

# Mestrado em Enfermagem
# Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

# Identificação e Intervenção Sobre os Fatores que Aumentam a Vulnerabilidade do Doente Crítico:

Uma Função Especializada de Enfermagem

**Mónica Figueiredo da Silva Bento**

**LISBOA**

**2017**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

# Identificação e Intervenção Sobre os Fatores que Aumentam a Vulnerabilidade do Doente Crítico:

Uma Função Especializada de Enfermagem

**Mónica Figueiredo da Silva Bento**

Orientador: Professor João Veiga

**LISBOA**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

*“Abri a janela, vozes a gritar,*
*Quero acordar alguém…*
*Ter a memória a correr atrás de mim,*
*O mundo ainda não parou!*
*Olhar para trás, sem medo de morrer,*
*Não perder o que quero lembrar.*
*Deixar cair para onde vais,*
*Coisas simples e reais…”*

Noiserv

# Agradecimentos

À Mariana e ao Renato, os responsáveis por ter iniciado, mantido e concluído este percurso. Pelo carinho, incentivo, confiança e perseverança, pelos abraços e pela presença constante. Pelos sorrisos e por estarem sempre comigo, em todos os momentos.

Aos meus pais. Pelos mimos, por serem o meu tudo e por me darem sempre tudo.

À Tânia e ao Lucas. Por darem vida e cor às minhas palavras e por estarem por perto, inclusive nos momentos em que o entusiasmo dava lugar a queixas intermináveis. Pelos jantares, pelos cafés e pela paciência.

À minha querida Bela. Pelas gargalhadas em tempos difíceis.

Aos tios e aos avós. Por crerem nas minhas capacidades, o que muitas vezes foi um incentivo para continuar a trabalhar.

Aos meus amigos. Por terem esperado em tempos de ausência.

À Liga das Últimas. Pelo companheirismo e pelo apoio.

À Enf[a] Mafalda, Enf[a] Raquel e Enf[o] Luís. Por me terem proporcionado oportunidades únicas de aprendizagem, pela disponibilidade e profissionalismo.

Ao Professor João Veiga. Pela orientação constante, suporte, motivação e exemplo.

A todos, o meu sincero e sentido obrigada.

# Lista de Siglas e Abreviaturas

AMI – Assistência Médica Internacional

ATLS – *Advanced Trauma Life Suport*

BIS – Índice Bispectral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

MRSA – *Stapylococcus Aureos* Meticilino Resistentes

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP – Países Africanos de LÍngua Oficial Portuguesa

PSC – Pessoa em Situação Crítica

qSOFA – *quick Sequential Organ Failure Assessment*

RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital

SAE – Serviço de Ambulâncias de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SOFA – *Sequential Organ Failure Assessment*

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

# Identificação e Intervenção Sobre os Fatores que Aumentam a Vulnerabilidade do Doente Crítico:
## Uma Função Especializada de Enfermagem


RESUMO

Este relatório decorre da concretização do projeto de estágio elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Nele estão descritas as intervenções e atividades realizadas, através da prestação de cuidados, ao doente crítico e em falência multiorgânica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência.

A pessoa em situação crítica está frequentemente dependente de recursos, humanos e tecnológicos para manutenção das funções vitais (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros). Essa dependência torna-a suscetível a dano ou prejuízo por parte de outros. À vulnerabilidade substantiva, caracteristica intrínseca do humano, acresce a vulnerabilidade adjetiva que está associada a pessoas ou grupos particularmente frágeis, entre os quais os que se encontram em situação crítica. Este fato, impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa, por se tratar de uma condição contingente e provisória, possível em ser mitigada (Neves, 2006).

Aprender a encontrar os outros em diferentes estádios de vulnerabilidade, implica a aquisição de competências que requerem, como explicita Benner, abertura e aprendizagem experiencial, ao longo do tempo (Benner, 2001). Assim, o percurso de aprendizagem foi ancorado nesta autora e as competências foram desenvolvidas sobre os domínios da função de ajuda, do diagnóstico e vigilância, da administração de protocolos terpêuticos e em matéria de organização e distribuição de tarefas.

Conhecer e atuar sobre os fatores de vulnerabilidade, nestes contextos, assume particular importância quando se ambiciona a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com impacto na diminuição de sentimentos de stress, preocupação, medo, ansiedade, insegurança, dependência, dor, desconforto e solidão (Baumgarten & Poulsen, 2015; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).



PALAVRAS-CHAVE

Vulnerabilidade; Cuidados Críticos; Doente Crítico; Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência.

# Identification and Intervention on the Factors that Increase Critical Patient Vulnerability:
## A Specialised Nursing Function


## ABSTRACT

This Report stems from the completion of the internship project elaborated in the framework of the Master's degree in Nursing of the critical patient. It describes the interventions and activities carried out, through the provision of care to the critical patient in multiorgan failure, in the context of an intensive care unit and emergency.

The critical patient is frequently relying on technical and human resources for maintenance of vital functions (Regulamento no124/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros). Such dependency renders it susceptible to damage or loss by others. The adjective vulnerability associated with individuals or groups including those in critical situations, is added to the substantive vulnerability, an intrinsic characteristic of the human being. This fact, imposes the ethical obligation of its defense, because it is a contingent and provisional condition, possible to be mitigated (Neves, 2006).

Learning to meet others at different stages of vulnerability implies the acquisition of skills that require, as Benner explicitly stated, openness and experiential learning over time (Benner, 2001).Thus, the course of learning was anchored in this author and the competences were developed on the domains of the help function, diagnosis and surveillance, administration of therapeutic protocols and on the organization and distribution of tasks.

In these contexts, knowing and acting on vulnerability factors is particularly important when it is sought to improve the quality of nursing care, with an impact on the reduction of feelings of stress, worry, fear, anxiety, insecurity, dependence, pain, discomfort and Loneliness (Baumgarten & Poulsen, 2015; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002).



## KEYWORDS

Vulnerability; Critical Care Nursing; Critical Patient; Intensive Care Units; Emergency Service.

# Índice

Introdução . . . . . 1

Capítulo 1
Enquadramento Teórico . . . . . 3

1.1 A vulnerabilidade como conceito e como princípio ético . . . . . 3
1.1.1 Vulnerabilidade, saúde e cuidados de saúde . . . . . 5
1.2 A pessoa em situação crítica vulnerável . . . . . 9
1.2.1 Fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade do doente crítico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e de Serviço de Urgência. . . . . 10
1.2.2 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica vulnerável: uma intervenção especializada de enfermagem. . . . . 15

Capítulo 2
Enquadramento Prático . . . . . 19

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente A . . . . . 20
2.2 Serviço de Urgência Geral com centro de trauma . . . . . 24
2.3 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente B . . . . . 33

Capítulo 3
Considerações Finais . . . . . 42

Referências Bibliográficas . . . . . 45

Anexos

Anexo I
Video de apresentação da formação:
Novas guidelines para o diagnóstico de sepsis e choque séptico

Anexo II
Video de apresentação da ação de sensibilização para as recomendações associadas à manutenção dos cateteres vesicais para a prevenção da infeção do trato urinário

Anexo III
Video de apresentação da formação:
Diretivas antecipadas de vontade

# Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de Vulnerabilidade . . . . . 6

# INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e constitui a descrição retrospetiva do estágio realizado, ao longo de dezoito semanas, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU). Este percurso tem como propósito formal a obtenção do grau de mestre[1] e o desenvolvimento das competências comuns[2] e específicas[3] do enfermeiro especialista.

Durante o segundo semestre deste mestrado, foi elaborado o projeto onde foram definidos os objetivos e sugeridas as intervenções, a realizar durante o estágio. Estes prendem-se, de modo geral, com o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e sua família, nos contextos mencionados, promovendo a segurança e a continuidade dos cuidados através da comunicação efetiva[4]. O desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, com especial atenção à vulnerabilidade do doente crítico[5], foi também definido como um objetivo a atingir no decorrer do estágio.

Para a elaboração do projeto e enquadramento teórico deste relatório foi efetuada uma pesquisa seguindo um protocolo de revisão integrativa da literatura nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Esta pesquisa foi complementada com literatura proveniente de pesquisas livres, efetuadas em diversas fontes com crédito científico

A vulnerabilidade é definida como a suscetibilidade em ser ferido. Está associada à falta de proteção, exposição, indefesa, e vitimização. O conceito surge numa perspetiva substantiva, inerente ao fator de igualdade universal, de que todo o ser humano possa ser ferido. Contudo é do sentido adjetivo da vulnerabilidade, que emerge o fator de

1 De acordo com os Descritores de Dublin para a habilitação do grau de Mestre (Joint Quality Initiative, 2004).

2 Competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade. Derivam de quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

3 Competências específicas são aquelas que incorrem num campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro) e são as seguintes:

a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença critica e ou falência orgânica;

b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima: da conceção à ação;

c) 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.

4 A relação de cuidados estabelece-se de forma efetiva através da comunicação, conferindo voz aos doentes, ouvindo-os e posteriormente agindo de acordo com as suas necessidades. A comunicação efetiva remete à capacidade criativa e reflexiva do pensar, pois o ato de comunicar não se inicia nem encerra na palavra. Este processo implica a interação entre duas ou mais pessoas, que assimilam palavras, constroem sentidos para aquilo que conversam, através de comunicação verbal ou não verbal (gestos, emoções, expressões), o que imprime marcas em ambos os intervenientes (Ferreira, 2006).

5 Devido há diversidade de conceitos existentes para designar aquele que é o sujeito de cuidados, utilizo ao longo do relatório o conceito de doente (como adjetivo) ou pessoa doente (como substantivo) para a sua referenciação. Foi o recurso frequente a artigos escritos em língua não portuguesa que levou a que optasse pela tradução que melhor caracteriza o sujeito de cuidados a que especificamente aqui me refiro: doente/pessoa em situação crítica e vulnerável.

diferenciação de pessoas ou grupos considerados particularmente vulneráveis. A articulação dos dois sentidos, substantivo e adjetivo da vulnerabilidade, conferem-lhe o estatuto de princípio (que surge pela primeira vez, com esta designação, na Declaração de Barcelona). Este estatuto impõe respeito imperativo, o que, no âmbito dos cuidados de saúde, responsabiliza os profissionais por estabelecerem relações simétricas com aqueles a quem prestam cuidados (Neves, 2006).

A PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência de funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Assim, a escolha da vulnerabilidade do doente crítico como temática a desenvolver ao longo do mestrado, surge da preocupação em identificar quais são os fatores, inerentes à dependência de recursos, humanos e tecnológicos que aumentam a vulnerabilidade, para que possamos atuar sobre eles.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. A introdução surge para apresentar a temática e sua relevância para a prestação de cuidados, enquanto contextualiza o percurso efetuado. Seguidamente será feito o enquadramento teórico, onde o tema da vulnerabilidade é desenvolvido enquanto conceito, até emergir como princípio ético, surgindo depois associado aos cuidados de saúde. Posteriormente, é estabelecido o relacionamento do conceito com o doente crítico. Ainda no enquadramento teórico, será exposta a justificação da temática como área de intervenção especializada de enfermagem, ancorada na teoria de Benner (2001). Depois descreve-se o enquadramento prático, que diz respeito ao relato específico das intervenções e atividades realizadas em cada um dos contextos, de modo a identificar e intervir sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico. Finalmente, será efetuada uma conclusão, onde se sintetizam os principais conceitos, bem como os domínios clínicos trabalhados. É também na conclusão que exponho as dificuldades sentidas e sugestões inferidas do trabalho produzido.

# CAPÍTULO 1
# ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo surge a apresentação teórica resultante de uma revisão integrativa da literatura, efetuada com o objetivo de definir e clarificar o conceito de vulnerabilidade na pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica. Assim, começarei por apresentar o conceito de vulnerabilidade e posteriormente dinumero os grupos particularmente vulneráveis, especificando a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica.

É das paticularidades das situações vividas pela pessoa em situação crítica que emergem achados científicos, sob a forma de relatos na primeira pessoa, que permitem a identificação dos fatores que aumentam a sua vulnerabilidade e que descrevo após a apresentação do tema.

Este capitulo encerra com a justificação da pertinência do estudo da pessoa em situação crítica vulnerável, enquanto intervenção especializada de enfermagem.

## 1.1 A vulnerabilidade como conceito e como princípio ético

A vulnerabilidade é definida por Neves (2006) como a suscetibilidade de ser ferido. É uma palavra de origem latina que deriva de *vulnus (eris)* e significa "ferida". Purdy, (2004) associa a vulnerabilidade à falta de proteção, exposição, indefesa e sensibilidade. O mesmo autor diz que vulnerável é aquele que é suscetível a dano, perda, ferimento ou vitimização.

O conceito de vulnerabilidade surge filosoficamente tematizado por Levinas no início da década de 70. É Levinas quem confere à vulnerabilidade a perspetiva substantiva inerente ao fator de igualdade universal e indelével, de que todo o ser humano, ao estar dependente e exposto (vulnerável), possa ser ferido. É este fator substantivo da vulnerabilidade que a torna específica do homem: é este que detém o poder para destruir, mas a quem compete a responsabilidade de zelar pela vulnerabilidade, como resposta proporcional ao poder que possui, impondo responsabilidade como norma de ação moral (Neves, 2006).

Já a vulnerabilidade utilizada como adjetivo, emerge como fator de diferenciação de pessoas ou grupos consideradas particularmente vulneráveis[6], o que impõe a

6 Determinado por fatos históricos no contexto da experimentação humana em que se monopolizaram grupos de pessoas desprotegidas tais como órfãos, prisioneiros, idosos e posteriormente grupos étnicos considerados inferiores (Judeus subjugados pelos nazis e chineses explorados pelos japoneses), em prol de objetivos científicos e militares (Neves, 2006).

obrigatoriedade ética da sua defesa para que não sejam maltratados ou feridos. Nesta perspetiva, a vulnerabilidade assume um carater contingente e provisório, inerente ao seu sentido adjetivo, como caraterística (Neves, 2006).

A função adjetivante da vulnerabilidade, inserida no contexto da experimentação humana e no desenvolvimento da investigação biomédica, levou à necessidade de criar uma comissão (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*), responsável pela elaboração do documento, onde a noção de vulnerabilidade foi introduzida para classificar tanto pessoas, como grupos vulneráveis: o Relatório Belmont. É aqui que o conceito de vulnerabilidade surge pela primeira vez com um significado ético específico (Neves, 2006), e onde consta a formulação dos três princípios éticos básicos a serem respeitados em toda a investigação que envolva seres humanos: o respeito pelas pessoas[7], a beneficência[8] e a justiça[9].

