mais abrangente, onde se

interpenetram, de forma dinâmica, cognições e sentimentos, integrados numa estrutura psicológica particular e numa situação global de vida, (...)” (OE, 2015, p. 88).

Numa perspetiva da humanização de cuidados, não posso deixar de citar a OE (2015), segundo a qual

a humanização de qualquer atividade parte de cada pessoa e de cada grupo de pessoas que trabalha em conjunto, tendo presente a regra de ouro: “não faças aos outros o que não queres que te façam a ti”. E esta regra só é aplicável na sua forma negativa, atendendo a que o desenvolvimento humano da prestação faz ultrapassar a ideia de “cuido como gostaria de ser cuidado”, para a máxima ética “cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada” (p. 98).

O estágio II: cuidados intensivos, uma das etapas no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem médico cirúrgica, pela natureza específica do contexto em que decorreu e pela complexidade das situações de saúde, exigiu de mim uma capacidade de adaptação dos conhecimentos a esta prática em concreto, num *continuum* de aprendizagem e transformação. Na verdade, foi o ensino clínico que me impôs uma pesquisa de evidência científica mais exaustiva. O estudo que fui realizando diversificou-se pelos mais diferentes temas: abordagem de via aérea difícil, abordagem do trauma em adultos, ventilação invasiva e não invasiva, dor no doente crítico, *delirium*, morte cerebral, técnicas de substituição da função renal, suporte nutricional no doente crítico, síndrome pós cuidados intensivos, transporte do doente crítico, entre outros.

3.1.3. Estágio III: desenvolvimento de competências no contexto de uma UCICT

O estágio III: opção, realizado nos meses de outubro e novembro na UCICT do CHVNG/E, veio de encontro aos seguintes objetivos: prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica, no contexto de uma unidade diferenciada, de acordo com a minha opção; desenvolver habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade.

De modo a orientar este ensino clínico foi elaborado um projeto de autoformação, uma ferramenta que me permitiu trabalhar de forma sistematizada e organizada de modo a alcançar os objetivos definidos. Tratou-se, pois, de uma metodologia que fomentou a proatividade na construção da minha aprendizagem e na definição do trajeto a percorrer.

A elaboração desse projeto, claramente orientado para o cuidado especializado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, foi o resultado da minha recente integração na equipa de cirurgia cardíaca do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça e, apesar do estudo já desenvolvido na área, resultou também da necessidade de desenvolver conhecimentos e competências sobre a temática.

Tratando-se de uma cirurgia complexa, na maior parte das vezes longa, e que implica meios de monitorização, vigilância e terapêutica avançados, bem como, o manuseio de diferentes equipamentos, torna-se imperativa a constituição de uma equipa motivada e dinâmica, com fortes conhecimentos teóricos e capacidades técnicas sólidas.

Assim sendo, encontrando-me num contexto de trabalho exigente, com elevado grau de diferenciação e complexidade, a resposta que se exige é, inevitavelmente, uma prestação de cuidados também ela diferenciada, ou seja, especializada. É desta interseção de vontades e circunstâncias que resultaram os objetivos gerais de prestar melhores cuidados de enfermagem especializados e de persistir na procura permanente da excelência no exercício profissional. Sendo, objetivo mais concreto o de prestar cuidados altamente qualificados de forma contínua à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, 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.

Segundo Reis (2013), “as doenças cardiovasculares são, na sociedade moderna, o problema de saúde mais frequente, representando a sua mortalidade em Portugal cerca de 31.8% do total.” (p. 443). Contudo, Fragata (2015) aponta a cirurgia cardiotorácica como uma proposta segura:

a mortalidade e morbidade nos doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica tem-se reduzido muito nos últimos anos, atingindo hoje valores globais inferiores a 3%. A otimização dos doentes nos cuidados intensivos, por 24 a 48 horas, tem contribuído para este desiderato, enquanto a complexidade aumenta, nomeadamente pelo perfil demográfico e as comorbilidades, menos favoráveis, dos doentes (p. 517).

Por sua vez, Reis (2013) já havia abordado o tema da anestesia para a cirurgia cardíaca. Para este, constitui um dos mais interessantes desafios, não só pela complexidade fisiopatológica, mas também pela correta gestão de conhecimentos e meios necessários à adequada intervenção.

Segundo a União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado (UNAIBODE) (2001), na história da cirurgia cardíaca sucederam-se três períodos:

- Cirurgia extra-cardíaca, 1920 a 1948 – efetuados gestos cirúrgicos sem ousar tocar no próprio órgão, que se mexe sem cessar, símbolo da vida. Existem dificuldades associadas à falta de assepsia, à ausência de anestesia com controlo da respiração e à mediocridade do material cirúrgico.
- Cirúrgica intracardíaca às cegas, ou cirurgia de coração fechado, 1948 a 1956 – limitada nos seus objetivos por não se dispor de coração-pulmão artificial.
- Cirurgia de coração aberto, a partir de 1956 – inicia-se com a era da circulação extracorporeal e permite toda a cirurgia cardíaca praticada nos nossos dias.

De acordo com Henriques (2016), citando Hatchett & Thompson (2002), existem três tipos de cirurgias cardíacas: corretoras - relacionadas com os defeitos do canal arterial, incluído o septo atrial e ventricular; reconstrutivas - destinadas à revascularização do miocárdio, plastia de válvula aórtica, mitral ou tricúspide; substitutivas - correspondem às trocas valvulares e aos transplantes.

A cirurgia cardíaca exige um conjunto de ações, no contexto da equipa de saúde, que garantam a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, recuperação e alta precoces. Cabe, assim, ao enfermeiro planejar e organizar uma intervenção individualizada que corresponda às necessidades do cliente, tanto no período pré-operatório como no pós-operatório imediato, mediato ou tardio (Barretta, Auda, Barancelli e Antonioli, 2017).

Barreta et al. (2017), na revisão integrativa de literatura que realizaram, concluíram que uma abordagem de enfermagem sistematizada, organizada e conceptualmente estruturada é fundamental, desde o período pré-operatório até ao pós-operatório da cirurgia cardíaca.

Por sua vez, Gois, Aguillar, Santos e Llapa-Rodríguez (2012), no seu estudo exploratório e descritivo, elaborado com o objetivo de descrever os fatores stressantes relacionados com a cirurgia cardíaca e com o ambiente numa unidade de cuidados intensivos, enquadraram os fatores de stress em quatro categorias relacionadas com a experiência cirúrgica, o ambiente da unidade de cuidados intensivos e o período pós-operatório, as experiências desagradáveis (sede, intubação e dor) e a relação com os profissionais de saúde (impessoalidade, presença profissional que significa segurança e conforto, orientação e formação). O enfermeiro encontra-se perante um conjunto de focos

de atenção sobre os quais pode e deve agir, em todas as fases do peri operatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

Optei por realizar o estágio de opção numa unidade de cuidados intensivos especializada em clientes submetidos a cirurgia cardiotorácica. Fi-lo com o objetivo de me desafiar, de sair da minha zona de conforto. Mas consciente de que este ensino clínico seria complementar à minha prática profissional, permitindo-me desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica.

Embora a escolha de um bloco operatório para o contexto de estágio de opção fosse a mais óbvia, a necessidade de expandir conhecimentos acerca do cliente submetido a cirurgia cardíaca em todas as fases do peri operatório era premente. Creio que o relatório ilustra essa preocupação em intervir na pessoa submetida a cirurgia cardíaca desde a consulta pré-operatória até a consulta de seguimento no pós-operatório.

A compreensão do processo que a pessoa submetida a cirurgia cardíaca vive, bem como a sua família, enriquece o corpo de conhecimentos do enfermeiro, consubstancia as competências especializadas e permite intervir junto do cliente de forma consistente. Primeiro, porque o enfermeiro conhece e antecipa as etapas do processo e, segundo, porque prevê as necessidades individuais, familiares, sociais, emocionais e espirituais do cliente. Esta visão global da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, além das paredes do bloco operatório, é muito movida pela Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo a autora (1991), o que se propõe é que o enfermeiro interage (*interação*) com um ser humano em situação de saúde/doença (*cliente de enfermagem*) que é parte integrante do seu contexto sociocultural (*ambiente*) e que de alguma forma se encontra em processo de transição ou antecipando uma transição (*transição*). A interação enfermeiro-doente tem um objetivo (*processo de enfermagem, resolução de problemas e avaliação holística*) e a intervenção do enfermeiro (*terapêutica de enfermagem – entendida como qualquer atividade ou ação de enfermagem orientada para o cuidado ao cliente*) é no sentido de melhorar ou promover a saúde (*saúde*).

3.1.3.a. Estrutura, organização e funcionamento da UCICT

Os cuidados ao cliente submetido a cirurgia cardíaca no pós-operatório imediato são assegurados na UCICT, local onde um conjunto de ações rápidas e sincronizadas devem ser colocadas em prática. Segundo a *Intensive Care Society* (2013), uma unidade de cuidados intensivos constitui uma área do hospital separada e autossuficiente, especialmente dotada de profissionais e equipamento, dedicada aos cuidados e

monitorização de clientes com condições que lhes ameaçam a vida. Assegura conhecimento especializado e as instalações necessárias para suportar as funções vitais dos clientes com recurso às competências médicas, de enfermagem e de outros profissionais experientes na gestão destas situações. Abrange os cuidados de Nível 2 (alta dependência) e/ou Nível 3 (cuidados intensivos).

A UCICT do CHVNG/E está situada no segundo piso do pavilhão central da Unidade I. O diretor de serviço é um cirurgião cardiovascular e a enfermeira chefe é uma enfermeira especialista em saúde mental.

Trata-se de uma unidade de cuidados intensivos de infraestrutura *open space* com dotação de dez camas com unidades funcionais completamente equipadas, estando duas camas situadas em unidades com estrutura para isolamento (quartos). Assim, a UCICT dispõe de instalações e tecnologia para a prestação de cuidados de saúde a clientes dos foros cardíaco e torácico, em situação crítica, maioritariamente no período pós-operatório.

A Unidade de Cuidados Intermédios A é uma unidade de três camas, situada junto à UCICT, com unidades funcionais equipadas para a prestação de cuidados aos clientes dos foros cardíaco e torácico em situação que, não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia.

Tendo as instalações sido inauguradas em 2010, encontrei um serviço moderno, contíguo ao bloco operatório de cirurgia cardiotorácica e com equipamento de elevada qualidade. A UCICT é um espaço amplo, arejado e com luz direta. Cada unidade do cliente de cuidados intensivos está equipada com uma cama hidráulica/elétrica, um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, gavetas, diversas tomadas de corrente e um ventilador. Há possibilidade de efetuar técnicas de substituição dialítica.

No centro da UCICT existem armários organizados com equipamentos e materiais. Existe, também, um carro preparado para dar resposta a situações de esternotomia de emergência.

Os quartos possuem uma antecâmara. São ocupados segundo as necessidades do serviço, podendo funcionar com clientes em situação clínica idêntica ao *open space* ou com clientes com necessidade de isolamento. Este espaço é envidraçado estando ao alcance visual dos profissionais de saúde.

A unidade possui zonas de apoio/anexas: gabinetes, área de sujos, sala de equipamento, copas, quarto de banho para funcionários e para clientes internados. Todo

o serviço está dotado de pontos e produtos para higienização das mãos. Quer a UCICT, quer a unidade de cuidados intermédios, estão equipadas com carro de urgência.

O serviço tem o apoio de áreas assistenciais complementares, como outras especialidades médicas e de enfermagem e, ainda, da área social, espiritual e religiosa.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por elementos distribuídos por turnos, consoante plano elaborado pela encarregada de setor e pela enfermeira em função de chefia.

A UCICT conta, ainda, com as assistentes técnicas que asseguram o processo administrativo das unidades referidas.

O serviço dispõe de armazéns avançados para material de consumo clínico e para produtos farmacêuticos. O material de consumo clínico foi objeto de acordo prévio, quer no que respeita aos materiais, quer aos respetivos níveis mínimos e máximos em armazém do serviço, sendo a sua reposição efetuada pelo serviço de aprovisionamento. O registo de consumos pode ser efetuado através de computador ou de *Personal Digital Assistant* (PDA). Os produtos farmacêuticos, nomeadamente os soros, foram objeto de acordo, como o descrito para o material clínico, sendo registado da mesma forma e pelos mesmos meios, mas são fornecidos pelo armazém de soros dos serviços farmacêuticos. O fornecimento de terapêutica medicamentosa é efetuado pelos serviços farmacêuticos, mediante níveis existentes no sistema de distribuição automatizado *MedStation Pyxis*. Os produtos e níveis foram acordados com os serviços farmacêuticos.

As passagens de turno têm a duração de trinta minutos. Nesse período o enfermeiro responsável de turno da equipa cessante comunica a informação mais relevante de todos os clientes internados. Seguidamente, o responsável que inicia o turno efetua o plano de trabalho. Os enfermeiros passam então, individualmente, a informação de cada um dos seus clientes aos colegas. É, ainda, partilhada pelo enfermeiro em função de chefia todas as informações pertinentes relacionadas com as atividades da unidade.

A passagem de turno médica ocorre no fim do turno da noite, analisando a situação clínica de cada cliente. O enfermeiro em função de chefia ou o enfermeiro responsável de turno articula-se com a equipa médica nesse período, comunicando os aspetos relacionados com o cliente e com a gestão de transferências.

Segundo Urden, Stacy e Lough (2008), os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar, com formação aprofundada no campo especializado dos cuidados críticos. Os cuidados são prestados em serviços ou departamentos especializados e dá-se importância à continuidade dos cuidados, com uma transição

eficiente de um serviço para outro. As autoras descrevem os clientes de cuidados intensivos como aqueles que se encontram em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais.

O método de trabalho de enfermagem adotado é o individual, no rácio de um enfermeiro para dois clientes na UCICT e de um para três na unidade de cuidados intermédios, incumbindo ao enfermeiro de referência do cliente a prestação integral de cuidados no âmbito da sua competência, priorizando os cuidados a prestar e considerando as necessidades detetadas.

É promovido o espírito de trabalho em equipa, pelo que todos os elementos de enfermagem conhecem a situação geral de todos os clientes, informação transmitida na passagem de turno.

Para além das funções e competências inscritas na legislação que regula a carreira de enfermagem e dos regulamentos da OE, na UCICT estão atribuídas, conforme instruções de trabalho, as funções de responsável de turno, de enfermeiro de referência, de formador em serviço, de gestor local de risco, de gestor local da qualidade, de dinamizador do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GPL-PPCIRA), de responsável do carro de emergência e de responsável do carro de esternotomia.

A propósito das funções do enfermeiro no contexto de cuidado intensivos, Urden, L. et al. (2008), citam a *American Association of Critical-Care Nurses* para enumerar as responsabilidades de um enfermeiro de cuidados intensivos: respeitar e apoiar o direito do cliente ou do seu representante de tomar decisões autónomas e informadas; intervir sempre que está em questão o melhor interesse do cliente; ajudar o cliente nos cuidados necessários; respeitar os seus valores, crenças e direitos; proporcionar ao cliente ou ao seu representante designado, educação e suporte para tomar decisões; representar o cliente, de acordo com as suas escolhas; interceder pelos clientes com limitações na comunicação e que requerem atenção imediata; monitorizar e salvaguardar a qualidade dos cuidados prestados; atuar como elo de ligação entre o cliente, a família e outros profissionais de saúde.

No que diz respeito ao acesso dos clientes à UCICT e à unidade de cuidados intermédios, este é efetuado através do BO, do SU, do serviço de internamento de cirurgia cardiotorácica, de outras unidades internas ou externas à instituição hospitalar.

A admissão do cliente na UCICT é da responsabilidade do médico de serviço e do diretor do serviço, que deverão transmitir sempre a informação à equipa de

enfermagem. Cabe ao enfermeiro que irá ficar responsável pelo cliente preparar e verificar a unidade, supervisionar o seu bom funcionamento e admitir o cliente.

Na sua área autónoma, o enfermeiro avalia, estabelece focos/diagnósticos de enfermagem, prescreve intervenções de enfermagem, executa intervenções, avalia resultados. Na sua atividade interdependente, o enfermeiro executa e responsabiliza-se pelas intervenções de enfermagem relacionadas com prescrições de outro profissional de saúde.

Na admissão do cliente são efetuados, genericamente e consoante a sua condição clínica, diversos procedimentos: monitorizar o cliente (ECG, PA, PVC, SpO₂, entre outros), avaliar a funcionalidade dos acessos venosos, verificar a terapêutica instituída, identificar e registar o nível de drenagem, verificar e registar as perfusões medicamentosas e efetuar colheitas de espécimes para análise conforme aplicável (gasometria, análises laboratoriais, rastreios).

Na UCICT existem três períodos de visita, nos quais só podem permanecer junto a cada cliente uma visita de cada vez, mediante a disponibilidade do serviço. As informações aos familiares devem respeitar o direito à privacidade, confidencialidade e intimidade do cliente. O profissional que dá informação deve ter em conta o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como, a gravidade da situação do cliente. O horário para as informações médicas aos familiares corresponde ao período de visitas. Por regra, não são dadas informações clínicas pormenorizadas via telefone.

3.1.3.b. Cuidados especializados no contexto da UCICT

Considerou-se, logo à partida, incontornável a consulta de enfermagem para acolhimento dos clientes propostos a cirurgia cardiotorácica. Nesse sentido, um dos turnos foi dedicado a acolher os clientes no serviço de internamento e a realizar a sua avaliação inicial. Sendo esta, do meu ponto de vista, uma oportunidade única para minimizar o impacto negativo da cirurgia, facilitar a comunicação e potenciar a relação terapêutica, identificar potenciais focos de instabilidade, iniciar uma gestão do impacto emocional decorrente da necessidade de cirurgia cardíaca, avaliar as crenças, as expectativas, os receios e os aspetos da espiritualidade. É uma oportunidade para avaliar as necessidades do cliente e/ou família e delinear um plano de cuidados verdadeiramente personalizado.

Além das atividades de vida diária, procurava-se saber o nome pelo qual o cliente preferia ser tratado; colocava-se pulseira de identificação; determinava-se a sua

proveniência (domicílio/outro hospital); confirmava-se o diagnóstico médico; questionava-se acerca de alergias, antecedentes clínicos, nomeadamente, sobre patologias e medicação habitual; caso o cliente fosse hipocoagulado, questionava-se sobre o fármaco e sobre a data em que foi suspenso; questionava-se sobre próteses dentárias, a utilização de auxiliares de marcha, o uso de óculos ou prótese auditiva. Entretanto, colocava-se cateter venoso periférico e colhia-se amostra de sangue para análise (hemograma, bioquímica, coagulação, determinação de grupo e marcadores virais). Procedia-se, ainda, ao despiste de *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA). Questionava-se sobre a pessoa significativa e sobre as informações a partilhar ou não. Registava-se o contacto da pessoa indicada e indagava-se sobre a necessidade de apoio social aquando do regresso a casa. Por fim, entregava-se um conjunto de documentação pertinente para o período de internamento, concretamente, um panfleto para prevenção de quedas, o regulamento de visitas e acompanhamento hospitalar e o guia de acolhimento ao cliente. Aos clientes fumadores aplicava-se o Teste de Fagerstrom com o objetivo de avaliar o grau de dependência da nicotina.

Este primeiro contacto com o cliente proposto para cirurgia cardíaca é, assim, de suma importância. Contribui enormemente para a sua satisfação, uma vez que permite minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente resultantes de todo o processo de assistência de saúde. Além disso, esta avaliação inicial, serviu de base para uma intervenção holística, assente na relação terapêutica.

O acolhimento do cliente constitui, igualmente, uma oportunidade única para a promoção da saúde através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades, tendo em vista a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da cirurgia.

A consulta de enfermagem contribui, ainda, para a prevenção de complicações, nomeadamente, na identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar tais problemas ou minimizar efeitos indesejáveis.

O período pré-operatório é, assim, caracterizado pela preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia. Spry (2009) explica que o tempo de duração desta fase varia de acordo com o fato de se tratar de uma cirurgia eletiva ou de urgência e que as intervenções de enfermagem são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésico e cirúrgico.

Com o objetivo de acompanhar os clientes ao longo de todo o processo inerente à cirurgia cardíaca, o estágio III: opção contemplou cinco turnos no BO. Como enfermeiro ligado a anestesiologia, a passagem pelo bloco de cirurgia cardiotorácica do CHVNG/E tornara-se inevitável.