A vulnerabilidade com sentido adjetivo tem feito história na bioética (Neves, 2006), desde a sua introdução no Relatório Belmont (final da década de 1970) até à atualidade. Contudo a crescente valorização da temática ocorreu a partir da década de 1990, evidenciando-se em vários documentos internacionais[10] de índole ética e jurídica, dos quais importa salientar a Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, artigo 8º, na sua versão mais recente[11], que articula os sentidos de vulnerabilidade até aqui descritos, enunciando a obrigatoriedade de "respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal" (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2005).

É em 1998 que da articulação dos dois sentidos, primeiro substantivo (como condição) e segundo adjetivo (contingente e provisória), que a vulnerabilidade surge apresentada como princípio, na Declaração de Barcelona[12], ao lado da autonomia, da dignidade e da integridade, considerados conjuntamente como "princípios éticos básicos" na bioética e biodireito europeus (Abel et al., 1998).

Apesar de os quatro princípios éticos básicos serem descritos individualmente na Declaração de Barcelona, para que se respeitem, estes não podem ser dissociados entre si (Kemp & Jacob, 2008). Respeitar a vulnerabilidade de alguém implica também consideração pela integridade dessa pessoa, isto é, pela sua privacidade e pela forma

7 Exige o reconhecimento de uma autonomia diminuída (em casos considerados de maior vulnerabilidade) e deste decorre um reforço da preocupação, para com a necessidade de consentimento informado.

8 Exige maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos.

9 Exige igualdade na distribuição.

10 Daqui se destaca o *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, do Council for International Organizations of Medical Sciences* em colaboração com a *World Health Organization*, a *Declaration of Helsinki da World Medical Association* (aqui o termo vulnerabilidade surge apenas na versão de 1996) e em 1997 *na Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, a primeira declaração universal no âmbito da biomedicina elaborada pela Uited Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (Neves, 2006).

11 Dado que a primeira declaração foi elaborada, pela UNESCO, em 1997.

12 A Declaração de Barcelona é a concretização de um projeto da união europeia que com base na cultura europeia, apresenta os princípios éticos fundamentais da bioética e do biodireito, tendo em vista a formulação de uma política conjunta no domínio da biomedicina (Neves, 2006).

como cada um se perceciona. Para que tal aconteça é fundamental o zelo pela dignidade e concomitantemente pela autonomia: o respeito pelos ideais e decisões de cada um, deve permanecer em qualquer circunstância, inclusive de doença extrema.

Na Declaração de Barcelona o conceito de vulnerabilidade surge associado ao respeito e proteção de toda a vida humana e não humana, pela condição unânime a todos os seres vivos, que reside na possibilidade de serem feridos, magoados ou mortos (função adjetiva). A vulnerabilidade é aqui também considerada como uma condição humana universal, não apenas pela inevitável finitude como pelo sofrimento implícito à vida terrena (função substantiva).

O "estatuto de princípio" atribuído à vulnerabilidade impõe à consciência moral um dever[13] a ser cumprido, o que especificamente, no âmbito dos cuidados de saúde responsabiliza os profissionais a estabelecer relações simétricas[14] com a pessoa doente, mesmo quando a sua autonomia está comprometida e consequentemente a sua vulnerabilidade aumentada.

### 1.1.1 Vulnerabilidade, saúde e cuidados de saúde

Descrito anteriormente o conceito de vulnerabilidade como a suscetibilidade que cada um tem em ser ferido, no âmbito da saúde, a "ferida" constitui uma metaforização de prejuízo, para o outro, sob a forma de dano, negligência, necessidade de ajuda e proteção, perigo ou ameaça. A vulnerabilidade associada à saúde assume particular dimensão consoante a situação vivida ou o contexto em que a pessoa ou população se insere (Rogers, 1997).

A evidência atual sustenta a premissa de que na sociedade há grupos mais vulneráveis à doença do que outros, como as crianças, os idosos, as mulheres, as minorias raciais, aqueles com fraco suporte social (apoio governamental), os que detêm níveis educacionais baixos e reduzidos rendimentos, e os desempregados (Rogers, 1997). O *Canadian Institute for Health Information* (2004), refere que os determinantes de saúde incluem: estatutos sociais e rendimentos (quanto mais baixos, maior a vulnerabilidade), redes de apoio social, educação, condições e ambientes de trabalho seguros, suporte na comunidade, abrigo, nutrição, hábitos saudáveis, desenvolvimento saudável das crianças e acesso aos serviços de saúde. Quanto maior for a vulnerabilidade das pessoas, maior a probabilidade de se tornarem doentes e maiores as barreiras para superar essa doença (College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2005).

Existem, de acordo com Rogers (1997), grupos particularmente vulneráveis, cuja

13 "Todo o princípio exprime uma obrigação que, como tal, se impõe à consciência moral sob a expressão de um dever, de um dever a ser cumprido. Assim sendo, o aspeto fundamental da afirmação da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação da ação moral" (Neves, 2006; pág 169).

14 A simetria constitui aqui um sinónimo de igualdade e de respeito: não existe um exercício de poder daquele que presta cuidados sobre aquele que é sujeito de cuidados.

vulnerabilidade lhes é conferida pela correlação entre componentes individuais[15] e componentes ambientais[16] a que essas pessoas ou grupos estão sujeitos. Essa correlação encontra-se conceptualizada na figura 1. A base do triângulo representa a linha de incremento de vulnerabilidade (de menor para maior), enquanto os componentes/recursos individuais e ambientais estão representados pelas outras duas faces do triângulo. Relacionando ambos os componentes e intercetando os seus níveis obtemos a referência, necessária ao delineamento de uma linha perpendicular, que nos indica o nível de vulnerabilidade da pessoa e que se pode manifestar física, psicológica ou socialmente.

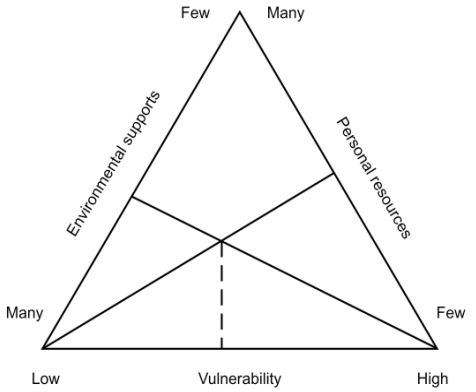



Figura 1 – Modelo de Vulnerabilidade
Fonte: (Rogers, 1997, p: 68)

Compreender os indicadores/preditores da vulnerabilidade física, psicológica e social, bem como estratégias para os reduzir, acaba por constituir um guia à intervenção dos profissionais de saúde (Scanlon & Lee, 2007), particularmente dos enfermeiros, pois são estes que eventualmente acompanham as pessoas em diferentes estádios ou contextos de particular vulnerabilidade, (seja na comunidade ou no internamento), constituído assim um contributo acrescido na promoção da saúde.

A vulnerabilidade social é a forma de vulnerabilidade que mais se encontra descrita em literatura relacionada com os cuidados de saúde. Está associada ao risco que cada um tem em desenvolver problemas de saúde e é influenciada por variáveis demográficas, culturais e económicas (Aday, 1994; Copp, 1986; Flaskerud & Winslow, 1998; Shi, 2001; Steptoe & Marmot, 2003). Estas variáveis estão sujeitas a fatores não modificáveis (idade, sexo, etnia) e fatores modificáveis[17] (ambiente familiar, ocupação, educação ou falta dela) (Rogers, 1997), portanto, as estratégias utilizadas para diminuir a vulnerabilidade social devem incidir sobre os fatores modificáveis no sentido de aumentar a capacidade individual de cada um (Kuokanen & Katajitso, 2003).

A estratégia mais eficaz para incrementar a capacidade pessoal, passa pela educação individual contínua. Esta constitui a única forma de obter pessoas e populações informadas, empregadas e habilitadas a tomar decisões relacionadas com hábitos de vida

15 Os componentes individuais que têm influência na saúde incluem o temperamento, a predisposição genética para doenças, a sensibilidade ao consumo de drogas e ao desequilíbrio químico, (características que nascem com a pessoa), ou podem ser adquiridas por experiencias vividas como traumas, doenças, estilos de vida não saudáveis e inabilidade para aprender estratégias de *coping* (Rogers, 1997).

16 Os componentes ambientais que têm influência na saúde incluem a própria exposição a determinadas características ambientais como a temperatura, ruído, luminosidade e poluição, ou podem referir-se a ambientes familiares, comunitários ou sociais. Sociedades violentas, desemprego e desarmonia conjugal afetam o funcionamento individual com o ambiente (Rogers, 1997).

17 Dimensão adjetiva da vulnerabilidade inerente às características de cada um, sejam elas modificáveis ou não. Contudo é sobre os fatores modificáveis que são planeadas as intervenções de enfermagem e sob os quais toda a ação dos enfermeiros incide.

saudáveis, ou relacionadas com a sua atual ou potencial condição de saúde, prevenindo ou minimizando complicações associadas (Ferrer, Hambidge, & Maly, 2005; O'Connell & Warelow, 2001). Tais complicações acabam por se manifestar a nível físico, o que demonstra que apesar de descrever a vulnerabilidade social de forma isolada, esta está fortemente ligada à vulnerabilidade física das pessoas.

A vulnerabilidade física está associada a uma menor resistência ao prejuízo causado por uma doença, trauma ou défice nutricional. Se não reconhecida terá influência direta no aumento da morbilidade ou mortalidade das pessoas. Se por um lado a vulnerabilidade física está potencialmente aumentada caso as limitações financeiras ou intelectuais (défice de conhecimento), não permitam o acesso a cuidados de saúde adequados em tempo útil, por outro lado, essa vulnerabilidade está também aumentada caso seja necessária a hospitalização (Rogers, 1997; Scanlon & Lee, 2007).

Durante a hospitalização o risco de infeções oportunistas é maior. As defesas individuais estão debilitadas pela própria doença, a manipulação constante pelos inúmeros profissionais, a presença de portas de entrada (causadas por exemplo por cateteres) e a própria flora de microrganismos característica deste ambiente, representam um risco acrescido de complicações que prejudicam a recuperação das pessoas doentes.

O erro humano relacionado com a administração de terapêutica, ou relacionado com a identificação e encaminhamento das pessoas está também descrito na literatura como sendo um indicador de vulnerabilidade física acrescida (Canale, 2005; Copping, 2005; Kenzi-Sampson, 2005; Rapala & Kerfoot, 2005; Silverman et al., 2003), por representar o aparecimento de complicações com influência direta na sua recuperação.

É importante que os enfermeiros tenham consciência de todos estes preditores e que se eduquem de forma proactiva, conhecendo estratégias e desenvolvendo intervenções que os colmatem, mitigando assim a vulnerabilidade física das pessoas hospitalizadas. Tais intervenções estarão descritas aquando da descrição do enquadramento prático, de acordo com as situações vivenciadas e especificidades de cada contexto em que tive a oportunidade de realizar estágio.

Descrita relação entre hospitalização e vulnerabilidade física, importa agora relacioná-la coma vulnerabilidade psicológica.

A vulnerabilidade psicológica tem sido amplamente estudada em pessoas hospitalizadas devido aos efeitos que essa situação possa ter sobre a autonomia e identidade das mesmas. A hospitalização implica que as pessoas sejam retiradas do seu contexto, o que pode levar à prevalência de sentimentos de vulnerabilidade psicológica aumentada, por se sentirem subordinados ou controlados por outros (Irurita, 1996). Por outras palavras, a prestação de cuidados leva frequentemente a algum tipo de controlo sobre a pessoa doente, podendo manifestar-se, no limite, de forma física, (um exemplo da manifestação física de controlo passa pela contenção manual). Contudo é maioritariamente o controlo psicológico[18] que conduz a sentimentos de alienação, marginalização ou

18 O controlo psicológico surge muitas vezes associado à imposição de regras e rotinas por parte dos profissionais, em detrimento da vontade ou aceitação dos doentes.

subordinação (Canales, 2000) e consequentemente a um estado de vulnerabilidade psicológica aumentada. O controlo psicológico está descrito como a principal causa de potenciais relações negativas entre as equipas multidisciplinares, nomeadamente os enfermeiros e a pessoa hospitalizada (Dagnan, Trower, & Gilbert, 2002).

Em circunstâncias normais, um adulto saudável consegue alimentar-se, vestir-se e proceder aos seus cuidados de higiene de forma autónoma, gerindo o tempo de acordo com a sua vontade. Contudo, em caso de hospitalização, este processo passa a ser controlado por outros, condicionando a autonomia e muitas vezes a sua identidade (Scanlon & Lee, 2007), pois é frequentemente substituída por um número de uma cama ou pela denominação da patologia[19] que desencadeou este processo.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto dos doentes, e pela necessidade de compreensão e posterior satisfação das necessidades individuais dos mesmos, este fato que confere aos enfermeiros maior probabilidade em criar uma relação terapêutica privilegiada. A presença do enfermeiro tem sido descrita como uma poderosa estratégia para diminuir sentimentos de vulnerabilidade (Baumgarten & Poulsen, 2015; Scanlon & Lee, 2007), por se anteciparem a eventuais deteriorações físicas ou psicológicas do seu estado.

A advocacia é outra estratégia que deve ser utilizada pelos enfermeiros de modo a diminuir a vulnerabilidade psicológica das pessoas que cuidam (Bennett, 1999; Falk-Rafael, 2001; Mallik, 1998), dado que os enfermeiros devem comunicar, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados (alínea d), numero 1, do artigo 109º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro) . De acordo com Deodato (2015), a advocacia deve ser exercida pelos enfermeiros no sentido de, dadas as situações de vulnerabilidade, ajudar, defender e proteger aqueles que são sujeitos de cuidados. Estes devem assegurar que os cuidados são prestados de acordo com os interesses da pessoa doente, razão pela qual a opinião e a vontade individual das mesmas deve ser conhecida, preferencialmente através de relatos pelas próprias ou se tal não for possível, junto dos familiares.

A vulnerabilidade física pode ser a manifestação de vulnerabilidade social (enquanto preditor de doença) ou da vulnerabilidade psicológica, tendo em conta que o prognóstico de uma doença física pode resultar numa condição psicológica, (como a depressão) (Scanlon & Lee, 2007). Portanto, reconhecer os preditores de vulnerabilidade social, física e psicológica torna-se imperativo para que o nosso agir, enquanto enfermeiros, possa reduzir tais estádios.

A educação de pessoas e populações, a criação de estratégias que reduzam o erro humano, aquando da prestação de cuidados de saúde, e a intervenção individualizada junto das pessoas hospitalizadas, constituem as bases de toda a ação que orientou a minha prática nos contextos de cuidados por onde passei e que detalhadamente descreverei no capítulo que se refere ao enquadramento prático neste documento.

19 "O doente da cama 4, com um enfarte agudo do miocárdio deverá fazer um eletrocardiograma as 12h" esta frase representa um exemplo concreto do quotidiano dos hospitais e traduz o comportamento habitual dos profissionais que leva a sentimentos de vulnerabilidade psicológica aumentada das pessoas institucionalizadas.

## 1.2 A pessoa em situação crítica vulnerável

Descrito o conceito de vulnerabilidade e o modo como se manifesta nos cuidados de saúde, importa agora relacioná-lo com a pessoa em situação crítica, visto que foi sobre esta que toda a ação foi desenvolvida e sob a qual incidiu o estudo efetuado. Dado que este documento constitui o relato efetivo de intervenções e atividades desenvolvidas em contexto de urgência e de cuidados intensivos, quando me refiro à vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, estou a situá-la nestes dois contextos.

De acordo com o Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, em que a Ordem dos Enfermeiros estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, "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".

Num corpo lesado ou doente as capacidades individuais da pessoa estão reduzidas e quanto mais grave a condição de doença, menor a capacidade para se proteger de eventuais danos causados por outros. Contudo, apesar de a vulnerabilidade estar aumentada num ser humano doente, é a forma como cada pessoa reage à doença, que confere subjetividade[20] à vulnerabilidade (Gjengedal et al., 2013), sobretudo em casos de dependência extrema, característico da pessoa em situação crítica, dependente não apenas de outros para a substituir na satisfação das suas necessidades básicas, como dependente de suporte tecnológico[21] que, atualmente, lhe aumenta as hipóteses de sobrevivência.

É importante que os enfermeiros percebam que ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica os conceitos de dependência e de vulnerabilidade surgem frequentemente associados (Gjengedal et al., 2013). A própria dependência confere vulnerabilidade adjetiva à pessoa em situação crítica[22], contudo são as intervenções de enfermagem que podem mitigar a subjetividade da vulnerabilidade sentida por cada um, evitando que se torne um evento traumático, tornando-se sim numa experiência positiva e que quando ultrapassada possibilite inclusive, uma oportunidade de desenvolvimento pessoal.

Para planear intervenções de enfermagem adequadas às necessidades das pessoas em situação crítica, de modo a mitigar a sua vulnerabilidade, é fundamental conhecer os fatores descritos pelas mesmas como sendo aqueles que possam promover

20 A subjetividade é aqui referenciada não como conceito mas como mediador entre os fatos reais e a apreensão dos mesmos por parte da pessoa em situação crítica.

21 A evidência atual revela que o doente, apesar de dever ser a prioridade de qualquer profissional, independentemente do contexto onde os cuidados sejam prestados, pode ser, em ambientes em que o recurso à tecnologia é muito exaustivo, passado para segundo plano em detrimento da importância, atenção e tempo que se possa dedicar à mesma, o que confere um aumento da vulnerabilidade física e psicológica dos mesmos (Locsin, 2013).

22 O que mais uma vez remete para a obrigatoriedade ética de a mitigar, protegendo concomitantemente a integridade, dignidade e autonomia da pessoa em situação crítica.

ou aumentar eventuais estádios de vulnerabilidade.

### 1.2.1 Fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade do doente crítico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e de Serviço de Urgência.

Depois de explorado o conceito de vulnerabilidade importa não apenas perceber de que modo é que este surge associado ao doente crítico, mas fundamentalmente importa perceber como é que o doente crítico se revê numa situação de vulnerabilidade acrescida. Assim, a pesquisa bibliográfica efetuada partiu da questão[23]: quais os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade do doente crítico em contexto de UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) e SU (Serviço de Urgência)?

Os achados decorrentes dessa pesquisa que foram posteriormente utilizados para orientar a minha prática clínica serão descritos neste capítulo. Por um lado, serviram como instrumento e estratégia para o planeamento de intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em situação crítica, e em simultâneo, sustentam toda a minha práxis que procurei basear na evidência.

A vulnerabilidade do doente crítico tem sido atualmente alvo de interesse por parte dos investigadores, o que torna possível encontrar e consultar diversos estudos efetuados, com o objetivo de conhecer especificamente os fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico. Apesar de os principais achados bibliográficos se referirem a estudos efetuados em unidades de cuidados intensivos, este fator não impediu que a mobilização do conhecimento que adveio desses documentos, fosse utilizado em contexto de serviço de urgência.

De acordo com Blom, Gustavsson, & Sundler (2013), tanto a hospitalização como o fato de ser um doente crítico, por si só, criam elevados níveis de *stress*, insegurança e ansiedade, tanto ao doente como pessoas significativas. Nestas condições ambos revelam a necessidade de se sentirem seguros e apoiados pelos profissionais de saúde.

Os artigos consultados revelam que um dos fatores que aumenta a vulnerabilidade do doente crítico se prende com a comunicação, informação e apoio prestado à família (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002; Karlsson, Bergbom, & Forsberg, 2012; Blom et al., 2013; Baumgarten & Poulsen, 2015). Esta assume uma importância extrema no processo de recuperação dos doentes e na forma como vivem, não só a doença, mas também a aceitação de novos estilos de vida, que muitas vezes as vítimas de um episódio de doença crítica têm que adotar, decorrentes de eventuais sequelas (Blom et al., 2013; Baumgarten & Poulsen, 2015). Assim, primeiramente abordarei fatores de vulnerabilidade específicos da pessoa em situação crítica e posteriormente farei uma ressalva às especificidades dos fatores que incrementam a vulnerabilidade das famílias

23 Refiro-me aqui à questão efetuada e cuja resposta se traduz na revisão integrativa da literatura que esteve na base da elaboração tanto do projeto (realizado no segundo semestre do presente mestrado), como do relatório de estágio que apresento.

destas pessoas.

A incapacidade para comunicar verbalmente, em consequência do uso equipamento para assistir na ventilação[24], foi descrito pelos doentes como sendo uma das piores experiências sentidas, conduzindo a sentimentos de raiva, frustração e, mais tardiamente, à desistência e à vontade de abandonar esforços para a recuperação. Tais sentimentos agravavam-se quando sentem que os próprios enfermeiros não os percebem ou não se esforçam para os perceber (Baumgarten & Poulsen, 2015). Desconforto, dor, insegurança e dependência, quer de outros, quer da tecnologia, são também mencionados pela pessoa em situação crítica com necessidade de ventilação mecânica (McKinley et al., 2002).

A incapacidade em respirar é também mencionada pelas pessoas que foram sujeitas a ventilação mecânica. Estas referem que estar conectado a um ventilador é uma experiência assustadora. Sentir que o ar que recebem não é o suficiente, aumenta os seus níveis de ansiedade e pânico e, consequentemente, a sua vulnerabilidade[25]. A aspiração de secreções foi também descrita como desconfortável, dolorosa, angustiante e traumática; contudo, após a conclusão da técnica regressa a calma e o alívio associado à ausência de muco nos dispositivos ventilatórios (Baumgarten & Poulsen, 2015). A presença do enfermeiro bem como sensibilidade e delicadeza na execução das técnicas, foram também descritas pelos autores, como aspetos que podem diminuir a vulnerabilidade, quando sujeitos a tais intervenções.

As UCI são consideradas pelos doentes críticos como barulhentas, assustadoras e impessoais. Perceber que outros doentes não têm as suas necessidades satisfeitas, ouvindo os seus pedidos de ajuda, aumenta os níveis de ansiedade, leva a sentimentos de medo e ainda a sentimentos de invasão da privacidade (Baumgarten & Poulsen, 2015). Estes fatores são também responsáveis por alterações no padrão de sono, descritas pelos doentes críticos como responsáveis por sentimentos de vulnerabilidade aumentada. Longos períodos sem dormir leva à exaustão, considerada pelos mesmos como um obstáculo à recuperação (Baumgarten & Poulsen, 2015). A constante atividade dos enfermeiros, as luzes artificiais e alarmes dos monitores, além de serem desconfortáveis, dificultam a perceção temporal (se é noite ou dia) o que conduz a desorientação e confusão. Se tais fatores persistirem poderão conduzir a alterações cognitivas e alucinações, que eleva sensações de medo, ansiedade e *stress*. Os doentes sentem-se indefesos e consequentemente, vulneráveis (McKinley et al., 2002; Baumgarten & Poulsen, 2015).

Quer sejam vítimas de trauma ou vítimas da deterioração de uma doença já existente, a intervenção junto de um doente crítico deve ser rápida devido à falência multiorgânica eminente. É frequente que os doentes não se recordem de dar entrada no SU ou na UCI, apercebendo-se da situação dias depois. Os relatos de quem já viveu esta situação demonstram que é experienciada uma alteração das funções corporais e da própria

24 Tubos endotraqueais, traqueostomias, máscaras de Bipap ou Cpap.

25 Os doentes ventilados sentem-se completamente dependentes: dependentes de outras pessoas e dependentes de equipamentos. Como não detêm qualquer controlo numa função prioritária e vital como a ventilação e respiração a sua vulnerabilidade nestas situações está particularmente aumentada.

imagem que os faz sentir que não têm qualquer controlo sobre si próprios. Sentem-se fisicamente presos por tubos e linhas, o que descrevem como uma sensação desagradável. Psicologicamente percecionam a realidade como difusa e irreal, pela dificuldade que têm em compreender ou lembrar o que levou àquela situação. Se esta situação permanecer os doentes podem entrar em estados de paranóia, sentindo-se presos ou encurralados num contexto que não distinguem se autêntico ou imaginário (Baumgarten & Poulsen, 2015).

A dependência de outros foi já mencionada neste documento como um fator que aumenta a vulnerabilidade do doente crítico. Os doentes referem que se sentem num estado de fraqueza extrema, com necessidades idênticas às de um recém-nascido, o que os faz sentir um fardo para os outros, sejam familiares, sejam profissionais. O facto de estarem incapazes de tarefas simples como usar o sanitário ou vestir-se de forma autónoma faz com que se sintam vergonha de si próprios (McKinley et al., 2002; Baumgarten & Poulsen, 2015). Os posicionamentos na cama, o controlo da temperatura, e a inserção de dispositivos como cateteres, são exemplos de intervenções de enfermagem que fazem parte da rotina de qualquer UCI (McKinley et al., 2002) ou SU e que podem ser fatores de vulnerabilidade para o doente crítico totalmente depende. Tais fatores agravam-se se o doente não estiver capaz de comunicar. Nestes casos, os enfermeiros devem estar particularmente atentos a sinais de dor ou evidência de desconforto (McKinley et al., 2002).

A falta de informação sobre a situação que levou ao internamento ou sobre o seu estado de saúde, conduz a sentimentos de despersonalização nos cuidados. O doente crítico sente necessidade que as suas dúvidas sejam esclarecidas e que as suas necessidades sejam atendidas. Estar dependente de outros pode levar a que tais necessidades não sejam satisfeitas no momento que o doente deseja ou que demorem algum tempo a ser atendidas, o que aumenta o sofrimento e o desconforto[26]. Os doentes referem também que, em muitas situações, se sentiram tratados como objetos, ou como se estivessem ausentes, fator que incrementa a sua vulnerabilidade (McKinley et al., 2002). Envolver os doentes no processo de cuidados, informá-los acerca da sua situação e dos procedimentos que lhe serão efetuados, contraria sentimentos de vulnerabilidade (Baumgarten & Poulsen, 2015), fazendo com que se sintam seguros, aceites e humanos, o que fomenta a vontade de lutar pela sobrevivência e progressivamente obter o controlo da situação.

Ansiedade, medo e solidão são referidos pelo doente crítico especialmente se este se sentir só. O medo de morrer fica mais exacerbado, assim como o medo de que o equipamento deixe de funcionar (Baumgarten & Poulsen, 2015). O momento da extubação endotraqueal e o efeito de determinadas drogas contribuem também para que estes sentimentos prevaleçam (McKinley et al., 2002). Ter a perceção da presença contínua dos enfermeiros faz com que se sintam seguros, cuidados e respeitados (Karlsson et

26 A necessidade de aspiração de secreções ou da mudança de dispositivos como cânulas ou filtros que melhorem a ventilação dos doentes são exemplos de necessidades que devem ser satisfeitas no imediato, pois a sensação de falta de ar é considerada pelos doentes como uma das piores sensações que viveram. Outro exemplo descrito na literatura passa-se numa sala de trauma onde um doente esperou 12h para que as lentes de contacto fossem removidas, situação que acabou por ser muito desconfortável para aquela pessoa (McKinley et al., 2002).

al., 2012). Sentem que existe preocupação por parte dos mesmos e os seus níveis de ansiedade diminuem. Se, por outro lado, os enfermeiros não demonstram respeito, ou não se mostram disponíveis, os doentes consideram a sua dignidade violentada.

Sumariamente, de acordo com os relatos de doentes que viveram episódios de doença crítica em UCI, os sentimentos de vulnerabilidade traduzem-se em *stress*, preocupação, medo, ansiedade, insegurança, dependência, dor, desconforto e solidão (McKinley et al., 2002; Baumgarten & Poulsen, 2015). É importante que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, compreendam que os fatores que podem levar a tais sentimentos podem ter múltiplas causas. Devem assim planear intervenções que as anulem, ou que diminuam a intensidade com que são sentidas, mitigando então a vulnerabilidade do doente crítico. Cuidados personalizados, promoção da segurança e do contato através da presença e da confidência, dar oportunidade aos doentes para se exprimirem e colocarem as suas dúvidas e desenvolver ações que levem os doentes a sentir que são especiais[27] e a quem é facultada uma atenção dirigida, tem impacto no modo como este vivencia todo o processo, ajudando na recuperação e diminuindo sequelas futuras decorrentes de internamentos traumáticos. A promoção e o respeito pela privacidade constitui também um aspeto importante na diminuição da vulnerabilidade dos doentes críticos. É importante que esta seja respeitada não apenas em situações de exposição corporal mas também durante a interação com familiares ou com outros doentes, quando se fornece informação[28] que respeita unicamente a pessoa em situação crítica a quem se prestam cuidados.

A presença dos familiares ou da pessoa com quem têm maior proximidade assume uma importância fundamental quer de suporte, quer de conforto no decorrer dos episódios de doença crítica e posteriormente nos períodos de convalescença. Os doentes relatam que ter alguém que lhes é familiar presente, humaniza os cuidados, dignificando-os. A família entende mais facilmente as suas necessidades, pois os processos de comunicação estão facilitados (Baumgarten & Poulsen, 2015). Contudo, quando falamos em vulnerabilidade, não podemos deixar de reconhecer que a família do doente crítico está também exposta[29] e portanto vulnerável. Se um fator que diminui a vulnerabilidade do

27 Os doentes referem que atitudes como: tratá-los pelo nome próprio, lavar-lhes os cabelos, massajar o corpo e antecipar as suas necessidades, faz com que se sintam integrados. Deixam de ter uma perceção de si próprios como um objeto, mas sim como seres humanos, cuja opinião é considerada, o que confere dignidade ao processo de cuidados e diminui a sua vulnerabilidade (McKinley et al., 2002).