Segundo Henriques (2016), a cirurgia cardíaca constitui um processo de restauração e restituição das capacidades vitais, compatíveis com a capacidade funcional do coração dos clientes que já apresentavam previamente doenças cardíacas. É o processo pelo qual a pessoa com doença cardíaca procura o retorno ao bem-estar do ponto de vista físico, mental e social. Para esta mesma autora, a cirurgia cardíaca sempre esteve revestida de grande interesse, curiosidade e em alguns momentos, misticismo dada a nobre função que o coração desempenha.

Para mim em particular, os turnos no BO permitiram comparar procedimentos e reconsiderar as práticas instituídas no bloco central do HNM.

O BO de cirurgia cardiotorácica do CHVNG/E é constituído por duas salas dedicadas: uma sala preparada para procedimentos cardíacos híbridos e uma sala preparada com equipamento para *Video-Assisted Thoracoscopic Surgery* (VATS). No âmbito da cirurgia cardíaca realizam-se os seguintes procedimentos: cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia da válvula aórtica e da raiz da aorta, cirurgia da válvula mitral e tricúspide, cirurgia de múltiplas válvulas, cirurgia das cardiopatias congénitas no adulto, cirurgia da aorta torácica e cirurgia das complicações mecânicas do enfarte agudo. Já na esfera da cirurgia torácica, os procedimentos são os seguintes: vídeo-mediastinoscopia e vídeo-toracoscopia uniportal, cirurgia do cancro do pulmão e seu estadiamento, cirurgia do pneumotórax e do empiema, cirurgia de complicações da tuberculose e enfisema, cirurgia de patologias pulmonares congénitas, cirurgia da hiperidrose primária e cirurgia do *pectus excavatum*.

Neste contexto altamente diferenciado, o enfermeiro, segundo Ferrito (2014), citando a *Association of Operating Room Nurses* (AORN), é o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa. Além disso, é quem desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções de enfermagem com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar do cliente no período perioperatório.

Ao contrário do bloco operatório onde trabalho, os enfermeiros do BO do CHVNG/E não estão afetos a uma função específica. Ou seja, não se dedicam em particular à área da anestesiologia ou da instrumentação. Embora o desafio seja maior,

parece-me que esta metodologia permite-lhes ter uma visão mais abrangente e integrada dos cuidados ao doente cirúrgico. São enfermeiros de bloco operatório na plenitude do conceito. Além disso, do ponto de vista da gestão, torna-se mais fácil elaborar um plano de trabalho sem as restrições relacionadas a área do saber de cada elemento.

Durante o período intra-operatório, o cliente é monitorizado e anestesiado, sendo o procedimento cirúrgico realizado. As áreas de intervenção do enfermeiro, segundo Spry (2009), concentram-se essencialmente na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica.

Estabelecendo um paralelo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica direcionada para a pessoa em situação crítica, ficam claras as competências necessárias ao enfermeiro no contexto intra-operatório: a prestação de cuidados e antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e a gestão diferenciada da dor e do bem-estar. Interligando tudo isto com os padrões de qualidade dos cuidados especializados, caberá ao enfermeiro, no contexto intra-operatório, prevenir complicações, maximizar o bem-estar, organizar os cuidados especializados e trabalhar na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

A temática da segurança cirúrgica reveste-se de grande importância, tanta que constitui um objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. No Despacho n.º 1400-A/2015, aborda-se a segurança cirúrgica como uma preocupação mundial. É no BO que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde. “A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.” (p. 3882-5)

Neste âmbito, estão definidos objetivos concretos, os quais visam melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico; implementar práticas anestésicas universalmente aceites; prevenir a infeção do local cirúrgico; melhorar o trabalho em equipa e comunicação entres os elementos da equipa cirúrgica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), a prestação de cuidados segura em ambientes complexos, que envolvem situações de maior pressão e exigência constitui um dos maiores desafios que enfrentamos atualmente. Nestes contextos, a probabilidade de erro é superior. O desafio mais importante no campo da

segurança do cliente passa por evitar danos, particularmente aqueles que são considerados evitáveis aquando da prestação de cuidados.

A OMS identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, evidenciada pela Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

No bloco operatório de cirurgia cardiotorácica encontrei uma equipa muito experiente, que já trabalha nesta área há muitos anos. À chegada ao bloco são confirmados a identificação do cliente, o procedimento cirúrgico a realizar-se, o consentimento informado, os antecedentes pessoais (alergias, por exemplo), o jejum, entre outros aspetos. O enfermeiro apresenta-se e o cliente é transferido para a mesa operatória e, então, levado para a sala. Esta encontra-se previamente preparada e possui equipamentos modernos para assegurar os procedimentos anestésico e cirúrgico. Os registos são realizados em suporte informático, a monitorização de sinais vitais fica registada automaticamente no processo do cliente, a identificação da terapêutica é feita através de etiquetas com cores próprias correspondentes a cada medicamento. Estes aspetos que acabo de referir contribuem para diminuir o risco de eventos adversos e libertam os enfermeiros para se dedicarem ao que realmente importa, os cuidados ao cliente.

Os turnos realizados no bloco operatório de cardiotorácica basearam-se essencialmente na observação, mas contribuíram enormemente para o aperfeiçoamento das minhas competências. Por se tratar de uma equipa muito experiente, altamente especializada na área da cirurgia cardiotorácica, muitos dos procedimentos foram simplificados. Após conversar com diferentes profissionais, constatei que algumas das práticas do nosso hospital já tinham sido abandonadas. A esterilização de todas as lâminas do laringoscópio, a organização dos dispositivos e equipamentos de anestesia e a utilização das etiquetas coloridas para identificar os fármacos são algumas das sugestões que trouxe para a Madeira.

Terminada a cirurgia, seguem-se os procedimentos para assegurar a transferência do cliente para a unidade de cuidados intensivos. Segundo Reis (2013), “nesta fase inicia-se um período importante na terapêutica destes doentes. A metodologia deve compreender a normalização rapidamente progressiva das funções cardíaca, respiratória, renal, hematológica e cerebral, por forma a obter a adequada autonomia do doente.” (p. 466)

O período pós-operatório inicia-se ainda no bloco operatório e termina quando o cliente se encontra recuperado da cirurgia. Segundo Fairchild (1993), o período pós-

operatório engloba o tempo de resolução das complicações da cirurgia. (p. 3). No período pós-operatório imediato, o enfermeiro centra-se na manutenção dos sistemas fisiológicos e, nas fases seguintes, incide no ensino de competências ao cliente e família para a preparação do regresso ao domicílio. Nesta fase, competirá ao enfermeiro especialista procurar a satisfação do cliente, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Fragata (2015) sublinha que “a cirurgia cardíaca, quer na fase intra, quer na pós-operatória, impõe estratégias dirigidas e integradas de proteção de órgãos alvo para minimizar as complicações perioperatórias. Estas, mesmo assim, são comuns e podem atingir valores de 40-50%, (...).” (p. 517)

A admissão do cliente proveniente do bloco operatório implica a preparação prévia da unidade e aprendi a fazê-la de forma organizada. Procedia ao teste do ventilador de modo a assegurar a sua operacionalidade, verificava o funcionamento do aspirador, preparava sistema de soro com rampa, preparava material para oxigenoterapia, assegurava que a unidade possuía o material necessário, como por exemplo, termómetro, elétrodos, seringas, ampolas de soro, luvas, filtros bacterianos, contentor de recolha de agulhas, solução de base alcoólica, sondas de aspiração, mungidor, clampe, estetoscópio, entre outros.

De seguida, assegurava-me de que a cama estava equipada com bala de oxigénio, insuflador manual, clampe e equipamento de monitorização cardíaca e hemodinâmica. Só então, esta era levada para o BO para que os colegas procedessem ao transporte do cliente até à unidade.

A admissão do cliente na unidade deve assegurar a continuidade terapêutica e garantir a sua segurança, pelo que a transmissão de informação dos colegas do BO deve contemplar a identificação do doente (nome, idade, anamnese), as comorbidades existentes (alergias, função renal, diabetes, acidentes vasculares cerebrais prévios, doença vascular), a cirurgia realizada (tipo de cirurgia, tipo de prótese, número de enxertos, uso de circulação extracorporeal, intercorrências no intra-operatório, assistência mecânica, assistência ventricular), os fármacos em perfusão, o débito urinário, as drenagens, o estado neurológico, a antibioterapia instituída e a analgesia administrada.

Entretanto, o enfermeiro da UCICT responsável pelo cliente deverá promover o seu conforto; garantir uma ventilação eficaz; registar parâmetros vitais e ventilatórios;

verificar a permeabilidade das drenagens torácica, vesical e gástrica; executar colheita de sangue para rotinas (se aplicável) e gasometria; acolher a família.

Paralelamente, o enfermeiro responsável pelo transporte do doente fixa o monitor na respetiva base; realiza a calibração da leitura das pressões invasivas; coloca seringas infusoras na rampa preparada para tal; garante a permeabilidade dos acessos vasculares. Se o cliente se encontrar instável, o enfermeiro do bloco deverá manter-se na UCICT até a sua presença não ser mais necessária.

Sucintamente, o período pós-operatório imediato inicia-se ainda no bloco operatório sob os cuidados da equipa perioperatória e estendem-se até à unidade de cuidados intensivos, local onde um conjunto de ações rápidas e sincronizadas devem ser colocadas em prática e que passam pela conexão ao ventilador da unidade, pela monitorização de sinais vitais, pelo aquecimento do cliente, pela verificação dos drenos, pelo controlo horário da diurese, pela administração de terapêutica e pelas avaliações frequentes do estado de consciência e de dor.

Embora muitos doentes cheguem à unidade já em ventilação espontânea, outros tantos chegam em ventilação assistida/controlada, necessitando de cuidados particulares. Quanto à ventilação, Reis (2013) explica que “quanto ao modo ventilatório, este será o que melhor se adequar ao doente e às suas necessidades fisiopatológicas. Deve adaptar-se o ventilador ao doente, e não o doente ao ventilador” (p. 466) O autor diz ainda que

todos os doentes devem, à partida, ser candidatos a extubação precoce (...). Apesar de ser tecnicamente possível a extubação no bloco operatório numa percentagem elevada de doentes, por questões de *turnover* da sala, pode ser preferível proceder à extubação após a chegada à UCI (p. 467)

Reis (2013) indica mesmo alguns aspetos a considerar para se proceder ao desmame ventilatório, nomeadamente, adequado estado de consciência do cliente, normotermia e evidência de boa perfusão periférica, radiografia de tórax sem evidência de infiltrados pulmonares relevantes, estabilidade hemodinâmica (apesar de amins ou balão intra-aórtico) e reintervenção cirúrgica não previsível.