28 Devem ser utilizadas técnicas de comunicação que privilegiem a privacidade dos doentes. Tais técnicas podem passar apenas pela adequação do tom de voz, ou adequar o ambiente físico, principalmente quando doentes e famílias interagem (por exemplo utilizar outra sala, se isso for possível) (Karlsson et al., 2012).

29 Alterações na saúde ou o aparecimento de uma doença súbita obrigam não apenas doentes, mas também famílias a passar pelo processo de transição saúde doença e com as suas consequências (muitas vezes relacionadas com a diminuição das capacidades físicas, motoras, cognitivas ou até com a própria morte dos doentes). Os processos de transição tendem a aumentar a vulnerabilidade (neste caso das famílias), o que torna imperativa a compreensão de todo este processo por parte dos enfermeiros. Estes preparam a família para a transição e facilitam o processo de aprendizagem de novas competências de acordo com a situação vivida. A atribuição de significados, a alteração nos estilos de vida e o desenvolvimento de estratégias de *coping*, podem tornar os processos transicionais menos traumáticos, o que, a longo prazo lhes aumenta a qualidade de vida (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

doente crítico se prende com a disponibilidade e com o cuidado à família por parte dos enfermeiros (Baumgarten & Poulsen, 2015), importa perceber em que medida é que esta se sente vulnerável e como é que essa vulnerabilidade pode ser mitigada.

A dependência nos cuidados por parte dos profissionais provoca nas famílias sentimentos de impotência (Blom et al., 2013). A falta de informação, a incerteza de que as suas questões sejam atendidas e o facto se sentirem que o seu familiar possa ser tratado como um objeto fazem com que se sintam incapazes de o proteger, o que consequentemente aumenta a sua vulnerabilidade.

Esta vive também sensações de insegurança relacionadas com a incerteza no processo de recuperação (Blom et al., 2013), o que agrava quando os doentes circulam pelos diversos setores hospitalares e as famílias perdem o contato visual e o controlo da situação.

Apreensão é também comum nas famílias quando existem dificuldades de aproximação, especialmente se os doentes tiverem comportamentos desadequados[30] ou com os quais não estão familiarizados (Blom et al., 2013). Existem inclusive relatos de sentimentos de vergonha e dificuldades de gestão quando estes episódios acontecem.

A vulnerabilidade das famílias é também aumentada quando a privacidade dos doentes é comprometida (Blom et al., 2013). A visita de um familiar pode levar ao envolvimento não intencional nos cuidados prestados a outros doentes, o que leva a sentimentos de desconforto.

É importante que os enfermeiros tenham a perceção dos fatores que aumentam a vulnerabilidade das famílias e que intervenham de modo a reduzir essa vulnerabilidade.

O diálogo entre enfermeiros e famílias é, portanto, fundamental para perceber as suas necessidades. Tal interação permite também aos enfermeiros obter mais informação acerca dos doentes e, deste modo, antecipar as suas necessidades (Karlsson, Forsberg, & Bergbom, 2010). Promover a participação nos cuidados é fundamental para diminuir o *stress* que estas situações provocam e reduzir sentimentos de impotência. A ajuda por parte dos enfermeiros permite também que aprendam a lidar com o seu familiar em situação crítica e que criem estratégias de *coping* para responder a sentimentos de tristeza, culpa e medo, o que consequentemente limita a vulnerabilidade.

É importante que se crie uma relação de confiança, especialmente em situações de morte e luto (Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009). Encorajar a presença dos familiares em situações de fim de vida influenciará o modo como apreendem, processam e reagem à morte no futuro. Os autores referem também que proporcionar o acompanhamento do seu familiar em fim de vida, culmina em sentimentos de gratidão para com os enfermeiros. Facilitar o regresso à unidade para consultas de acompanhamento, onde podem exprimir o modo como estão a vivenciar o luto, tem revelado resultados positivos na diminuição de sentimentos de vulnerabilidade nos familiares da pessoa em situação crítica.

Será no capítulo dedicado ao enquadramento prático, que descreverei casos

30 Períodos de desorientação, linguagem inapropriada.

concretos onde a vulnerabilidade dos doentes a quem prestei cuidados se mostrou evidente, bem como as intervenções e estratégias utilizadas para mitigar essa vulnerabilidade, com base na evidência até aqui descrita.

### 1.2.2 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica vulnerável: uma intervenção especializada de enfermagem.

Cuidar é possivelmente um dos termos mais utilizados e ouvidos pelos enfermeiros, quer durante a formação académica, quer ao logo da evolução profissional. Cuidar é, de acordo com Bassett (2002), parte integrante da natureza de enfermagem, é a sua essência[31].

No que respeita a vulnerabilidade, esta é transversal a todas as pessoas a quem se prestam cuidados, isto é, a vulnerabilidade faz parte do quotidiano e da vida de todos os intervenientes do processo de cuidados, tanto daqueles que prestam, como daqueles que são alvo da prestação dos mesmos[32].

Este capítulo surge assim, para clarificar em que medida é que o cuidar da pessoa vulnerável, se traduz numa intervenção especializada de enfermagem. Este processo exigiu um percurso de reflexão, que teve início aquando da elaboração do projeto de estágio, no qual foi efetuado um exercício que visava projetar as minhas aprendizagens em contexto clínico.

Durante a elaboração do projeto optei por me apoiar na teoria do cuidado centrado na pessoa de Brendan McCormack dado que o autor refere que uma prática baseada no cuidado centrado na pessoa exige a identificação dos valores dos doentes, dos valores dos enfermeiros e da especificidade do contexto e do ambiente de cuidados. Esta teoria promove o respeito e o rigor, bem como a benevolência e o respeito pelas decisões dos outros (decisões racionais)[33]. Exige que se atue de acordo com conhecimento baseado em fatos científicos e em competências técnicas, com tempo para uma aproximação mais holística. O resultado é uma relação terapêutica construída na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento (McCormack, 2003).

No campo teórico e tendo em atenção que o elemento chave de todo o percurso

31 Bassett refere que um enfermeiro que não cuida, não é de fato um enfermeiro, o que pode ter diversas interpretações consoante o que o cuidar possa significar para cada um de nós. Contudo o cuidar como essência da natureza de enfermagem que aqui perceciono refere-se, citando Honoré a "uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos."(Honoré, 2004; pág 17)

32 Está aqui mais uma vez patente a função substantiva da vulnerabilidade, já referenciada anteriormente, na medida em que esta é transversal ao ser humano e atua como um fator de igualdade, exigindo responsabilidade e solidariedade nas nossas ações (Neves, 2006).

33 A teoria do cuidado centrado na pessoa atribui grande importância ao respeito pela autonomia da mesma. A autoridade dos profissionais, os efeitos que estes possam ter no processo de tomada de decisão e o poder que estes detêm no acesso das pessoas ao conhecimento, influência de forma direta o exercício da sua autonomia (McCormack, 2003). Os enfermeiros devem, portanto, ser capazes de estabelecer uma relação que permita a compreensão e o respeito pelos valores autênticos de cada pessoa.

se prende com a vulnerabilidade do doente crítico, a teoria de McCormack parecia ser aquela que melhor orientava toda a minha ação. Contudo, foi no decorrer do estágio que percebi que a aproximação holística, a competência técnica e o conhecimento científico estavam condicionados pela minha inexperiência na prestação de cuidados em contextos tão específicos como as UCI e ou SU. Para conseguir o resultado defendido pelo autor (confiança, compreensão e partilha), teria que passar por um processo de aquisição de competências.

As oportunidades de aprendizagem que surgiram em contexto prático forma inúmeras, assim como as dificuldades sentidas. Ao refletir sobre toda a experiência, sobre o modo como desenvolvi estratégias para colmatar todas as dificuldades e posteriormente sobre o modo como evoluí, percebi que a teoria do desenvolvimento de competências de Benner não só me permitiu "situar"[34] enquanto enfermeira, como seria a aquela que na realidade justifica o cuidar da pessoa em situação crítica vulnerável, como uma intervenção especializada de enfermagem. Benner (2001), refere que aprender a encontrar os outros em vários estádios de vulnerabilidade requer abertura e exige uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo. Através da análise de situações reais em contexto de cuidados de enfermagem a autora descreve as características e os comportamentos nos diferentes níveis de desenvolvimento[35] dos enfermeiros, transpondo-os para as necessidades de aprendizagem em cada nível.

Conhecer a pessoa em situação crítica, perceber as suas necessidades e identificar nas mesmas os fatores que lhe aumentam a vulnerabilidade implica que me afaste das ações guiadas por regras, sejam estas orientadas por um elemento perito ou apreendidas através da literatura[36]. O objetivo prende-se com o desenvolvimento de competências que progressivamente me permitam aperceber dos meus atos em termos objetivos[37] (organizados), apropriando-me das situações como uma globalidade em que as ações passam a ser guiadas por máximas[38], decorrentes da experiência.

Atingir o grau de perícia visa passar ao estado de compreensão profunda da situação global. Devido à sua experiência os enfermeiros peritos compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perder em inúmeras soluções ou diagnóstico inócuos (Benner, 2001). O tempo em que decorreu o estágio não foi suficiente para atingir o grau de competência máximo (grau de perito), contudo o desenvolvimento de competências foi notório enquanto as experiências e as oportunidades se iam sucedendo.

---

34 Voltar à posição de aluna de enfermagem, em contacto com novos contextos e com doentes com especificidades com as quais não estou familiarizada contribuiu também para aumentar a minha própria vulnerabilidade. A teoria de Benner surge como um suporte que me permitiu compreender que o processo de aquisição de competências é progressivo e que passar por cada uma das etapas é imprescindível à nossa evolução como profissionais.

35 Benner (2001) descreve cinco níveis de desenvolvimento: Iniciado, Iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

36 Característico de uma enfermeira iniciada, segundo Benner (2001).

37 Característico de uma enfermeira competente, segundo Benner (2001).

38 Característico de uma enfermeira proficiente, segundo Benner (2001).

Na sua teoria, Benner (2001) não se refere apenas à evolução dos enfermeiros através da progressiva aquisição de competências. A autora classifica essas competências em sete domínios de cuidados de enfermagem, com base na similaridade da função e da intenção.

No domínio da função de ajuda é imprescindível assegurar o conforto do doente face à dor e ao estado de extrema fraqueza em que se encontra, é importante estar presente, comunicar pelo toque, promover a participação do doente no processo de cuidados e apoiar e informar as famílias dos mesmos (Benner, 2001) (diminuindo assim a sua vulnerabilidade psicológica).

No que respeita o domínio de diagnóstico e vigilância do doente, é fundamental detetar mudanças significativas no seu estado, integrando sinais de alarme e antecipar a deterioração do seu estado (Benner, 2001). Para a gestão eficaz de situações de evolução rápida (outro domínio) são necessárias competências em alturas de urgências vitais: apreender rapidamente o problema para fazer corresponder os recursos existentes às necessidades dos doentes naquele momento (Benner, 2001). O que faz todo o sentido quando se cuida da pessoa em situação crítica, que apresenta alto grau de instabilidade hemodinâmica e também sob a qual se utilizam diversos recursos tecnológicos, que fornecem dados imprescindíveis às decisões terapêuticas e ao planeamento de intervenções de enfermagem adequadas ao seu estado.

No domínio da administração e vigilância de protocolos terapêuticos, é importante cumprir as normas e orientações relacionadas com a diminuição do erro (Benner, 2001), o que contribui para aumentar a segurança nas práticas diminuindo assim a vulnerabilidade física da PSC. Já no domínio das competências em matéria de organização e distribuição de tarefas, importa saber estabelecer prioridades, manter espírito de equipa e manter uma atitude flexível em relação aos doentes, à tecnologia e à burocracia (Benner, 2001).

A análise reflexiva acerca desta teoria permitiu ainda estabelecer uma relação entre o que os autores mencionados nos subcapítulos anteriores defendem[39], para a diminuição da vulnerabilidade da PSC e as intervenções de enfermagem inerentes a cada domínio de cuidados referenciados por Benner.

A teoria de Brendan McCormack foi um instrumento útil para a perceção das exigências inerentes ao cuidado centrado na pessoa. Contudo, é a teoria de Benner que melhor traduz o percurso de aquisição de competências à medida que fui tendo contacto com a pessoa em situação crítica e estas se foram proporcionando e repetindo.

Importa ressalvar que em ambientes onde recorrer ao suporte tecnológico é fundamental na abordagem da pessoa em falência multiorgânica, atingir o grau de perícia implica, segundo Benner (2001), combinar a vertente técnica e psicológica do cuidar. Segundo a autora desenvolver competências torna as nossas ações cada vez mais intuitivas. Essa intuição é fundamental para que nos apercebamos de todos os aspetos

39 Das quais saliento a importância da presença contínua dos enfermeiros de modo a aumentar sentimentos de segurança, promover o conforto, antecipar as necessidades da PSC e diminuir ou anular sentimentos de dor; integrar o doente e família no processo de cuidados; aplicação de estratégias que visem a diminuição do erro humano; e mediar a prioridade em relação ao uso da tecnologia, em detrimento da pessoa em situação crítica a que se presta cuidados.

que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico, o que só é possível quando tomamos consciência do doente na sua globalidade. Daqui emerge uma aproximação holística, de confiança e de cumplicidade.

A articulação entre o que aqui descrevo com a prática será exposta no próximo capítulo deste relatório. Esse diz respeito ao planeamento e execução de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades da PSC em falência multiorgânica a quem prestei cuidados e que, concomitantemente, contribuíram para o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

# CAPÍTULO 2
# ENQUADRAMENTO PRÁTICO

É neste capítulo que exponho as intervenções e atividades desenvolvidas ao longo dos sucessivos contextos de estágio concluídos em duas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) que designei de UCIP A e UCIP B (ambas unidades de nível III)[40] e em um Serviço de Urgência Geral, com centro de trauma[41]. Tais intervenções foram definidas no projeto de estágio realizado no segundo semestre do presente mestrado, assim como os objetivos gerais e específicos a atingir, que se prendem com a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Importa referir que a componente teórica até aqui descrita, resultante de uma revisão integrativa da literatura previamente efetuada, e que se prende com a vulnerabilidade do doente crítico, nomeadamente a identificação e intervenção sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico, guiou as intervenções planeadas e as atividades que desenvolvi ao longo do estágio, com o objetivo de reconhecer e diminuir a vulnerabilidade dos doentes a quem prestei cuidados.

Cada contexto será apresentado de forma individualizada, através da exposição retrospetiva das atividades desenvolvidas em cada um deles. Para facilitar a sua interpretação e leitura descrevo-as associadas aos diferentes domínios inerentes às competências comuns e específicas a adquirir, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros. Ao relatar o percurso efetuado em cada contexto, exponho também as dificuldades sentidas bem como as estratégias adotadas para as ultrapassar.

O percurso que aqui descrevo diz respeito a relações profissionais baseadas na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional (Abreu, 2002). Este processo contempla a reflexão acerca das práticas que foram orientadas por um profissional qualificado, perito em cada uma das áreas que especifico.

40 Nível III – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos 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.

41 De acordo com o Despacho nº 13427/2015 de 20 de Novembro, que define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência Nacionais.

## 2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente A

Para atingir as competências específicas, no que respeita cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro), o primeiro passo foi efetuar uma revisão teórica de conteúdos, tanto no que respeita os processos patológicos vivenciados pelos doentes da unidade, como das intervenções de enfermagem recomendadas para colmatar as necessidades daqueles doentes.

Sendo uma área que até aqui me era desconhecida foi fundamental relacionar os conteúdos apreendidos através de consultas bibliográficas, com a situação de doença específica vivida por cada doente. Estabelecendo uma relação causa efeito, foi mais fácil, ao longo do tempo, compreender e utilizar a informação retirada das inúmeras monitorizações, a que aqueles doentes estão sujeitos, e saber interpretar sinais de alerta[42].

Nesta unidade tive a oportunidade de contactar pela primeira vez com doentes sob ventilação invasiva. Estes criaram em mim grande expetativa, não só pelo impacto visual que todo o suporte tecnológico[43] causa como pelo facto de não dominar conhecimentos acerca de padrões ventilatórios, sedação, técnicas de comunicação e formas de avaliar a dor. A oportunidade de manusear o material como por exemplo a otimização de tubos endotraqueais, de otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento ou através da alteração de padrões ventilatórios, a aspiração de secreções[44] através do tubo endotraqueal e execução de lavagens brônquicas, constituíram momentos de aprendizagem e de melhoria na concretização destas técnicas.

No que respeita a comunicação, os doentes entubados orotraquealmente, exigem a adoção de estratégias que colmatem o compromisso da mesma. A minha inexperiência fez-me recear um eventual fracasso na abordagem aos mesmos, contudo o contacto direto fez-me, surpreendentemente, perceber que a linguagem gestual, a leitura dos lábios e a utilização da escrita são alternativas quase inatas que se revelaram eficazes com todos os doentes com os quais contactei[45].

Muitos dos doentes internados em UCI estão sob sedação, o que constitui um desafio para a avaliação da dor. Na UCIP A tive também a oportunidade de perceber quais as estratégias que podem ser utilizadas para avaliação de dor nestes doentes. A

42 O que vai de encontro ao que Benner (2001) concetualiza, quando classifica a aquisição de competências no que respeita o domínio de diagnóstico e vigilância do doente, anteriormente abordado na página 16 deste relatório.

43 Neste ambiente, em que os cuidados prestados exigem a manipulação de tantos tipos de materiais, sejam eles utensílios externos, internos, químicos ou tecnológicos, muitas vezes o "amontoado" de recursos é tão evidente, que facilmente mascara a existência da pessoa a quem se destinam, o que já foi anteriormente referenciado por Locsin & Purnell, (2007) na página 9 deste relatório. O que autor o escreve foi de encontro àquilo que senti, em que no primeiro impacto, o deslumbre para com a tecnologia levou efetivamente a que em determinada altura lhe tenha conferido maior dedicação.

44 Foram consideradas os relatos de doentes, referenciados por Baumgarten & Poulsen, (2015) na página 11 deste relatório, no que respeita a execução das técnicas de modo a reduzir estádios de vulnerabilidade associados à ventilação mecânica e aspiração de secreções pelo tubo traqueal.

45 Considerando os sentimentos de vulnerabilidade relacionados com a incapacidade em comunicar em consequência do uso de equipamento para assistir na ventilação, teoricamente expostos na página 11 deste relatório.

minha experiência anterior permitiu que tivesse contacto com algumas escalas de dor, mas para avaliação em doentes sem alteração do estado de consciência ou não sedados. A escala utilizada para avaliação de dor em doentes sedados e ventilados é a *Behavioral Pain Scale* (BPS)[46] que, depois de interpretada, permite gerir a farmacologia adequada no combate à dor.

Compreender a sedação e o nível de sedação foi também um desafio. Em circunstâncias normais, numa fase aguda em que os doentes se encontravam instáveis hemodinâmicamente, a sedação era mais profunda. Com a estabilização homodinâmica os níveis de sedação eram diminuídos progressivamente. Na UCIP A é utilizada a Monitorização de Índice Bispectral[47] para avaliação contínua do nível de sedação.

Ainda no âmbito da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista, no que respeita o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, importa referir que a gestão dos medos e das ansiedades sentidas pelos doentes é um dos fatores que lhes aumenta a vulnerabilidade[48]. Assim, o planeamento de intervenções de enfermagem durante o turno da noite foi efetuado de modo a diminuir este fator. Com a adequação do ambiente ao período noturno foi fundamental manter-me alerta, identificando os doentes que pudessem estar a experienciar tais estádios, colmatando-os com a presença física, o toque ou a voz. Foi interessante observar como apenas o facto de demonstrar aos doentes que não estão sozinhos foi eficaz para que voltassem a entrar no processo de sono com evidentes melhorias sobre a ansiedade anteriormente sentida.

Até aqui descrevi genericamente as principais intervenções para aquisição de competências relativas ao cuidado da pessoa em falência multiorgânica. Saliento que, para ser o mais sistemática possível, referi-me ao que representa maior impacto[49] a nível de aprendizagem e que por ser novidade importou maiores dificuldades, o que me levou à procura de informação e de estratégias para que as colmatasse. Todo este processo de aprendizagem levou a que o meu contributo na decisão e execução de intervenções de enfermagem se fossem tornando mais seguros, contribuído desta forma para mitigar a vulnerabilidade física e psicológica dos doentes a quem prestei cuidados

Para adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é imperativo que se executem intervenções que

46 A BPS permite obter um score de dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação ao ventilador.

47 A monitorização do índice bispectral (BIS) processa os dados do eletroencefalograma e estima a profundidade da sedação através do estado de atividade cerebral. O índice adequado para anestesia geral situa-se em torno de 40 a 60. Fora deste intervalo encontram-se situações que revelam estados de consciência ou inconsciência profundos. O objetivo desta monitorização é sedar os doentes com maior segurança evitando sedações demasiado leves ou demasiado excessivas.

48 Como referenciado por Baumgarten & Poulsen, (2015) na página 12 deste relatório.

49 Na UCIP tive também oportunidade de aprofundar conhecimentos que já tinha, por exemplo, no âmbito da ventilação não invasiva ou no manuseamento de material diferente para efetuar técnicas que já tinha efetuado. Esta unidade está munida de um grande suporte tecnológico, que fui aprendendo a gerir e que me permite agora, no meu contexto de trabalho, utilizar a informação fornecida de modo mais rigoroso e proveitoso para o doente.

permitam maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a mesma (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Neste âmbito optei por perceber quais os protocolos, normas de orientação clinica e normas de procedimento vigoravam na UCIP[50]. Posteriormente, foi elaborado em parceria com o orientador, o diagnóstico de eventuais oportunidades de melhoria nas práticas. Concluímos que abordar as novas *guidelines* da sépsis[51], apresentando-as aos elementos da equipa e fazendo uma revisão das recomendações e intervenções adequadas, poderia ser vantajoso para a melhoria das práticas. Nesta sequência foi elaborado um *poster* onde resumidamente está esquematizado o novo algoritmo de diagnóstico de sépsis e choque séptico, com base em critérios de avaliação do SOFA[52] e qSOFA[53]. O *poster* apresenta também um quadro com as recomendações terapêuticas e intervenções de enfermagem sugeridas pela *Surviving Sepsis Campaign*[54]. A apresentação do mesmo foi feita no serviço, durante a passagem de ocorrências, para que se pudesse alargar ao maior número de elementos possível, englobando assim os enfermeiros que estavam a terminar um turno e a começar outro. Estiveram também presentes na apresentação os responsáveis pela equipa de enfermagem e equipa médica da unidade. A informação que consta do *poster* foi posteriormente convertida numa apresentação em *PowerPoint*, gravada em estúdio e posteriormente divulgada aos enfermeiros do serviço através da plataforma EDUCAST[55]. Assim, todos os enfermeiros, especialmente aqueles que não puderam comparecer na apresentação do *poster*, podem ter acesso à informação divulgada, sempre que sentirem essa necessidade[56].

Durante a prestação de cuidados tive ainda oportunidade de verificar que a utilização de fixadores de algália poderia ser um ponto de intervenção no sentido da sua melhoria. Daqui surgiu a ideia de fazer um vídeo de sensibilização, dirigido aos enfermeiros, para o correto manuseamento e manutenção de cateteres urinários. Este instrumento foi pensado com base na norma de procedimento que vigora no centro hospitalar, em que a UCIP A se insere, e na literatura consultada, relacionada com a temática. O objetivo é relembrar

50 Como por exemplo, norma de utilização e manutenção de cateteres vesicais, cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, cateteres periféricos e protocolo de rastreio de *Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistentes (MRSA), permitiu também que através das credenciais de acesso à intranet pudesse consultar protocolos específicos que anteriormente desconhecia, como é o caso da norma de procedimento para prevenção da pneumonia associada à ventilação.

51 Em Portugal 22% dos internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos devem-se a sépsis adquirida na comunidade (maioritariamente causada por pneumonia). Estes casos geram uma mortalidade hospitalar global de 40%. A mortalidade por choque séptico atinge 51% dos doentes (Direção-Geral da Saúde, 2010).

52 SOFA (Sequential [Sepsis Related] Organ Failure Assessement) – índice de gravidade que permite atribuição de score através da avaliação do funcionamento do sistema respiratório, hepático, renal, cardiovascular, sistema nervoso central e coagulação

53 quickSOFA – mais rápido e intuitivo utiliza-se maioritariamente em serviços de urgência "à cabeceira do doente". A atribuição do score depende da pressão arterial, da frequência respiratória e do estado de consciência (Glasgow).

54 A *Surviving sepsis campaign* responsabiliza-se por elaborar e divulgar metas europeias no combate à sépsis através de recomendações dirigidas e estandardizadas.

55 O EDUCAST é um projeto da Fundação para a Computação Científica Nacional. Disponibiliza uma plataforma que permite, de forma integrada, gravar, editar e publicar conteúdos audiovisuais. Estes conteúdos são posteriormente disponibilizados aos consumidores (normalmente alunos) através da internet e dispositivos móveis.

56 Pode visualizar o vídeo no Anexo I

as práticas corretas evidenciando o uso dos fixadores como medida de prevenção de infeções do trato urinário associadas à algaliação. O vídeo foi posteriormente divulgado e enviado a todos os elementos da equipa de enfermagem[57].

De forma a ser rigorosa na interpretação do juízo efetuado, que me fez concluir que poderia haver melhoria no âmbito da manutenção de cateteres vesicais, foi elaborado um jornal de aprendizagem que contempla a reflexão efetuada.

Até aqui referi-me às intervenções que permitiram a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC. Seguidamente descrevo as ações e intervenções realizadas para a aquisição das competências comuns.

A UCIP A, sendo uma unidade polivalente da capital do país, recebe doentes de diferentes raças, etnias e religiões. A intervenção junto do doente e família, com ênfase no respeito pelas suas crenças espirituais e costumes, foi fundamental para garantir a adesão ao processo de cuidados, respeitar a dignidade e para diminuir eventuais estádios de vulnerabilidade que poderiam estar a ser vividos. Um exemplo disso foi a prestação de cuidados a um doente de etnia cigana, que tinha um prognóstico reservado e cuja situação acabou por culminar na morte. Toda a gestão das visitas[58], da informação que se fornecia, tendo em atenção as hierarquias[59], e promoção do respeito pela privacidade do doente e da própria família[60], constituiu uma oportunidade de melhoria e de aprendizagem. O doente estava no centro das minhas atenções e do meu plano de cuidados, mas as necessidades de toda aquela família fazia também obrigatoriamente parte desse plano. A estratégia passou por ganhar a confiança dos membros através da iniciativa, abordando-os antes que fossem os mesmos a procurar a informação junto dos enfermeiros[61]. Percebi que estes se sentiram respeitados, incluídos no processo de cuidados e de tomadas de decisão, tornando esta situação menos difícil para todos[62].

A recolha de informação pertinente inerente ao doente permitiu conhecê-lo melhor e garantir a segurança das práticas, agindo em defesa dos seus direitos, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), nomeadamente, através da prestação de cuidados que promovam: o respeito pela dignidade da pessoa humana (alínea d), número

57 Pode visualizar o video no Anexo II.

58 Perante a doença de um familiar, todos os membros se unem para acompanhar essa pessoa, pois a organização social, nesta comunidade, é fundamentada na extensa família, prevalecendo o grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

59 Os ciganos idosos assumem um papel importante na influência dos restantes membros da comunidade, no que respeita a aceitação dos aspetos da vida (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

60 A figura dos defuntos tem uma grande relevância. Importa ter em conta as manifestações que podem surgir quando se confirma a morte de alguém. O luto condiciona as atividades sociais e a vida comunitária, enquanto manifestações de alegria ou atividades lúdicas (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

61 Como descrevo na página 14 deste relatório referenciando Baumgarten & Poulsen, (2015), Fridh et al., (2009) Karlsson et al., (2010) e Blom et al., (2013).

62 Fator que contribui para a aquisição de competências no domínio da função de ajuda, que exponho na página 17 deste relatório, referenciando Benner (2001).

1 do artigo 109º)[63]; a atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (alínea a), número 1 do artigo 110º)[64]; o cuidado da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (alínea a), número 1 do artigo 102º); a salvaguarda pela privacidade, intimidade da pessoa e da sua família (alínea b), número 1 do artigo 102º)[65]; o respeito e pelas manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas (alínea b), número 1, do artigo 108º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro). Esforcei-me para que o meu objetivo e a minha atenção incidissem no doente de quem cuidava, consciente de que a família será sempre parte integrante do plano de cuidados estabelecido (alínea a), número 1, do artigo 110º), analisando e refletindo sobre a prática de modo a identificar eventuais falhas, que impliquem mudança de atitudes (alínea a), número 1 do artigo 109º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro). Estes fatores contribuíram para que adquirisse competências no domínio da responsabilidade ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro).

## 2.2 Serviço de Urgência Geral com centro de trauma

Em contexto de Serviço de Urgência, para adquirir competências específicas, no que respeita cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro), o primeiro passo foi reconhecer as habilidades necessárias para dar resposta às situações que os doentes admitidos no SU estavam a vivenciar. A inexperiência na prestação de cuidados em contexto de urgência bem como o tempo limitado em que o estágio decorreu, levou a que sentisse algumas dificuldades, essencialmente por défice de conhecimento acerca de determinados processos fisiopatológicos, procedimentos e técnicas, o que afetava uma atuação e raciocínio rápido que permitisse a antecipação a focos de instabilidade. Como estratégia para suprir esta necessidade, optei por tentar perceber juntos dos profissionais quais as causas mais comuns que levavam os doentes a recorrer ao hospital e quais as situações de maior especificidade e complexidade com que eram confrontados diariamente, para que me pudesse preparar previamente (através de pesquisa cientifica) para agir em conformidade com as exigências das situações.