O protocolo da UCICT para o desmame ventilatório e extubação de clientes no pós-operatório implica uma avaliação prévia da situação clínica. Além dos aspetos atrás referidos, importa proceder a uma correta avaliação da função respiratória: frequência respiratória inferior a 30 ciclos por minuto, força inspiratória negativa superior a 15-20cm H₂O; volume corrente superior a 5ml/kg, PaCO₂ inferior a 50mmHg, PaO₂ superior a 70mmHg e FiO₂ preferencialmente inferior a 0.5.

A passagem de ventilação mecânica para ventilação espontânea com peça em T, a ocorrer, deve ser efetuada garantido que o cliente permaneceu em modo ventilatório de pressão assistida com nível de pressão de 8-15cm H₂O por um período não inferior a trinta minutos e que nenhum cliente deve permanecer em pressão assistida com um nível de pressão inferior a 8cm H₂O.

Reis (2013), fazendo referência à prática instituída ao longo de vários anos, reporta para a necessidade, quase obrigatória, de manter os doentes em ventilação mecânica no período pós-operatório de cirurgias prolongadas ou extensas. Lembra que “(...) foi considerado que a cirurgia cardíaca obrigaria a ventilação sistemática no pós-operatório, tendo sido considerada, até há pouco tempo, uma técnica *standard* neste pós-operatório, devido às elevadas doses de opióides utilizadas bem como pelo receio de isquemia do miocárdio.” (pp. 467-468)

Contudo, no CHVNG/E a cirurgia de *fast-track* é uma prática corrente. Wong, Lai, Chee e Lee (2016) explicam que os cuidados inerentes ao *fast-track*, no contexto da cirurgia cardíaca, consistem numa intervenção complexa que contempla diferentes aspetos durante a anestesia e que se prolonga para o período pós operatório, com os objetivos de se proceder a uma extubação precoce após a cirurgia, de reduzir o tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos e no hospital. Segundo estes, os cuidados *fast-track* à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, seguros e efetivos, reduzem os custos hospitalares.

Indo de encontro ao que Reis (2013) havia descrito, Wong, Lai, Chee e Lee (2016) lembram que no passado a anestesia para a cirurgia cardíaca consistia na administração de doses elevadas de opióides, o que implicava suporte ventilatório na noite que se seguia à cirurgia. Hoje em dia, em muitas instituições procede-se à extubação ainda na sala operatória ou poucas horas após a cirurgia. Esta técnica surge como uma estratégia que melhora a eficiência hospitalar.

Como se compreende, a denominação de *fast-track* refere-se a técnicas de extubação precoce que, segundo Reis (2013), se efetivam no período de uma a seis horas após a cirurgia cardíaca. O autor enfatiza que

vários trabalhos têm vindo a referir como exequível e segura a extubação traqueal ainda no bloco operatório. Outros, apesar de considerarem possível e segura a extubação traqueal imediatamente após a cirurgia, sugerem ser recomendável alguma demora na extubação traqueal, devido ao risco de hemorragia mediastínica, hipotermia, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia ou *shivering*. (p. 468)

Reis (2013) ressalva, ainda, que a técnica de *fast-track* não deve ser usada em ambientes não organizados ou inexperientes e aponta linhas de orientação para a

extubação precoce: cliente acordado e minimamente colaborante (condição essencial); estabilidade hemodinâmica; normotermia, sendo aceitáveis temperaturas acima de 35.5°C; ausência de hemorragia significativa (atender ao volume e às características da drenagem) e função respiratória suficiente – saturação periférica de O₂ acima de 91 a 93%. Sublinha que para o sucesso desta estratégia convergem vários fatores, nomeadamente, os avanços na anestesia, na cirurgia, nas técnicas de circulação extracorporeal (CEC) e no melhor conhecimento da fisiopatologia do pós-operatório. De qualquer forma, e apesar de todos estes aspetos, esclarece que o sucesso do *fast-track* é sobretudo influenciado pela atuação e experiência de medicina intensiva da equipa que assegura o pós-operatório.

Wong, Lai, Chee e Lee (2016) na revisão sistemática de literatura que realizaram, intitulada de *Fast-Track cardiac care for adult cardiac surgical patients*, concluíram que uma anestesia geral com recurso a baixas doses de opióide e a protocolos de extubação orientados pelo tempo, no contexto de cirurgia cardíaca *fast-track*, apresentam um risco de mortalidade e complicações pós-operatórias *major* semelhantes a uma intervenção convencional, pelo que parecem ser seguras em doentes com risco baixo a moderado. Concluiu-se, ainda, que a intervenção *fast-track* reduziu o tempo até à extubação e o tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos, não tendo contribuído para a redução de tempo de permanência no hospital.

É então no contexto da UCICT que, após recolher as informações pertinentes da passagem de turno, dedicava algum tempo a analisar o processo clínico do cliente com o objetivo de contextualizar a sua situação clínica. Percorria os registos de enfermagem; avaliava a tabela terapêutica e correlacionava com os problemas apresentados; analisava exames complementares de diagnóstico, tais como, dados analíticos ou radiografias.

Sendo um enfermeiro ligado à área da anestesiologia, a dor surge naturalmente como um foco da minha especial atenção. Consegui fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar dos clientes, otimizando as suas respostas. Além da gestão das medidas farmacológicas de combate à dor, procurei implementar medidas não farmacológicas, tais como, a identificação de posturas e movimentos que diminuem a sensação de dor e a massagem.

Segundo Pandharipande e McGrane (2018), muitos doentes críticos experienciam dor devido a doença ou lesão subjacentes, a um procedimento cirúrgico recente ou a estímulos nóxicos resultantes de intervenções comuns numa unidade de

cuidados intensivos, tais como, intubação traqueal, sonda nasogástrica, ventilação mecânica ou cuidados de enfermagem, como os posicionamentos.

Ponce (2012) já havia lembrado que “a dor é hoje considerada como o 5º sinal vital, como tal deve ser avaliada e registada de forma quantificada para se poder monitorizar a eficácia do seu controlo.” (p. 298) Reforçando a importância da utilização de escalas de avaliação, o autor refere que a dor

tratando-se de um sintoma, é subjetiva e individual, modulada por fatores emocionais, pelo que a forma mais correta da sua avaliação, sempre que possível, é a autoavaliação pelo próprio doente, utilizando-se para o efeito, indistintamente, escalas de autoavaliação, como a escala numérica, ou escalas visuais analógicas, em que o doente assinala a intensidade da dor numa escala de números ou imagens como correspondendo a um número de 0 (ausência de dor) a 10 (dor pior possível). (p. 298)

O autor determina como objetivo fulcral da analgesia a otimização do conforto do cliente “(...), tendo como objetivos secundários a atenuação da resposta fisiológica negativa à dor, que inclui o hipermetabolismo, aumento do consumo de oxigénio, hipercoagulabilidade e as alterações da função imune.” (p. 298). Sustentando esta ideia, Mariano (2017) explica que o controlo da dor peri-operatória tem como objetivos aliviar o sofrimento, promover a mobilização precoce após a cirurgia, reduzir os dias de internamento e alcançar a satisfação do cliente. Os regimes terapêuticos dirigidos para o controlo da dor devem considerar a condição médica, psicossocial e física dos clientes, entre os quais, a idade, o medo ou a ansiedade, o procedimento cirúrgico realizado, as preferências pessoais e a resposta à terapêutica instituída. A estratégia adequada para o controlo da dor peri-operatória consiste numa terapia multimodal de forma a reduzir a necessidade de opióides.

A dor peri-operatória resulta da inflamação causada pela lesão dos tecidos (ou seja, incisão cirúrgica, disseção, queimadura) ou pela lesão direta do nervo (secção, estiramento ou compressão do nervo). Neste sentido, Ponce (2012) explica que “a lesão tissular (...) liberta mediadores inflamatórios locais, como bradiquinina, substância P, prostaglandinas, serotonina, etc., que produzem o aumento da sensibilidade a estímulos dolorosos na área que rodeia a lesão” (p. 298)

Mariano (2017) relembra que, tradicionalmente, o controlo da dor peri-operatória aguda baseava-se apenas em medicação opioide de modo a atingir os mecanismos centrais relacionados com a perceção de dor. Contudo, o que se preconiza atualmente é uma abordagem conhecida por analgesia multimodal que recorre a diferentes agentes, o que reduz a dependência de uma única medicação e mecanismo, e

pode reduzir ou eliminar a necessidade de opióides. A sinergia entre opióides e não opióides reduz tanto a dose total de opióides necessária, como os seus efeitos secundários.

A UCICT possui um procedimento referente à analgesia no pós-operatório de cirurgia cardíaca e torácica, elaborado com o objetivo de uniformizar e protocolar a terapêutica analgésica durante o internamento dos clientes submetidos a cirurgia. Neste sentido, a gestão da dor é feita com base em evidência cientificamente validada na escolha dos fármacos, garantindo maior eficiência e segurança para os clientes, pelo que considero ser uma abordagem multidisciplinar e global da dor aguda no pós-operatório.

Após o primeiro contato com o cliente, procedia à colheita de sangue para as análises de rotina e para a gasometria. Interpretava-a e implementava os protocolos terapêuticos instituídos na unidade, como por exemplo, os protocolos referentes à reposição de potássio ou à administração de insulina. Perante os clientes ventilados, avaliava a adaptação ao modo ventilatório. Ponderava sobre a possibilidade de progredir no desmame ventilatório e discutia com a enfermeira de referência possíveis ajustes dos parâmetros ventilatórios. Monitorizava os sinais vitais do cliente. Avaliava a sua estabilidade eletrocardiográfica e hemodinâmica. Confirmava a terapêutica em curso. Otimizava-a e garantia que estava preparada medicação que necessitava de substituição imediata, como é o caso das drogas vasoativas. Aliás, a gestão da terapêutica vasoativa e da sedação e analgesia é uma área em que os enfermeiros da UCICT ganharam grande autonomia. Avaliava, também, as drenagens gástrica, vesical e torácica.