O SU em que tive oportunidade de prestar cuidados tem vários setores[66] onde os enfermeiros podem ficar alocados. Contudo, tendo em conta a especificidade deste mestrado, foi-me proporcionada a oportunidade de realizar turnos maioritariamente nas

63 Através do exercício da advocacia, na medida em que foi necessário ajudar, defender e proteger este doente e família numa situação de vulnerabilidade acrescida (Deodato, 2015).

64 Através da procura pelas necessidades da comunidade a quem prestei cuidados.

65 Abstendo-me de juízos de valor no âmbito das suas filosofias de vida, respeitando (e fazendo respeitar, o que mais uma vez remete para o exercício da advocacia por parte dos enfermeiros), as suas opções (Deodato, 2015).

66 Triagem, balcões, Serviço de Observação, Ortopedia, Pequena Cirurgia.

salas de emergência ou nas salas de trauma. Assim, durante a primeira semana preocupei-me em ter uma perceção do tipo de material e localização do mesmo e em rever conceitos previamente lecionados, da área da emergência e do trauma. Nas semanas seguintes tentei ter uma atuação progressivamente mais proactiva, através de intervenções de enfermagem adequadas aos problemas que afetavam os doentes admitidos.

Os doentes emergentes são normalmente transportados até ao SU por técnicos de emergência médica, enfermeiros ou médicos[67]. O tipo de ocorrência, o local, a hora e as circunstâncias em que o acidente acontece são transmitidas à equipa que recebe o doente e os profissionais assumem de imediato posições de acordo com as intervenções que o doente necessita. Quando chegam à sala, estes doentes podem já trazer alguns dispositivos, como por exemplo imobilizador de coluna e pescoço, vias periféricas, monitorização cardíaca, etc. Pode também não ter sido efetuada nenhuma intervenção prévia. Independentemente do cenário é imperativo que se tomem decisões e que se aja de forma rápida, assertiva e eficiente, de acordo com a situação que presenciamos.

Acompanhar a dinâmica que se vive e que é necessária numa sala de emergência foi um enorme desafio. Não basta saber qual o lugar que devo ocupar; é fundamental que esse lugar não interaja de forma prejudicial com a ação de outros profissionais, o que em momentos de *stress* pode acontecer muito facilmente. Não estão apenas enfermeiros nestas salas e o aglomerado de profissionais (enfermeiros, médicos, auxiliares, técnicos de imagiologia, técnicos de cardiopneumologia), que estas situações exigem podem tornar este ambiente mais *stressante* e confuso, o que facilita, de acordo com Copping, (2005) a possibilidade de eventuais erros terapêuticos[68].

Optei, numa fase inicial, por observar "de fora" o que cada um fazia, como o fazia e essencialmente como se comunica nestas situações. Vários profissionais a requerer intervenções e vários a executá-las pode levar a ações repetidas ou a que alguma falhe por lapso. Para evitar que tal aconteça a comunicação tem que ser efetuada de modo simples conciso e dirigido (a quem se destina) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011; American College of Surgeons, 2012). Apesar de haver conhecimento desenvolvido e escrito sobre esta matéria foi gratificante - e útil - poder observar e vivenciar o modo como tal acontece[69].

Foi a observação de peritos na área seguida da reflexão sobre as suas ações, que me permitiu expor com clareza o meu raciocínio, as minhas dúvidas e as minhas opções

---

67 É com a ativação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que se coordenam as ações emergentes no âmbito extra-hospitalar. Uma central medicalizada para atendimento de chamadas de emergência médica, triagem telefónica, aconselhamento e acionamento dos meios de emergência adequados assegura o transporte dos doentes até ao hospital acompanhados pelos profissionais e meios que a situação reportada exige: Médico e Enfermeiro (Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação - VMER), Enfermeiro e Técnico de Ambulância de Emergência (Suporte Imediato de Vida - SIV) ou Técnicos de Ambulância de Emergência (Serviço de Ambulâncias de Emergência - SAE) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011).

68 Fator que contribui para aumentar a vulnerabilidade física dos doentes, como referem os autores Canale, (2005); Copping, (2005); Kenzi-Sampson, (2005); Rapala & Kerfoot, (2005); Silverman et al., (2003) na página 7 deste relatório.

69 O que vai de encontro ao que Benner (2001) concetualiza, no domínio das competências em matéria de organização e distribuição de tarefas, anteriormente abordado na página 17 deste relatório.

relativamente ao planeamento de intervenções, o que ao longo do tempo me permitiu ganhar confiança e destreza para desenvolver aptidões no que respeita a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Tive oportunidade de identificar focos de instabilidade e de planear cuidados de enfermagem especializados em parceria com a minha orientadora. Numa fase inicial senti muitas dificuldades em priorizar os cuidados, pois as situações emergentes, faziam com que eu própria sentisse mais *stress*, o que me prejudicava o raciocínio e consequentemente as ações. Estes sentimentos foram ficando mais ténues devido às inúmeras oportunidades que tive em repetir o processo. A aprendizagem experiencial ao longo do tempo, foi referida por Benner (2001), como fundamental ao desenvolvimento progressivo de competências, levando à compreensão cada vez mais intuitiva das situações. Apesar de cada doente e de cada situação serem únicos, as prioridades devem ser efetuadas sempre da mesma forma[70]. O facto de ir conhecendo o método de trabalho da equipa e de aprender a trabalhar inserida na mesma, facilitou também o meu desenvolvimento no que respeita a resposta a focos de instabilidade através de cuidados individualizados ao doente, vítima de doença súbita ou acidente grave, em parceria com a equipa multidisciplinar.

As intervenções que tive oportunidade de realizar e que destaco neste documento prendem-se essencialmente com a abordagem ao doente politraumatizado, pois a minha experiência nesta área era nula, constituído assim o maior desafio.

Os doentes politraumatizados admitidos no SU vinham habitualmente imobilizados, (coluna e pescoço), pois a primeira abordagem aos mesmos era previamente efetuada por enfermeiros e médicos da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), contudo tive a oportunidade de, ao retirar os imobilizadores para os trocar, ou para utilizar o material do serviço[71], repetir o processo mantendo as imobilizações adequadas, mobilizando os doentes em bloco e reavaliá-los de acordo com as prioridades, isto é, proceder a uma avaliação primária rápida e posterior reanimação das funções vitais[72].

Os dispositivos utilizados foram os colares cervicais e imobilizadores laterais (imobilização da cabeça e pescoço), planos rígidos (permitem o transporte do doente com alinhamento completo da coluna vertebral) e macas de imobilização de vácuo

70 Na sala de reanimação a abordagem ao doente crítico deve ser efetuada por prioridades: Realizar suporte básico de vida precocemente (se o doente estiver em paragem cardiorrespiratória), permeabilizar a via aérea e assegurar a oxigenação eficaz dos órgãos nobres, otimizar a ventilação (se necessário utilizar adjuvantes da via aérea), estabelecer acessos venosos para assegurar uma circulação eficaz e identificar e corrigir todas as situações reversíveis de modo a estabilizar o doente (para que possa ser transferido, em segurança, para um local que garanta a continuidade dos cuidados necessários à especificidade da situação) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011).

71 Até estar descartada a eventual lesão da coluna vertebral os doentes permanecem imobilizados, razão pela qual à chagada do doente, para libertar o material utilizado pelos profissionais do pré-hospitalar, é necessário garantir a sua troca por material do serviço.

72 De acordo com o manual de *Advanced Trauma Life Suport (ATLS)* (American College of Surgeons, 2012), este processo constitui o ABCDE dos cuidados ao doente traumatizado e identifica as condições que implicam risco à vida através da seguinte sequência: Via aérea com proteção da coluna cervical (A), Ventilação e respiração (B), Circulação com controlo da hemorragia (C), Disfunção, estado neurológico (D) e Exposição/controlo do ambiente prevenindo a hipotermia (E).

(habitualmente conhecidas como macas *coquille*, permitem transporte com imobilização completa do doente, mantendo os membros alinhados). Tive ainda oportunidade de retirar talas de imobilização de membros, mantendo o seu correto alinhamento e posterior colaboração na colocação de talas gessadas ou dispositivos para manter a sua redução e alinhamento (trações cutâneas) até eventual cirurgia, se necessário.

Nos doentes politraumatizados, pela imprevisibilidade e violência a que normalmente são sujeitos no momento do acidente, deve manter-se sempre um alto índice de suspeição quanto à possibilidade de eventual hemorragia interna (American College of Surgeons, 2012), devendo os enfermeiros reconhecer precocemente sinais de choque hipovolémico[73]. Dado que todos os doentes politraumatizados que foram admitidos no SU durante a minha premência não tinham comprometimento da via aérea ou da respiração[74], a minha atuação centrou-se na prevenção de complicações relacionadas com possíveis hemorragias. De imediato colaborava na colocação de acessos venosos (para infusão de líquidos ou drogas), colheita de amostras de sangue para tipagem (antecipar a administração de concentrados de hemácias) e monitorização de sinais vitais (tensão arterial, frequências cardíaca e saturações de oxigénio capilares periféricas).

Os doentes politraumatizados referem habitualmente dor severa, o que levou a que as minhas preocupações passassem pela identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e posterior gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Nas salas de emergência, a permanecia de um médico permitia obter rapidamente a prescrição de analgesia, o que possibilitava a administração precoce da mesma[75].

Para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é fundamental que desenvolva aptidões que permitam assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação que vivenciam (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro), de modo a gerir ansiedades e medos vividos reduzindo assim a sua vulnerabilidade. Os doentes admitidos mostravam altos níveis de ansiedade relacionados com o medo do desconhecido, medo do futuro (eventuais sequelas) e/ou com o facto de estarem preocupados com a sua família[76]. Assim, a minha intervenção passou por mostrar compreensão e disponibilidade, estabelecendo uma relação terapêutica ancorada na

73 Os sinais de choque passam por frequências cardíacas elevadas associadas a hipotensão, alteração do estado de consciência, pele pálida e suada/viscosa e aumento do tempo de preenchimento capilar (>2 segundos) (American College of Surgeons, 2012).

74 Uma avaliação de 10 segundos é suficiente para descartar problemas de A ou de B. Uma estratégia que pode ser utilizada passa por perguntar ao doente o seu nome e o que aconteceu. Uma resposta adequada sugere que não há comprometimento grave da via aérea ou da ventilação (American College of Surgeons, 2012).

75 De acordo com McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, (2002), é importante que os enfermeiros percebam que contribuir para o conforto e o bem-estar dos doentes deve constituir o principal objetivo. Os autores referem que esta perceção por parte dos enfermeiros, potencia a realização de intervenções dirigidas para a diminuição da vulnerabilidade dos doentes críticos.

76 Fatores que contribuem para incrementar a vulnerabilidade nestes doentes, (como referencio no enquadramento teórico deste documento).

comunicação assertiva[77] e adequada à complexidade do estado de saúde do doente, envolvendo-o e à família[78] no processo de cuidados. Tive a oportunidade de perceber que doentes e famílias[79] ficam mais calmos e tranquilos quando presentem preocupação e dedicação por parte dos enfermeiros. O facto de procurar saber o nome pelo qual gosta de ser chamado, atender à sua privacidade e intimidade, proporcionar rapidamente um contacto com o familiar ou pessoa de referência, possibilitar a presença física do familiar e incluí-los no processo de cuidados, são exemplos de atitudes que procurei ter para criar uma relação empática e eficaz na diminuição da vulnerabilidade, o que vai de encontro ao que Karlsson et al., (2012, 2010) e McKinley et al., (2002), defendem como contributo para a diminuição de tais estádios. Nos momentos em que percebia que a família vivia momentos de angústia por ignorar o estado de saúde da pessoa em situação crítica que estava a ser cuidada na sala, tentei, dentro da liberdade e autonomia que me foi concedida pela orientadora, diminuir ao máximo o tempo que essas famílias estavam sem saber informações pois percebi que a presença de um membro da equipa junto dos familiares, mesmo que para fornecer apenas suporte emocional, reduz os seus níveis de ansiedade.

Importa salientar que a minha intervenção, no que respeita a gestão de medos, ansiedades e técnicas de comunicação se foi aperfeiçoando ao longo do estágio, sendo proporcional á confiança que fui ganhando na abordagem destes doentes, dado que numa fase inicial, a falta de experiência e o *stress* que as situações de emergência me provocavam faziam com que me centrasse demasiado na técnica. Considero que foi das aprendizagens mais gratificantes que pude ter neste campo de estágio.

De acordo com o Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica passam também por dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Embora não tenha desenvolvido nenhuma atividade ou intervenção neste âmbito, considero pertinente mencionar que me preocupei em conhecer o plano de emergência interna daquele serviço. Os procedimentos a ter em caso de emergência, hierarquias, contactos, *action cards*[80] para os diferentes elementos da equipa e algoritmos de atuação, constam de um manual disponível para consulta em diversos pontos do serviço. Ao perceber o meu interesse, a orientadora de estágio, apresentou-me as estruturas físicas que poderiam ser adaptadas caso fosse acionado o plano.

77 A otimização da comunicação entre utentes, familiares e profissionais de saúde dá resposta a pressupostos éticos e deontológicos (Carvalho et al., 2012), preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que consagram o direito da família e do utente a serem envolvidos no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

78 Numa situação de urgência ou emergência, a presença de um familiar ou pessoa significativa promove a tranquilidade e a estabilidade emocional do doente, ajuda na adesão terapêutica e permite ultrapassar barreiras culturais (Meyers et al., 2004).

79 Existe uma forte relação entre as atitudes dos enfermeiros perante a família no cuidar e os estilos de gestão de conflito que são adotados caso este ocorra com um familiar de um doente. As técnicas mais utilizadas pelos enfermeiros nestas situações são a escuta ativa, a empatia, o recurso à linguagem positiva e a capacidade de reconhecer emoções, técnicas que assentam em pressupostos de relação de ajuda (Ribeiro, Matos, & Pinto, 2014).

80 *Action cards*: Cada um dos postos de trabalho-chave deve ter acesso a um documento escrito onde está definido/escrito uma lista de "tarefas" a desenvolver para dar resposta ao nível ativado. Esta lista deve consignar princípios de organização, além da listagem de tarefas a desempenhar (Oliveira et al., 2012).