Seguiam-se, então, os cuidados de higiene, a transferência dos clientes para o cadeirão quando tal era possível, a introdução da dieta, a execução dos pensos dos diferentes dispositivos, como são a linha arterial e o cateter venoso central. Quando tal se proporcionava, assistia à remoção dos drenos torácicos. Assegurava o conforto, segurança e a privacidade dos clientes.

A privacidade, intimidade, confidencialidade e proteção de dados dos clientes são, sem margem para dúvida, aspetos tidos como fundamentais na UCICT, encontrando-se protocoladas condutas e atitudes. O respeito pela privacidade do cliente é uma forma de o proteger de intromissões e violações externas ou fugas de informação. Reveste-se, pois, de uma condição de inacessibilidade física e informacional.

O sigilo profissional estende-se a toda a informação obtida das pessoas e dos seus familiares, devendo esta ser partilhada apenas se for pertinente e com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. A OE (2015) explica claramente que o segredo profissional não é um privilégio, mas sim uma responsabilidade do profissional.

“Algumas informações são confiadas ao enfermeiro, com base numa relação estabelecida. Outras encontram-se escritas no processo e há que ter em conta a pertinência, o pressuposto de serem próprias para o fim a que se destinam” (p. 79).

No que à vida privada diz respeito, importa explicar que, embora não estando definida legalmente, “(...) considera-se que, no geral, inclui a vida íntima, nomeadamente a afetiva, sexual e familiar. As doenças, as convicções políticas ou religiosas e o património estão também abrangidos pela reserva da vida privada” (p. 84).

Ao longo do turno registava os sinais vitais, a medicação administrada, os parâmetros ventilatórios, os resultados da gasometria, as entradas de fluidos, as drenagens, os exames complementares realizados e todas as informações pertinentes em folha própria.

Toda a documentação clínica de enfermagem utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e preconizava-se, se aplicável, a documentação de diferentes focos: autocuidado, respiração, circulação, temperatura corporal, nutrição, metabolismo energético, autovigilância, volume de líquidos, eliminação intestinal e urinária, tegumento (pele e tecidos), reparação (hábitos de sono), dor, consciência, infeção, autocontrolo, comportamento de adesão (exercício, dietético, medicamentoso, terapêutico), gestão do regime terapêutico, uso de substâncias, papel do prestador de cuidados, *stress* do prestador de cuidados, comunicação, entre outros.

Coadjuvando todo o trabalho desenvolvido com os clientes submetidos a cirurgia cardiotorácica, os colegas especialistas em enfermagem de reabilitação avaliavam a funcionalidade e diagnosticavam alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade e concebiam e implementavam planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista o autocontrolo e autocuidados nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

No decorrer do estágio de opção, programou-se um turno no serviço de internamento de cardiotorácica para acompanhar as consultas de *follow up* dos clientes submetidos a cirurgia. Trata-se de uma consulta de enfermagem que foi sendo pensada dentro da equipa de forma a providenciar aos clientes uma resposta global às suas necessidades após o regresso ao domicílio.

Tive a oportunidade de assistir a quatro consultas de seguimento de clientes submetidos a cirurgia cardíaca, aliás uma das consultas consistia numa reavaliação, ou seja, numa segunda consulta. Na semana anterior, segundo os relatos da filha da cliente e da enfermeira, a senhora encontrava-se dependente nas atividades de vida diária, receosa

de retomar as suas rotinas. A filha, sorridente, afirmava ter-se verificado uma grande mudança após a consulta. Sentia-se menos sobrecarregada, porque até então o grau de dependência era muito elevado e a cliente pouco deambulava.

Apercebendo-me do impacto altamente positivo da consulta de enfermagem nesta família, senti que estava perante uma intervenção de enfermagem totalmente autónoma, com reais ganhos para a saúde da cliente e da sua família, nomeadamente ao que ao bem-estar e autocuidado diz respeito. O papel da equipa de enfermagem havia sido fundamental no acompanhamento e na preparação para o regresso ao domicílio desta cliente.

Acompanhar as consultas de seguimento foi uma atividade que contribuiu grandemente para a minha aprendizagem, isto porque encontrei uma intervenção de enfermagem estruturada, claramente assente no processo de enfermagem, e que procura apoiar os clientes no período pós-operatório, momento de muitas dúvidas e inseguranças.

A consulta de *follow-up* contempla diversos focos de atenção, considerando as necessidades específicas dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, tais como, o conhecimento, a ferida cirúrgica, o regime medicamentoso, o regime de exercício, o regime dietético, a aceitação do estado de saúde, o sono, o edema, o metabolismo, a dor, a infeção, a hipertensão, o autocuidado, a ventilação ou o stress do cuidador.

Esta consulta de enfermagem resulta, assim, numa resposta muito consistente às necessidades dos clientes submetidos a cirurgia cardíaca e das suas famílias, apoiando-os de uma forma contínua, além do período de internamento. Desta feita, e a meu ver, esta consulta contribui para a satisfação do cliente na medida em que permite estabelecer uma parceria com o mesmo, envolver os conviventes significativos, minimizar o impacto negativo da cirurgia e intervir de forma precisa, eficiente, em tempo útil, de modo eficaz e de forma holística.

Naturalmente, trata-se de uma oportunidade excelente para a promoção da saúde e que permite o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. Constitui, também, um momento privilegiado para a prevenção de complicações, nomeadamente, através da identificação de problemas potenciais, da prescrição de intervenções de enfermagem face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados.

A consulta de *follow-up* é, ainda, uma ferramenta importante na promoção do bem-estar e do autocuidado, como por exemplo, na gestão do impacto emocional decorrente da cirurgia e da relação terapêutica, e na readaptação funcional, uma vez que

se trata de uma oportunidade de ensino, instrução e treino sobre a adaptação individual necessária.

Parece-me, pois, que a consulta de seguimento é uma boa prática, beneficiando claramente os clientes e reforçando o papel da enfermagem como profissão autónoma e com saber próprio. Esta é uma intervenção que se enquadra nos padrões de qualidade preconizados pela ordem dos enfermeiros e que permite ganhos em saúde mensuráveis, diretamente resultantes da intervenção do enfermeiro.

A título conclusivo, considero que a UCICT se revelou um campo de estágio ideal para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Através da descrição das atividades realizadas, foram sendo evidenciadas competências no cuidado à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; na gestão de protocolos terapêuticos complexos; na gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; na assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; no estabelecimento da relação terapêutica.

Como sugestões, considere que seria pertinente implementar na UCICT ferramentas para a avaliação dos níveis de sedação e avaliação da dor em doentes ventilados, como são, respetivamente, a *Richmond Agitation-Sedation Scale* e a *Behavioral Pain Scale*.

3.2. Prevenção e controlo da infeção

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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, constitui uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

A OE, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (2011), reforça a dimensão desta competência quando afirma que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção.” (p.7)

As infeções associadas aos cuidados consistem num dos eventos adversos mais comuns, constituindo um problema de saúde pública significativo com repercussões na morbidade, mortalidade e qualidade de vida. Até sete por cento de doentes em países desenvolvidos e dez por cento, no caso dos países em desenvolvimento, vão contrair pelo menos uma infeção associada aos cuidados de saúde. Estas infeções representam, também, um ônus económico e social (OMS/WHO, 2016).

Esta problemática reveste-se de tamanha importância que, no plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, se definiu como objetivo estratégico prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. No Despacho n.º 1400-A/2015 explica-se que “as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. (...), cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.” (p. 3882 -9)

No mesmo despacho, lê-se que o controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares, tendo levado à fusão do programa de prevenção e do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa da prevenção das resistências aos antibióticos no programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos. Este programa surge, assim, com o objetivo de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas baseadas na evidência.

Atendendo a esta problemática, norteiei a minha prática pelas normas emanadas pelo GCL-PPCIRA e pela DGS, nomeadamente, os feixes de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, de prevenção de infeção de local cirúrgico, de prevenção de pneumonia associada à intubação. Houve a preocupação de cumprir as precauções básicas do controlo de infeção (PBCI). Nos diferentes contextos de ensino clínico, os equipamentos de proteção individual (EPI) encontravam-se acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação, sendo de uso único.

De acordo com a norma 029/2012 da DGS, “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p. 3). Assim sendo, a “aplicação das PBCI durante a

prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.” (p.3)

Importa referir que as PBCI são compostas por 10 itens que se apresentam numa abordagem global: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

As PBCI, segundo a norma 029/2012 da DGS,

destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (p.10)

Contudo, as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos, estando, em casos específicos, indicadas medidas adicionais. Ou seja, precauções baseadas nas vias de transmissão (contato, aérea e gotículas).

Ainda no âmbito do controlo da infeção, quero sublinhar que no estágio III: opção presenciei a realização de diversas auditorias internas, nomeadamente, em relação aos 5 momentos de lavagem das mãos e à correta utilização das luvas. Os resultados das auditorias foram discutidos nas passagens de turno.

Além disso, na UCICT são efetuadas auditorias à desinfeção da unidade do cliente realizada pelas assistentes operacionais. Esta verificação faz-se com recurso a uma zaragatoa aplicada ao equipamento da unidade, com o objetivo de averiguar a percentagem de micropartículas existentes.

De acordo com os protocolos da UCICT eram realizados rastreios aos clientes, mais concretamente, rastreios ao MRSA e à *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC). Relativamente à KPC houve um surto em agosto de 2015 no CHVNG/E. Verificou-se à data uma taxa de transmissão cruzada elevada, mas muito variável, consoante o local de internamento: desde nula a mínima nas unidades de cuidados intensivos polivalente e de cirurgia cardiotorácica, a muito elevada nos serviços de internamento da medicina interna e de cirurgia. A deteção de um rastreio positivo implica, necessariamente, a implementação de medidas de isolamento de contato.

Durante o estágio III: opção, foi-me proporcionada a oportunidade de visitar o serviço central de esterilização. Este contempla diferentes áreas: descontaminação, inspeção, preparação e embalagem, preparação de têxteis, esterilização e armazém de estéreis. O enfermeiro chefe teve a amabilidade de explicar todo o processo necessário para a correta desinfecção e esterilização dos dispositivos médicos, tratamento de equipamento contaminado e a respetiva distribuição para os serviços de destino. Ficou, ainda, assinalada a estreita colaboração com a Comissão de Controlo de Infeção na prevenção e controle das infeções hospitalares e formação dos profissionais de saúde.