No domínio da 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 (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro), a minha intervenção passou por mobilizar conhecimentos do plano nacional de controlo de infeção e procurar conhecer as diretivas das comissões de controlo de infeção. Com um total desconhecimento face a possíveis fontes de infeção ou contaminação que os doentes admitidos pudessem ter, a abordagem aos mesmos foi sempre efetuada utilizando equipamentos de proteção individual (luvas, bata e máscara). Apesar de ser efetuada limpeza e desinfeção da sala de emergência após a transferência do doente, é importante que os profissionais evitem contaminar o material de stock. A rápida dinâmica exigida nas salas de emergência pode dificultar essa tarefa, razão pela qual, como estratégia, preparava previamente a sala, reservando fora dos locais próprios de acondicionamento, algum material que previa ser necessário (compressas, cateteres, tubos de colheita etc.), respeitando deste modo, os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica.

Até aqui foram descritas as intervenções realizadas no SU, cujo objetivo se prende com a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Seguidamente descrevo as intervenções e atividades realizadas para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas e regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro).

Prestar cuidados de enfermagem num serviço de urgência requer que o enfermeiro atue com base em sólidos e atualizados padrões de conhecimento científico, para que possa exercer práticas seguras e adequadas aos problemas específicos de cada pessoa. A rotina deste serviço faz sobressair essencialmente a ação prática que cada um exerce numa relação causa efeito, isto é, qualquer pessoa, esteja ou não em situação crítica, quando recorre ao SU pretende que quem lá exerce funções resolva a causa do seu problema. Contudo, tendo em atenção a temática sobre a qual se rege o meu percurso, a vulnerabilidade, é imperativo que a minha intervenção para com estes doentes vá além da ação direta sobre a estrutura afetada que motivou a sua ida ao SU. Caso contrário estaria a cair no paradigma biomédico[81] (Pearson & Vaughan, 1992) em detrimento da visão holística que promove sentimentos de bem-estar físico e psicológico através da inter-relação entre corpo, mente e espírito (McEvoy & Duffy, 2008).

Ao prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica foi, de acordo com o que escrevo no parágrafo anterior, impreterível que as tomadas de decisão assentassem em pressupostos éticos e deontológicos adequados às situações, intervindo junto do doente e família com respeito pelas suas crenças espirituais e costumes. Esta intervenção assume particular importância devido ao tipo de população que frequentemente recorre a

81 Uma prática de enfermagem ancorada no modelo biomédico constitui uma prática em que se consideram os doentes como seres físicos, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana. O objetivo dos cuidados de enfermagem são dirigidos à cura, numa atmosfera de rotinas e atividades *standard*, associadas a uma obsessão em prestar cuidados físicos (Pearson & Vaughan, 1992).

este serviço. Nas imediações deste SU reside uma grande comunidade de emigrantes[82] (particularmente indianos e muçulmanos) e sem abrigo[83], o que requer da parte de quem os cuida especial atenção[84]. Ter atenção às refeições que eram fornecidas a muçulmanos e hindus, por exemplo, foi uma das intervenções que tive junto destes doentes. O facto de não ingerirem carne de porco ou vaca podia significar para os mesmos uma refeição menos completa, agindo assim, de acordo com os pressupostos implícitos no CDE, nomeadamente através do respeito pelas opções culturais e religiosas das pessoas (alínea f), número 1, do artigo 102º), e do respeito pela integridade bio-psico-social, cultural e espiritual das mesmas (alínea b), número 1 do artigo 103º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

Relativamente aos doentes sem abrigo, muitas vezes encontrados inanimados na via pública, e posteriormente trazidos pela VMER, ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) ou bombeiros, a grande maioria era reincidente, com forte comprometimento de adesão ao regime terapêutico o que perpetua a recorrência ao SU nestas condições. As histórias clínicas destes doentes são conhecidas por médicos e enfermeiros (estão disponíveis no processo clínico) e revelam incapacidade de integração social. Embora estes casos tenham já sido acompanhados pelo serviço social, o incumprimento e o abandono dos programas de reinserção torna inúteis os esforços dos profissionais.

Estas situações confrontaram-me com sentimentos de impotência com os quais não estou habituada a lidar. Os doentes eram tratados e concedida a alta clínica, voltavam para a sua rotina, com os mesmos hábitos e no mesmo ambiente. Sem qualquer intervenção de um profissional é presumível que a mesma situação se repita. Fui obrigada a conformar-me com o facto de que não tenho capacidade para intervir na comunidade[85]. Contudo, procurei agir de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, afastando-me de qualquer descriminação económica, social, politica, étnica, ideológica ou religiosa (alínea a), número 1 do artigo 102º), abstendo-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa não impondo os meus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida (alínea e), número 1 do artigo 102º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

O SU recebe centenas de doentes diariamente. A dificuldade em "escoar" esses

82 Ao longo dos anos, a proveniência da população imigrante tem-se alterado. Se em 2004 e 2005 dominavam as proveniências dos países do Leste da Europa, hoje, as maiores frequências são dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), Brasil e alguns países Asiáticos (Assitência Médica Internacional, 2014).

83 Em 2015, foram atendidas pela primeira vez 502 pessoas, menos 13 casos (-3%) que em 2014, que se enquadram na tipologia de Sem-Abrigo definida pela Federação Europeia das Organizações que Trabalham com a População Sem-Abrigo. Deste número, 27% são mulheres, verificando-se um aumento de 121% nos últimos 17 anos. Desde 1999 (ano em que se começou a fazer esta contagem), já foram apoiadas 10.907 pessoas em situação de sem-abrigo (Assitência Médica Internacional, 2015).

84 Emigrantes e sem abrigo fazem parte dos grupos considerados particularmente vulneráveis. A vulnerabilidade acrescida destes grupos é-lhes conferida pelo ambiente em que habitualmente vivem (fraco suporte social, poluição e violência) e pela fraca capacidade pessoal em adquirir esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano. Os sentimentos de vulnerabilidade sentidos acabam por perpetuar a adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde, isolamento, violência e atividades ilegais (Rogers, 1997).

85 Reconhecer os meus recursos, limites pessoais e profissionais, embora tenha sido um processo de reflexão difícil, contribuiu para a aquisição de competências no domínio das aprendizagens profissionais através do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro).

doentes para os internamentos é uma constante, devido à falta de vagas nos serviços. Esta situação faz com que o serviço de urgência acolha constantemente um número de doentes superior ao suportado pela estrutura física em que está inserido, o que lança desafios constantes no que respeita o cumprimento da privacidade e intimidade[86] destes doentes. Este fato pode comprometer a ação dos enfermeiros no que concerne o cumprimento do CDE, nomeadamente no que confere a obrigatoriedade em atender aos sentimentos de pudor e intimidade inerentes à pessoa (número 1 do artigo 107º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro). A utilização de biombos, a mobilização de doentes para locais mais resguardados e a utilização da roupa da maca (fazendo efeito tenda) foram estratégias utilizadas para garantir a privacidade dos doentes neste serviço[87].

Tive a oportunidade de discutir com alguns elementos da equipa esta problemática, reconhecida e reportada pelos mesmos às chefias e superiores hierárquicos. Estes garantem que é uma situação que será resolvida aquando da realização de eventuais obras sobre as infraestruturas do serviço.

A problemática da privacidade coloca-se também devido à forma como a comunicação é efetuada no serviço. As salas em *open space*, são propícias à partilha acidental de informação pessoal de cada doente. De modo a cumprir com o artigo 106º, dever do sigilo, que consta do CDE (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro) procurei garantir que a partilha da informação era efetuada apenas com aqueles que estão implícitos no plano terapêutico.

O confronto com as situações que cabo de descrever, que obrigam a decisões baseadas no Código Deontológico dos Enfermeiros e a ação pela defesa dos Direitos Humanos, permitiram a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro). A identificação de oportunidades de melhoria e posterior sugestão de estratégias, permitiram a aquisição de competências no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O SU recebe diariamente pessoas vítimas de doença súbita ou acidente grave, que podem chegar incapacitadas de manifestar a sua vontade. Os profissionais de saúde têm que agir de forma rápida e atempada para não causar prejuízo à vida das mesmas, garantindo o respeito pela sua autonomia[88].

Ao aceder ao processo dos doentes, percebi que a plataforma informática utilizada, não permite que os enfermeiros acedam à Plataforma dos Dados da Saúde. Questionei

86 De acordo com a Carta dos Direitos do Doente Internado, este tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico.

87 A falta de privacidade constitui um fator de vulnerabilidade acrescida, como refiro na página 13 deste relatório.

88 O princípio da vulnerabilidade obriga ao reconhecimento de que todas as pessoas são vulneráveis, isto é, suscetíveis a dano causado por outrem. Este princípio obriga também ao reconhecimento de que o exercício da autonomia, no sentido de obtenção consentimento informado, não eliminam a vulnerabilidade, o que confere ao profissional de saúde a responsabilidade de estabelecer relações simétricas com a pessoa doente e obriga as instituições a proteger e zelar pelos cidadãos (Neves, 2006) mesmo quando estes não têm capacidade para se manifestar.

posteriormente a orientadora onde poderia obter informação acerca do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), caso fosse necessário consultar o testamento vital de um doente. A resposta, em como não havia forma de aceder a essa informação, levou à discussão da temática entre os elementos da equipa de enfermagem. Como a informação não era unânime nem o conhecimento sobre esta matéria homogéneo, considerámos pertinente a elaboração de um *poster* acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são reguladas pela Lei nº 25/2012 de 16 de Julho, designadamente sob a forma de testamento vital, regula a nomeação do procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Em última instância permitem que qualquer pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifeste antecipadamente a sua vontade, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal autonomamente. Permitem ainda a nomeação de um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal autonomamente.

A Lei nº 25/2012 de 16 de Julho cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) cuja finalidade consiste em rececionar, registar, organizar e manter atualizada, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde [89]. A pertinência da exposição desta informação prende-se com a obrigatoriedade que os enfermeiros têm em informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como saber a maneira de os obter (artigo 105º, do dever da informação do CDE) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro) e com o facto de terem sido identificadas lacunas no que concerne à informação sobre o RENTEV na equipa de enfermagem do SU.

O *poster* foi apresentado à equipa no momento próximo à mudança de turno para que assistissem à apresentação o maior número de elementos possível, sem que houvesse necessidade de se deslocarem ao hospital propositadamente. Foi previamente divulgada na sala de enfermagem, através de um folheto, a data e hora em que ocorreria a apresentação. Além dos enfermeiros de prestação de cuidados diretos, assistiu à formação a chefe de equipa onde estive inserida durante o estágio, e a enfermeira responsável pela formação daquele serviço. A informação que consta do *poster* aqui apresentado, foi transcrita para uma apresentação em *PowerPoint*, posteriormente gravada em estúdio e disponibilizada, através da plataforma EDUCAST, aos enfermeiros do serviço que não tiveram oportunidade de assistir à apresentação da temática no serviço.[90].

Durante a realização deste estágio as oportunidades de aprendizagem foram inúmeras, com a vantagem de ser acompanhada por profissionais competentes e

89 Em 2014 surge a Portaria nº 96/2014 de 5 de Maio que regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), (2014).

90 Pode visualizar o video no Anexo III

preocupados. Apesar de não trabalharem nas melhores condições, todos os dias fazem esforços para que seja garantida e mantida a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A reflexão sobre esta experiência não foi apenas um contributo para a elaboração deste documento, permitiu-me também repensar a forma como presto cuidados e como me consciencializo do outro enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

## 2.3 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente B

Neste subcapítulo refiro-me à última fase do percurso de estágio. Nas etapas iniciais, tive a oportunidade de planear e realizar intervenções de enfermagem em contexto UCI e SU, o que me permitiu adquirir competências a vários níveis, nomeadamente no que respeita a prestação de cuidados a doentes com necessidade de ventilação mecânica, com monitorização invasiva e com necessidade de técnicas de substituição da função renal.

No que respeita a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, no domínio do cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro) senti, tal como nos contextos anteriores, a necessidade constante de consultar evidência científica atualizada, relacionada com os processos de doença aguda vivida pelos doentes a quem prestei cuidados.

As experiências passadas foram úteis para uma mais fácil integração neste contexto, contudo, o facto de não ser a minha área profissional de intervenção, levou mais uma vez a adotar estratégias que colmatassem as dificuldades inerentes à inexperiência. Assim, durante os primeiros três turnos observei as dinâmicas do serviço, li as normas e protocolos em vigor, prestei, supervisionada por peritos, cuidados diretos a doentes em situação crítica e falência multiorgânica sob sedo-analgesia, com necessidade de ventilação e monitorização invasiva e recurso a técnicas de substituição da função renal. Aqui, tive pela primeira vez oportunidade de prestar cuidados a doentes com necessidade de oxigenação por membrana extracorpórea, monitorização contínua do débito cardíaco (cateter PICCO e cateter de *Swan-Ganz*) e de prestar cuidados a doentes submetidos a protocolo de hipotermia terapêutica[91].

Quando comecei o estágio nesta unidade, o choque inicial, bem como o receio e o deslumbre com recursos tecnológicos (utilizado como adjuvante nos cuidados a estes doentes), foi menor, o que permitiu acrescentar (de uma forma natural) à componente técnica dos cuidados, intervenções direcionadas para a vulnerabilidade que estes

91 A hipotermia terapêutica é uma redução controlada da temperatura central dos doentes com objetivos terapêuticos pré-definidos. Melhora os desfechos entre os sobreviventes comatosos após manobras de ressuscitação pela neuroprotecção conferida por temperaturas centrais não superiores a 36ºC.

doentes pudessem estar a vivenciar[92], isto é, o percurso efetuado, foi fundamental ao desenvolvimento de níveis de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, que de acordo com Takaki & Sant'Ana, (2004), são fundamentais ao estabelecimento de relações empáticas como processo terapêutico, através do desenvolvimento de uma relação de respeito mútuo, em que o enfermeiro presta cuidados individualizados, considerando a cultura, crenças e valores da pessoa.

Tendo em atenção a especificidade da temática abordada, a vulnerabilidade, a perita que orientou o meu percurso (chefe de uma das equipas de enfermagem da unidade), considerou pertinente, numa fase inicial, que observasse e/ou fosse orientada por outros enfermeiros da equipa na prestação de cuidados, pois todos têm a sua forma particular de cuidar (considerando interessante para o meu percurso ter várias perceções[93]) e também pela vantagem de tirar proveito de uma maior diversidade de experiências. Assim, durante as primeiras semanas, quando me apresentava no serviço, eram-me atribuídos um ou dois doentes em situações de doença aguda, que exigissem cuidados com os quais não estava familiarizada. Esta estratégia acabou por se revelar muito enriquecedora. A aprendizagem resultou, não somente da observação de diferentes peritos, mas também pelo fato de aproveitar as oportunidades de realizar intervenções de enfermagem totalmente novas para mim, das quais destaco a possibilidade de prestar cuidados ao doente crítico submetido a oxigenação por membrana extra corpórea (ECMO).