As práticas clínicas proporcionaram diferentes oportunidades de consolidar conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção, tendo-me levado a explorar o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Isto reflete-se, naturalmente, numa prestação de cuidados de qualidade e segura. Detenho, neste momento, um corpo de conhecimentos na área da higiene hospitalar e consigo estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face as vias de transmissão. A consolidação destas competências concorre para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Existe na UCICT um enfermeiro dinamizador do GCL-PPCIRA com a responsabilidade de, em concordância com o protocolo do serviço, sensibilizar os pares para as questões de prevenção e controlo da infeção; participar na elaboração de normas para a UCICT, transpô-las para a prática e validar o cumprimento das mesmas; identificar problemas de estrutura, de processo e/ou resultados, alertar o GCL-PPCIRA em caso de suspeita de surto epidémico ou de outras situações de risco em controlo de infeção; sugerir a adoção de medidas consideradas necessárias para a prevenção e controlo de infeção; colaborar na recolha de dados para os estudos de vigilância epidemiológica e nas auditorias às práticas no serviço; assegurar que os cuidados prestados a cada cliente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo da infeção; participar e dinamizar as ações de formação promovidas no serviço na área da prevenção e controlo da infeção e colaborar com o GCL-PPCIRA na identificação de necessidades de formação no serviço.

3.2.1. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico

A infeção do local cirúrgico “está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese” (DGS, 2015, p. 5), podendo acarretar consequências significativas para a qualidade de

vida dos clientes, uma vez que está associada a uma morbidade considerável e a tempos de permanência no hospital prolongados, além de representar custos elevados para as instituições de saúde (National Institute for Health and Care Excellence, 2008).

Tanner, Dumville, Norman e Fortnam (2016), explicam que a transferência inadvertida de microrganismos, tais como bactérias, para o local cirúrgico de um cliente durante o procedimento cirúrgico pode resultar em infecção da ferida. A infecção do local cirúrgico resulta, como já se constatou, em cicatrização da ferida comprometida, internamentos prolongados, maior uso de antibióticos, dor evitável e, em casos limite, na morte do cliente.

Segundo Spruce (2016), a infecção do local cirúrgico é uma consequência inadvertida e, muitas vezes, evitável da cirurgia. Na verdade, existe inúmera literatura relacionada com a prevenção da infecção do local cirúrgico, sendo responsabilidade dos profissionais, de acordo com o seu contexto de trabalho, rever a evidência científica e trabalhar em conjunto para implementar medidas de prevenção, nomeadamente, profilaxia antibiótica, banho pré-operatório ou suturas antimicrobianas. Além disso, os profissionais devem seguir as diversas recomendações que contribuem para a redução do risco de infecção do local cirúrgico, particularmente a adequada higiene das mãos, a utilização de roupa limpa, o cumprimento da lista de verificação de segurança cirúrgica e, ainda, alertando para alguma falha detetada nos procedimentos estéreis. A autora atrás referida, reforça os benefícios da prevenção da infecção do local cirúrgico, nomeadamente, a redução da mortalidade dos clientes e a diminuição do ónus que estas infeções representam para o sistema nacional de saúde.

A implementação do “feixe de intervenções” de prevenção de infecção do local cirúrgico (DGS, 2015) obriga ao cumprimento de forma integrada de cinco intervenções: realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência; cumprir a profilaxia antibiótica dentro dos sessenta minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; evitar a tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica; manter a normotermia perioperatória e manter a glicemia inferior ou igual a 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes. As orientações para a prevenção da infecção do local cirúrgico do *Centers for Disease Control and Prevention*, emanadas em 2017 e fundamentadas com recomendações baseadas na evidência, sobrepõem-se quase na íntegra às da norma da DGS. É feita recomendação para a preparação da pele na sala operatória com um agente de base alcoólica, salvo

contra-indicação. Não está indicada a aplicação de agentes antimicrobianos tópicos na incisão cirúrgica. É dada, também, orientação para a administração de uma fração de oxigénio inspirada superior durante a cirurgia e após a extubação, no período pós-operatório imediato e em clientes com função pulmonar normal sujeitos a anestesia geral e a intubação endotraqueal. A transfusão de sangue também não deve ser protelada na tentativa de prevenir a infeção do local cirúrgico (Berríos-Torres et al., 2017).

Segundo Armstrong e Meyr (2018) a ocorrência de infeção do local cirúrgico depende da interação complexa de vários fatores, nomeadamente da natureza e do número de organismos no local cirúrgico, da profilaxia antibiótica, do estado de saúde do cliente e da técnica cirúrgica. Os hábitos tabágicos, a idade, a obesidade, a malnutrição, a diabetes e terapia imunossupressora constituem fatores de risco para a infeção do local cirúrgico.

O contexto da prática clínica I: urgência alertou-me para um fator que poderá ter um impacto negativo no risco de infeção do local cirúrgico e que se prende com o planeamento das cirurgias. Uma vez que os procedimentos cirúrgicos propostos a partir do SU são de carácter urgente ou emergente, a preparação dos clientes não abarca todos os aspetos preventivos do risco de infeção do local cirúrgico, como é o caso do banho pré-operatório.

Anderson e Sexton (2017) explicam que os doentes sujeitos a procedimentos cirúrgicos urgentes ou emergentes apresentam maiores riscos de eventos adversos, nomeadamente, de infeção do local cirúrgico. Para os autores, em alguns casos, é possível adotar medidas que adiem um procedimento emergente ou que otimizem a fisiologia do doente e a sua perfusão tecidual.

Segundo os autores anteriores, a opção por procedimentos minimamente invasivos e laparoscópicos está genericamente associada a taxas inferiores de infeção do local cirúrgico quando comparados com cirurgia aberta.

Nolan et al. (2017), por sua vez, explicam que o tabagismo está associado a um risco aumentado de infeção do local cirúrgico e de outras complicações. Esta é, aliás, uma das questões abordadas na consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia cardiotorácica do CHVNG/E.

Para Tanner, Norrie e Melen (2011), no caso de ser necessária a tricotomia, a utilização de *clipping* aparenta resultar em menos infeções do local cirúrgico do que nos casos em que se utiliza uma lâmina. Tradicionalmente, os clientes submetidos a cirurgia tinham os pelos removidos no local da incisão, contudo, com base na evidência existente, não está claro que a tricotomia pré-operatória afete as taxas de infeção do local cirúrgico.

Segundo Logan et al. (2016), a infecção do local cirúrgico após a cirurgia cardíaca acarreta consequências devastadoras no que à morbidade e mortalidade dos clientes diz respeito. Para contextualizar esta problemática, importa compreender que, apesar das instituições de saúde, nos dias de hoje, usufruírem de avanços tecnológicos sem precedentes, tratam uma população envelhecida e que vive com mais comorbidades do que alguma vez antes. Sendo esta uma problemática que envolve todos os elementos da equipa multiprofissional, os enfermeiros abarcam uma grande responsabilidade, estando na linha da frente da prevenção da infecção desde a preparação pré-operatória, passando pela avaliação pós-operatória, pela educação do cliente e pela avaliação da dor. O papel do enfermeiro é ainda mais abrangente, e talvez seja aí que o enfermeiro especialista tenha de demonstrar uma intervenção diferenciada, nomeadamente, no desenvolvimento de políticas e procedimentos, na realização de auditorias, no controlo da qualidade, na salvaguarda de rácios enfermeiro/cliente adequados, na alocação dos recursos necessários, entre outras responsabilidades. É no campo da responsabilidade profissional que os enfermeiros devem contribuir para reduzir o risco e a incidência de infecção do local cirúrgico.

Como fatores de risco e aspetos dos cuidados perioperatórios que contribuem para a incidência de infecção do local cirúrgico após cirurgia cardíaca, Logan et al. (2016) identificaram a idade, a diabetes, a obesidade, o tempo operatório, o controlo da glicémia, a reintervenção cirúrgica, as transfusões sanguíneas, a cirurgias em contexto de emergência, bem como, a implementação das melhores práticas recomendadas, como por exemplo, o banho pré-operatório.

No BO de cirurgia cardiorácica do CHVNG/E verifiquei que há uma particular preocupação com o controlo da infecção, nomeadamente, com a profilaxia antibiótica, com a higiene das mãos, com a utilização correta do vestuário e dos equipamentos, com o despiste de *MRSA*, com a assepsia da pele, com a tricotomia, com a manutenção da normotermia, com o tráfego limitado de profissionais nas salas operatórias, com o controle da glicémia ou com a técnica cirúrgica.

3.3. Catástrofe ou emergência multivítima

A competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica que me parece mais ambiciosa passa pela dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação. Segundo a Lei n.º 156/2015, Artigo 79.º - Dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro tem o dever de

“ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p. 8079).

Segundo a Lei 27/2006, Artigo 3.º, “catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”. (p. 5316)

No entanto, Montán (2015) relembra que existe um espectro alargado de definições do termo “desastre” / “catástrofe” proposto na literatura. A definição que ganhou mais visibilidade foi a adotada pela OMS, segundo a qual uma catástrofe é o resultado de um grande colapso ecológico entre o Homem e o seu meio ambiente, uma séria e repentina (ou lenta, como na caso da seca) disrupção em tal escala que a comunidade atingida necessita de esforços extraordinários para lidar com a situação, muitas vezes com recurso a ajuda internacional, nomeadamente na área da saúde. Como se constata, esta definição restringe o termo “desastre” a cenários de grande dimensão, resultado de perturbações naturais e climáticas (desastres naturais) e a conflitos armados. Entretanto, Lennquist (2012) já havia explicado que alguns países ou regiões com baixo risco para eventos desta natureza, usaram o termo “desastre” para definir incidentes resultantes da ação do Homem, como por exemplo, acidentes com transportes (aviões, comboios, autocarros, barcos) ou ataques terroristas. Para Montán (2015), tal ilustra a influencia da cultura, geografia, economia e tradições na terminologia. O que é considerado um “desastre” numa região poderá ser um evento rotineiro noutra. Este fato constitui, provavelmente, uma das razões por que tem sido difícil alcançar uma definição globalmente aceite.

Segundo a OMS/ WHO (2012), as catástrofes são imprevisíveis. Podem assombrar as comunidades a qualquer altura, causando o sofrimento humano e a perda de vidas. Se os sistemas nacional e regional, particularmente os sistemas de saúde, não estiverem preparados para lidar com uma crise, a vulnerabilidade dos indivíduos e das comunidades torna-se ainda mais evidente. Um aumento repentino na procura de serviços de saúde essenciais, resultado de uma crise, pode tornar-se avassalador para os sistemas de saúde e as suas instituições, tornando-os incapazes de assegurar as intervenções necessárias para salvar vidas.

Com o objetivo de enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da Madeira, foi criado o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

(PREPCRAM). A elaboração deste plano pretende dar resposta à “(...) generalidade das situações de emergência e que podem resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas, nomeadamente através de riscos naturais, tecnológicos e mistos.” (p. 11)

Lenquist (2012) explicara que na esfera do sistema de saúde, uma catástrofe é definida como uma situação em que os recursos disponíveis são insuficientes para a necessidade imediata de cuidados médicos. Não está relacionada com um número específico de doentes críticos ou indivíduos feridos, ou com níveis específicos de recursos, mas com o equilíbrio entre recursos e necessidade.

O autor definiu como objetivo do sistema de saúde, perante uma catástrofe, reduzir ou eliminar perda de vidas e de saúde, e conseqüentemente o sofrimento físico e psicológico, tanto quanto possível. A consecução dessa meta passa pela realocação de recursos para onde são mais necessários e a rápida mobilização de recursos adicionais, nomeadamente humanos e materiais, além da utilização ótima dos meios existentes através de prioridades bem definidas e da utilização de métodos simples de diagnóstico e tratamento. A realocação e mobilização de recursos obriga a planeamento e preparação, particularmente uma estrutura de coordenação e comando que defina os decisores para os mais diferentes níveis de atuação.

Na fase de emergência, representada pelas “(...) atividades e ações de resposta a situações de acidentes grave e catástrofe, levadas a cabo imediatamente após ter ocorrido o evento e destinadas a minimizar os impactos resultantes nos cidadãos, património e ambiente” (PREPCRAM, p. 35), cabe ao Serviço de Saúde da RAM (SESARAM) a ativação do plano de catástrofe de acordo com o plano de alerta e número de feridos; a formação do gabinete de crise; a articulação com o Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC); o fornecimento de informação de recursos disponíveis periodicamente; a constituição de equipas de atuação no hospital nos vários serviços; a triagem de doentes; a abordagem, o diagnóstico e o tratamento sequencial de acordo com prioridades; o estabelecimento de períodos de comunicação/ponto de situação; a mobilização de recursos existentes/extra; a coordenação da resposta no envolvimento de outras estruturas; o apoio logístico e de recursos humanos ao Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), por solicitação em caso de necessidade.

No contexto de estágio do serviço de urgência tive oportunidade de verificar a composição dos *kits* a serem utilizados em situações de catástrofe, organizados por ordem numérica e com objetivo de simplificar os processos de identificação e triagem de vítimas.

No que à gestão dos recursos disponíveis diz respeito, Lennquist (2012) explicara que a sua utilização ótima requiere educação e treino de todos os profissionais envolvidos na resposta à catástrofe. Não basta circunscrever-se ao seu trabalho habitual e procurar concretizá-lo de forma tão eficiente quanto possível. São necessários conhecimento e competências diferenciadas para responder adequadamente aos desafios específicos destas situações.

Ora, é na consolidação do conhecimento e das competências diferenciadas à resposta à catástrofe que, o facto de pertencer à equipa do *Madeira International Disaster Training Center* (MIDTC), criado em fevereiro de 2016, veio dar um enorme contributo. O curso MRMI, em particular, surgiu como uma pedra basilar do meu percurso profissional, ferramenta imprescindível na compreensão e gestão de toda a cadeia de resposta às situações de exceção. Esta formação baseia-se num modelo de simulação e permite o treino interativo perante situações catástrofe, tendo me permitido compreender e articular elementos chave da conceção dos planos institucionais e da liderança na resposta a situações de catástrofe e multivítima, nomeadamente no que à gestão de equipas diz respeito.

Baptista, Martins, Pereira e Mazzo (2014) apontam a simulação de alta-fidelidade como uma estratégia para a aquisição de competências num ambiente controlado e isento de riscos. Segundo os autores, “a enfermagem está a vivenciar uma nova realidade com a inclusão de novas estratégias no seu processo de ensino/aprendizagem” (p. 135)

Considerando que as situações de catástrofe não ocorrem com frequência, a aquisição de competências nesta área constitui um enorme desafio. Nesse sentido, Bento (2014) relembra que a simulação “permite que os alunos contactem com experiências que podem não estar disponíveis nos contextos clínicos imediatamente, mas que farão parte da prática no mundo real dos cuidados de saúde” (p. 23)

Montán (2015) explica que desde que foi desenvolvido em 2009, o sistema de simulação do MRMI tem sido usado no ensino e treino de estudantes de medicina e de enfermagem e de profissionais das mais diversas categorias. Foi criado por um grupo de especialistas internacionais do *European Society for Trauma and Emergency Surgery* cujo objetivo foi o de criar um curso interativo que abrangesse toda a cadeia de resposta à catástrofe, desde o cenário do acidente, passando pelo transporte de vítimas e à resposta pré-hospitalar, até à gestão das instituições de saúde.

Montán et al. (2014) já tinham enfatizado a necessidade e o benefício de modelos de simulação para treino da resposta à catástrofe. Uma das vantagens destes modelos é o treino simultâneo de todos os componentes da cadeia de resposta. Tal inclui a comunicação/ coordenação entre diferentes unidades, umas das falhas mais apontadas em situações desta complexidade. Este curso permite o treino e fortalece a capacidade de tomada de decisão em todos os níveis da resposta. Do meu ponto de vista, é uma ferramenta essencial para que os profissionais de saúde compreendam os princípios básicos de atuação em situações de catástrofe, identifiquem os vários tipos de catástrofe e as suas implicações, sistematizem as ações a desenvolver e coordenem os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe.

Em termos conclusivos, acredito que este meu percurso permitir-me-á, ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gerir equipas de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

Encerro este capítulo lembrando que Smith, Wasiak, Sen e Archer (2009) já haviam constatado, há muito, que o potencial para a catástrofe existe em todas as comunidades, tendo enfatizado que para mitigar potenciais cataclismos que assolam a humanidade no novo milénio, uma abordagem baseada na evidência para a gestão de catástrofes é premente.

CONCLUSÃO

“Cuidar Especializado à Pessoa em Situação Crítica: um percurso até à especificidade da cirurgia cardíaca”, a narrativa do processo transformativo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas no domínio da pessoa em situação crítica, bem como, de competências de Mestre, cumpriu o objetivo a que se propunha. Primeiro, na exposição inequívoca da capacidade de organização e planeamento de intervenções de enfermagem ao doente crítico e família, da consequente análise e reflexão sobre a prática e das incontornáveis implicações éticas. Segundo, no permanente confronto do “ato” com o estado da arte da ciência de enfermagem. Por fim, predispondo-se a ser comunicado, expandido, debatido.

No contexto de uma enfermagem madura, que extrapola a componente meramente tecnicista e se consolida nos planos científico e ético, definiram-se conceitos tão importantes como competência, qualidade, desenvolvimento profissional e deontologia, na certeza que as competências transversais aos enfermeiros especialistas constituíram um objetivo primordial, concretamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

Evidenciou-se o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, à semelhança da prática profissional, dentro da moldura legal vigente, num permanente respeito pela dignidade e liberdade da pessoa. Consciente da intencionalidade que deve habitar em cada intervenção, procurei manter um padrão de conduta condicente com a dignidade que caracteriza a profissão, através de um exercício seguro, profissional e ético e de processos de tomada de decisão rigorosos. Enquadrado numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, com os padrões de qualidade dos cuidados especializados bem enraizados, demonstrei ter uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil e que contempla a pessoa em situação crítica de uma forma holística. Privilegiei aspetos tão importantes como a comunicação, a relação terapêutica, a gestão da dor ou o cuidado da família. Promovi o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, principalmente no contexto de preparação do regresso a casa dos clientes submetidos a cirurgia cardiorádica. Baseei-me na evidência científica para fundamentar as minhas intervenções e acredito ter conseguido espelhar essa ambição através deste relatório de estágio. Dirigi a minha atenção para o domínio da gestão dos

cuidados e devo considerar que o ensino clínico opcional foi particularmente profícuo nesta aprendizagem. Num permanente confronto com situações novas, da redescoberta dos meus recursos e limites, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenrolou-se através de um processo de autoformação e autoconhecimento.

Num itinerário que percorre os serviços de urgência, cuidados intensivos polivalentes e de cirurgia cardiotorácia, revelou-se um particular interesse pelos cuidados de enfermagem à pessoa submetida à cirurgia cardíaca, sem nunca desviar-se da trajetória definida para a consolidação das competências específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente, no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima e na prevenção e controlo da infeção.

Consciente dos conhecimentos, competências e atitudes condicentes com o 2º Ciclo (Mestrado), espelhou-se a aplicação de conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática, do julgamento à tomada de decisão, passando pela comunicação e partilha dos mesmos. As competências de autoaprendizagem, subentendidas no projeto de autoformação desenhado para os ensinos clínicos, foram consolidadas.

Perante o desafio de condensar a riquíssima experiência proporcionada pelos ensinos clínicos num relatório, com o tempo fugidio, entre compromissos pessoais e profissionais, a resiliência impôs-se na concretização deste relatório.

É neste ponto do percurso que se vislumbram novas metas a alcançar, numa caminhada constante rumo ao desenvolvimento e consolidação de competências, que se materializam através do meu papel como responsável de equipa no bloco operatório; no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, particularmente, à pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica; no papel de elo do bloco operatório para a prevenção da infeção do local cirúrgico; como enfermeiro do CSCM; como instrutor do curso MRMI e como responsável de enfermagem de um serviço de internamento numa instituição privada. Tudo isto, consciente da responsabilidade que recai sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Anderson, D. J. & Sexton, D. J. (2017). *Overview of control measures for prevention of surgical site infection in adults*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-control-measures-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults>
- Armstrong, D. G. & Meyr, A. J. (2018). *Risk factors for impaired wound healing and wound complications*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-impaired-wound-healing-and-wound-complications>.
- Baptista, R. C. N., Martins, J. C. A., Pereira, M. F. C. R., & Mazzo, A. (2014). Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 135-144, doi: 10.12707/RIII13169
- Barretta, J.C., Auda, J.M., Barancelli, M.D.C. (2017). Postoperative in cardiac surgery: reflecting about nursing care. *Journal of research: fundamental care online*, 9(1), 259-264, doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264
- BÉLGICA. Conselho da União Europeia. (22 mai. 2017). Recomendação do Conselho relativa ao Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida. *Jornal Oficial da União Europeia*, 2017/C 189/03.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Bento, L. (2015). Doente cirúrgico de alto risco. In P. Ponce & J.J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 510-516). Lisboa: Lidel.

- Bento, M. C. (2014). Prefácio. In J. C. A., Martins, A. Mazzo, I. A. C. Mendes & M. A. Rodrigues (Orgs.). *A simulação no ensino de enfermagem* (pp. 21-25). Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Berrios-Torres, S., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B.; Stone, E.C., Schechter, W. P. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152(8), 784-791, doi:10.1001/jamasurg.2017.0904
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(1), 9-19, doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.001.
- Cacela, D., Bernardes, L. & Ramos, J. S. (2012). Síndromes Coronárias Agudas. In Ponce, P. (Coord.). *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 30-35). Lisboa: Lidel.
- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2016). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1273-1286, doi:10.1111/jan.12913
- Cucchiara, B. (2013). *Intraventricular haemorrhage*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/intraventricular-hemorrhage>
- Deodato, S. (2015). Prefácio I. In Ordem dos Enfermeiros. *Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 9-10). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dias, J. (2004). Perspetivas das Competências. *Nursing*, 188.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2017). Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira 2016. *Em Foco*. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-emfoco-gb/finish/312-saude-em-foco/8703-em-foco-2016.html>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e *Delirium*. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536 – 544). Lisboa: Lidel.
- Fairchild, S. (1993). *Comprehensive perioperative nursing review*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers.
- Falcão, F., Melo, T.P. & Ferro, J. (2015). Acidente Vascular Cerebral. In P. Ponce & J.J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 19-31). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, R. C. (2013). Via verde para a vida. *Teste Saúde*, (102), 18-21.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3–9). Lisboa: Lidel.
- Ferro, J. (2012). Hemorragia Subaracnoídea. In P. Ponce (Coord.). *Manual de Urgências e Emergências* (pp. 119-123). Lisboa: LIDEL.
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, (5), 183-196. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.
- Fragata, J. (2015). Pós-Operatório de Cirurgia Cardiorácica. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 517 – 528). Lisboa: Lidel.
- Freitas, P. (2012). Protocolo de triagem de Manchester: A gestão de risco como missão do serviço de urgência. In P. Ponce (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 1-7). Lisboa: Lidel.
- Gois, C. F. L., Aguillar, O. M., Santos, V. & Llapa-Rodríguez, E. O. (2012). Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 312-319. Retrieved from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300003

Gomes, J. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In Mesa do Colégio da Especialidade EMC, Livro de Resumos do 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (27 - 30). Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Gonçalves, R. (2015). Prefácio II. In Ordem dos Enfermeiros. *Deontologia Profissional de Enfermagem* (pp. 9-10). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Grupo Português de Triage. (2015). *Sistema de triagem de Manchester*. Retrieved from http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110

Henriques, G. (2016). *Reabilitação e cirurgia cardíaca: Revisão sistemática da literatura*. (Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Intensive Care Society (2013). *Core standards for intensive care units*. Reino Unido: The Intensive Care Society.

Kornusky, J. & Balderrama, D. (2017). Patient Admission: Admitting Patients to Intensive Care Units. *Nursing Practice & Skill*. CA: Cinahl Information Systems.

Lakanmaa, R.; Suominen, T.; Perttila, J.; Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and critical care nursing – Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 329-336, doi: 10.1016/j.iccn.2012.03.002

Lamas, T. (2015). Monitorização hemodinâmica: Do básico ao avançado. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 174 – 194). Lisboa: LIDEL.

- Lenquist Montán, K., Hreckovski, B., Dobson, B., Ortenwall, P., Montán, C., Khorram-Manesh, A., ... Lenquist, S. (2014). Development and evaluation of a new simulation model for interactive training of the medical response to major incidents and disasters. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40 (4), 429-443, doi: 10.1007/s00068-013-0350-y
- Lenquist S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff*. Berlin: Springer.
- Lenquist, S. (2012). Major incidents: Examples and experiences. In S. Lenquist (Eds). *Medical response to major incidents and disasters* (pp. 9 – 32). Berlin: Springer.
- Leung, K., Trevena, L. & Waters, D. (2016). Development of a competency framework for evidence-based practice in nursing. *Nurse Education Today*, 39, 189-196, doi: 10.1016/j.nedt.2016.01.026.
- Lindberg, E. (2006). Competence in critical care: What it is and how to gain it: A qualitative study from the staff's point of view. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25, 77 –81. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16552278>
- Logan, S., Quinn, D., Brault, D., Vandal, V., Paré, B. & Clarke, S. (2016). Risk Factors and Best Practices for the Prevention of Post-Cardiac Surgery Surgical Site Infections in a Tertiary Care Centre. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 19-26. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29461711>
- Macedo, A. P. (2015). A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional. In *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Mariano, E. R. (2017). *Management of acute perioperative pain*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-perioperative-pain>
- Marques, P. (2006) Princípios éticos gerais no agir em enfermagem. In P. Marques, J. C. Carvalho, P. Sousa, E. Borges & S. Cruz. *Rumo ao conhecimento em enfermagem* (pp. 15 – 34). Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João

- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (2nd ed.). United States of America: J. B. Lippincott Company.
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, J. (2015). Ventilação mecânica invasiva. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 94-112). Lisboa: Lidel
- Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., ..., Zideman, D.A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80, doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.038
- Montán, K. L. (2015). *Development and evaluation of a new simulation model for education, research and quality assurance in disaster medicine*. Retrieved from <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/38009>
- Morais, C. (2004). Perspetivas das competências. *Nursing*, 23-24
- Moxham, L. & Gagan, A. (2015). Clinical supervision as a means of professional development in nursing. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23, 37. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26454989>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Surgical site infections: prevention and treatment*. Retrieved from [em nice.org.uk/guidance/cg74](http://em.nice.org.uk/guidance/cg74)
- Neves, M. C. P. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Nolan, M. B., Martin, D. P., Thompson, R., Schroeder, D. R., Hanson, A. C., & Warner, D. O. (2017). Association Between Smoking Status, Preoperative Exhaled Carbon Monoxide Levels, and Postoperative Surgical Site Infection in Patients Undergoing Elective Surgery. *JAMA Surgery*, 152(5), 476–483, doi: 10.1001/jamasurg.2016.5704
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Author.

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>
- Paiva, A. (2004). O papel do enfermeiro. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Coords). *Para uma ética da enfermagem* (pp. 51 – 61). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Pandharipande, P. & Mcgrane, S. (2018). *Pain control in the critically ill adult patient*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient>
- Pires, A. L. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. (dissertação para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.
- Ponce, P. (2012). Dor aguda, ansiedade e agitação. In P. Ponce (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 298-300). Lisboa: Lidel.
- Ponce, P. (2015). Aspectos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536 – 544). Lisboa: Lidel.
- PORTUGAL. Ministério da Administração Interna. (3 ago. 2015). Lei 27/2006. *Diário da República n.º149, I.ª Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Educação e da Ciência. (16 ago. 2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República n.º 157, I Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República N.º 28, 2.ª Série*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2 fev. 2015) Despacho n.º 1057/2015. *Diário da República N.º 22, 2.ª Série*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 mai. 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República, n.º 102, 2.ª Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. RT 09/2013. 2013/04/01. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Acessível no Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 001/2017. 2017-02-08. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 015/2017. 2017-07-13. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 021/2015. 2015-12-16. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 029/2012. 2012-12-29. Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório. 2012-02-10. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República N.º 181, 1.ª série.*

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República N.º 35, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República N.º 35, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República N.º 123, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República N.º 205, 1.ª série.*
- Reeder, G. S., Awtry, E. & Mahler, S. A. (2018). *Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome (myocardial infarction, unstable angina) in the emergency department.* Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-suspected-acute-coronary-syndrome-myocardial-infarction-unstable-angina-in-the-emergency-department>
- Reis, J. (2013). Anestesia para cirurgia cardíaca. In H. Machado (Coord.). *Manual de anesthesiologia* (pp. 443-471). Lisboa: Lidel.
- Serviço Regional de Proteção Civil. (n.d). *Plano regional de emergência de proteção civil da região autónoma da madeira.* Retrieved from <https://www.procivmadeira.pt/pt/planeamento-emergencia/plano-regional-de-emergencia-prepcram.html>
- Smith, E., Wasiak, J., Sen, A., Archer, F. & Burkle, F.M. (2009). Three decades of disasters: A review of disaster-specific literature from 1977–2009. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(4), 306–311. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19806554>

- Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J. S. (2012). Dor torácica. In P. Ponce (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 23-29). Lisboa: Lidel.
- Spruce, L. (2016). Back to basics: Preventing surgical site infections. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29 (3), 13 – 18, doi: 10.1016/j.aorn.2014.02.002.
- Spry, C. (2009). *Essentials of perioperative nursing* (4th ed.). Canadá: Jones and Bartlett Publishers.
- Tanner, J., Dumville, J. C., Norman, G. & Fortnam, M. (2016). Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD004288.pub3.
- Tanner, J., Norrie, P. & Melen, K. (2011). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:10.1002/14651858.CD004122.pub4.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Thompson, I., Melia, K. & Boyd K. (2004). *Ética em Enfermagem* (4^a ed.). Loures: Lusociência
- Tunlind, A., Granstrom, J. & Engstrom, A. (2014). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 116-123, doi: 10.1016/j.iccn.2014.07.005.
- UNAIBODE. (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório – Desenvolver uma cultura da qualidade*. Loures: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem: Análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Warren, J., Fromm, R.J., Orr, R.A., Rotello, L.C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter – and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care*

Medicine, 32 (1), 256-262. Retrieved from
<http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/Inter-IntrahospitalTransport.pdf>

Wong W. T., Lai V. K. W., Chee Y. E. & Lee A. (2016) Fast-track cardiac care for adult cardiac surgical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD003587.pub3.

World Health Organization. (2012). *Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management: Strengthening health-system emergency preparedness*. Denmark: Author.

World Health Organization. (2016). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: Author.