Depois de três semanas na prestação de cuidados diretos passei a acompanhar a enfermeira orientadora (que por ser chefe de equipa não tinha doentes atribuídos), nas funções que desempenhava. Poderiam ser funções no âmbito da gestão ou no âmbito da prestação de cuidados diretos. Esta etapa do estágio foi mais reflexiva na medida em que, mobilizando os saberes previamente adquiridos acerca dos fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico, delineei intervenções dirigidas à especificidade dos mesmos. Esse planeamento, era precedido de discussão conjunta com a orientadora, que devido à sua perícia, me ia alertando para manifestações de vulnerabilidade evidentes nos doentes, mas que por inexperiência, poderiam ficar ocultas no plano de intervenções que efetuava.

Pelo fato de se realizarem na unidade consultas de acompanhamento relacionadas com a qualidade de vida após o internamento na unidade, tive acesso a informação fornecida pelos doentes no que se refere aos fatores causadores de *stress* durante o mesmo.

---

92 O desenvolvimento progressivo de competências permitiu que me afastasse de ações guiadas por regras, levando a que me apercebesse dos meus atos e tivesse a perceção das situações de forma global. Foi esta evolução progressiva que me fez perceber em que medida é que a perceção da vulnerabilidade dos outros não é algo inato, resulta do crescimento individual e profissional que leva à compreensão profunda da situação na sua globalidade (Benner, 2001) (estabelecimento de relações empáticas). Esta premissa levou a que refletisse acerca da justificação da temática abordada, como intervenção especializada de enfermagem, e consequentemente me levou a adotar Benner para, teoricamente, suportar essa justificação.

93 Por exemplo há enfermeiros que poderão dar primazia à excussão das técnicas, outros preocupam-se mais com a estética ou outros podem valorizar o impacto psicológico que a situação de cuidados possa causar. Esta estratégia foi utilizada essencialmente para observar diferentes formas de cuidar, no mesmo tipo de doentes e no mesmo contexto.

Definindo vulnerabilidade como a suscetibilidade a dano ou prejuízo causado pelo outro, assumi os fatores causadores de *stress*, referidos pelos doentes da consulta, como sendo os fatores que lhes aumentam a vulnerabilidade, em sentido adjetivo, na medida em que podemos intervir sobre eles.

Durante o período em que estagiei na unidade foi realizada apenas uma consulta, à qual não tive oportunidade de assistir. Contudo, foi-me explicada toda a dinâmica em que essa ocorre e foram-me facultados os dados referentes às consultas realizadas em 2016[94]. As consultas são realizadas após seis meses da data de alta, por uma equipa constituída por 5 enfermeiros e 5 médicos. No momento de alta é entregue ao doente um documento que o alerta para um futuro contacto, de modo a que possa fazer parte da consulta. Seis meses após a alta o doente recebe uma solicitação, assinada por um médico e um enfermeiro da equipa, para estar presente na consulta e cujo objetivo passa por reduzir os fatores de risco para a síndrome pós cuidados intensivos (Harvey & Davidson, 2016). Estes fatores de risco, além de diminuírem a qualidade de vida dos doentes, podem causar alterações cognitivas, depressão, ansiedade e sintomas de *stress* pós-traumático que pode persistir durante anos[95].

A avaliação efetuada nas consultas de acompanhamento recai sobre a qualidade de vida dos doentes e no grau de dependência nas atividades diárias. Aqui, são também identificados os fatores causadores de *stress* durante o internamento e faz-se o seguimento da evolução dos problemas pendentes no momento de alta, com eventual suporte no encaminhamento, se ainda não resolvidos.

Ao relacionar os resultados obtidos nas consultas (que foram posteriormente trabalhados pela equipa), com os resultados das pesquisas bibliográficas anteriormente efetuadas, elaborei uma lista de fatores que utilizei como referência aquando do planeamento das intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica a quem prestava cuidados.

As principais experiências vividas relatadas como causadoras de *stress* durante o internamento relacionam-se com as preocupações com a família, sensação de sede, perda da noção do tempo, dificuldades em comunicar, desconforto causado pela sonda

94 Os dados foram facultados na perspetiva de puderem sustentar propostas para a melhoria da qualidade de cuidados no serviço. Na consulta são incluídos todos os doentes sobreviventes com internamento superior a 48h. Na primeira consulta é-lhes pedido o consentimento informado acerca das intenções e propósitos da mesma, entre os quais a sensibilização da equipa, para os fatores que podem estar relacionados com a vulnerabilidade do doente e sob os quais se possa intervir, através de formação, para a melhoria das práticas.

95 A doença crítica e os cuidados intensivos afetam a saúde e o bem-estar dos doentes. A evidência revela que apesar da mortalidade hospitalar (resultado a curto prazo), continuar a ser extremamente importante, a tendência futura consiste em dar especial atenção à forma como as doenças críticas e os cuidados intensivos, afetam a saúde e bem-estar dos doentes e famílias a longo prazo. São inúmeros os fatores pré, intra e pós UCI que contribuem para melhorar ou piorar estes resultados, o que leva a que se incluam no tratamento o acompanhamento por profissionais, a longo prazo (pelo menos 6 meses), avaliando questões de sobrevivência, qualidade de vida, autonomia, morbilidade e custos associados. Os instrumentos adequados para proceder às avaliações são a escala SF 36 (referente às experiências vividas no internamento) e a EQ 5D (que avalia a qualidade de vida aos 6 meses) (Angus & Carlet, 2003). Estas são as escalas utilizadas nas consultas de acompanhamento na UCIP B e cuja análise constitui oportunidades para a melhoria dos cuidados.

nasogástrica, desconforto geral e sentimentos de dor[96]. Relatos semelhantes foram encontrados nos estudos previamente mencionados e que constam da componente teórica deste relatório, relacionados com a incapacidade em comunicar, a importância da presença da família e perceção da realidade difusa e irreal relacionada com a perda de noção do tempo (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Tendo em atenção a forte relação entre estes fatores, as intervenções de enfermagem foram planeadas com base nos mesmos. Para diminuir a vulnerabilidade destes doentes repensei as minhas atitudes com as famílias e procurei integrá-las de modo mais exaustivo nos cuidados, aproximando-me delas, percebendo as suas dúvidas, as suas ansiedades, utilizando técnicas de comunicação assertiva principalmente na comunicação de más notícias: a forma como a informação é apresentada, pode afetar a compreensão e a aceitação da mesma por parte dos doentes e famílias. Os fatores considerados mais importantes, quando recebem más notícias são: a competência; a honestidade e atenção; o tempo que permita colocação de perguntas; um diagnóstico direto e compreensível e o uso de linguagem clara. Alguns doentes reconhecem que o uso do toque (por exemplo, segurar a mão) e a confiança nos profissionais são fatores igualmente impactantes. Já os familiares procuram a privacidade, uma atitude positiva por parte dos profissionais, competência, clareza e tempo para esclarecimento de dúvidas (Muller, 2002). Em suma, pude constatar que estimular a interação entre doente e familiar proporcionou a colocação questões por parte dos mesmos, facilitou a exposição de inseguranças e a partilha de emoções. Ao sentir os familiares integrados nos cuidados, os doentes exprimem sentimentos de confiança, mostram-se mais confortáveis e alguns deles evidenciam sentimentos de esperança no discurso (vontade em recuperar)[97].

No que respeita a noção do tempo, passei a ter mais atenção a pormenores como a existência de relógios nos campos de visão dos doentes, que muitas vezes podem estar ocultos por cortinas ou monitores sem que nos apercebamos. Nos doentes sedados, adequar o ambiente foi também um aspeto que procurei não esquecer. Diferenciar a noite do dia é fundamental para manter a orientação dos doentes, um aspeto que pode ser esquecido quando os doentes estão sedados, mas que à posteriori se revela nas memórias que os doentes têm dos internamentos.

Problemas com a comunicação relacionados com a presença do tubo traqueal, foram já anteriormente descritos como um fator que contribui para a vulnerabilidade do doente crítico. Apesar de anteriormente (na UCIP A) ter desenvolvido competências para colmatar tais dificuldades, como a utilização da linguagem gestual, da escrita e da leitura da mímica labial, na unidade a que agora me refiro pude treinar tais habilidades e desenvolver outras, como a interpretação dos parâmetros monitorizados, nomeadamente: frequência cardíaca, tensão arterial e inadaptação ao ventilador, que podem ser traduzidos em necessidades sentidas. Tive a oportunidade de perceber que a alteração dos parâmetros

96 Dados retirados da análise dos resultados das consultas de acompanhamento.

97 O que vai de encontro ao previamente mencionado na componente teórica deste relatório.

vitais estava frequentemente relacionada com a sede ou com a dor[98], o que confirma os resultados obtidos nas consultas e os resultados da pesquisa efetuada. Esta perceção não é algo inato, ou seja, perceber que os dentes têm dor ou sede através da observação hemodinâmica, foi o resultado de interpretação, reflexão e discussão dos parâmetros com a orientadora de estágio que, ao me alertar para determinados sinais, me permitiu, agir de forma autónoma. Este processo de observação, reflexão, discussão e conclusão foi uma experiência, não apenas gratificante, mas também útil para a prestação de cuidados no meu contexto de trabalho.

Na UCIP B aprendi a ter mais atenção aos pormenores e a todos os sinais que o doente nos transmite, seja pelas alterações hemodinâmicas, seja pelo piscar de olhos, pela expressão facial ou pelo toque (Happ, 2001). A maioria dos doentes da unidade está sedado e mais uma vez, a minha falta de experiência e de contato, levava a considerar que os doentes estavam sempre sedados de igual forma[99], ou que estariam a dormir. Muitas vezes o desconforto ou os sinais de alguma necessidade insatisfeita são tão subtis que facilmente podem ser inconscientemente ignorados por alguém inexperiente como eu. O fato de acompanhar um perito foi fundamental para colmatar estas lacunas. Dar a mão, mostrar que estamos presentes, mostrar compreensão, chamar os doentes à realidade, explicar todos os procedimentos (mesmo que pareça que eles não nos ouvem) e falar sobre a família, dizer que estivemos com eles, que eles estão presentes e que são ouvidos e esclarecidos é fundamental para reduzir sentimentos de medo, solidão, dependência e ansiedade. Mitigar estes fatores de vulnerabilidade permite reduzir os níveis de sedação (Baumgarten & Poulsen, 2015), reduzindo os dias sob ventilação e consequentemente, reduzindo os dias de internamento na UCI.

Embora não tão frequentes, nas consultas de acompanhamento, foram também relatados fatores de *stress* relacionados com a incerteza no futuro/medo de morrer, ruídos (potenciam perturbações de sono) causados pelos aparelhos, brilho das luzes artificiais dos monitores, falta de privacidade/exposição, aspiração pelo tubo traqueal, punções com agulhas, dependência de máquinas e comentários e ditos pelos enfermeiros e médicos[100]. Todos estes aspetos foram tomados em consideração para adequar intervenções de enfermagem aquando dos cuidados prestados aos doentes críticos e em falência multiorgânica com quem contactei. Explicar os procedimentos antes de os executar (como é o caso da aspiração de secreções), manter os doentes sempre tapados com um lençol expondo-os ao mínimo, utilizar cortinas para promover a privacidade, falar próximo dos doentes (com o mesmo intuito) e com linguagem acessível, evidenciar a minha presença

98 A escala utilizada para avaliação de dor em doentes sedados e ventilados na UCIP B é a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

99 A monitorização do índice bispectral (BIS) não existe nesta unidade.

100 O que vai de encontro aos relatos mencionados na componente teórica deste relatório, resultantes da revisão sistemática da literatura, previamente efetuada: como o desconforto causado pela aspiração de secreções, medo de morrer associado à ansiedade causada pela dependência da tecnologia, falta de sono e exaustão (Baumgarten & Poulsen, 2015), falta de dignidade e de privacidade, e sentirem-se como objetos (McKinley et al., 2002) desrespeitados pelos profissionais (Karlsson et al., 2012).

(através do toque ou voz) para que não se sentissem abandonados e adequar os alarmes dos monitores ao ambiente, são exemplos de intervenções planeadas com o intuito de mitigar episódios de vulnerabilidade acrescida.

A partilha da informação e o respeito pelos doentes enquanto pessoas, incluindo-os nos processos de tomada de decisão e na execução de tarefas, conferindo-lhes autonomia, são aspetos anteriormente referidos pelos autores mencionados no enquadramento teórico deste relatório. Refletindo sobre a sua pertinência, procurei colocá-los em prática enquanto prestei cuidados aos doentes internados na UCIP B, com o objetivo de realmente fazer a diferença no que respeita os sentimentos de vulnerabilidade, tornando-os menos exacerbados[101].

Considerar estes aspetos contribuiu, não só para os integrar nos cuidados aos doentes com quem contactei nesta unidade, como para alterar as minhas práticas no meu contexto profissional. A rotina, o hábito e muitas vezes o tempo limitado relacionado com a falta de rácios, levam a que os cuidados sejam realizados de forma automática. Frequentemente os enfermeiros substituem os doentes em atividades que os próprios podem realizar, porque é mais fácil ou mais rápido. Sem a intenção de prejudicar, e muitas vezes erroneamente pensando que é o mais adequado, ou o melhor para aquela pessoa, eu própria tenho tendência para desrespeitar a autonomia dos doentes, sem lhes dar oportunidade sequer de escolha. Este foi outro aspeto a que tive mais atenção, perguntando aos doentes se querem ou não que lhes sejam prestados os cuidados de higiene, dando oportunidade que iniciem ou concluam a refeição de forma autónoma, pedindo autorização para expor ou tocar o seu corpo, são exemplos de atitudes que passeia a adotar para reduzir estádios de vulnerabilidade eventualmente sentidos pelos doentes que cuidei.

A estratégia utilizada para demonstrar de que forma é que os aspetos referidos foram considerados, passou pela realização de um estudo de caso de uma pessoa em situação crítica, a quem tive oportunidade de prestar cuidados desde a admissão, até ao final do internamento. O documento teve dupla finalidade, nomeadamente: contribuir para a aprendizagem e constituir um instrumento de avaliação desta unidade curricular.

O estudo incide sobre uma situação de falência multiorgânica vivenciada por uma pessoa que foi internada na UCIP B em consequência de um choque séptico, secundário à imunossupressão causada por uma doença oncológica, com necessidade de suporte ventilatório artificial, utilização de vasopressores e posteriormente técnicas de substituição da função renal. No momento de admissão esta vinha já sedada de outro serviço, dependendo totalmente dos enfermeiros para a satisfazer as suas necessidades.

Elaborei o estudo empregando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), por ser o instrumento que utilizo no meu quotidiano, por ser o instrumento utilizado na unidade para planeamento e registo de intervenções de

101 Baumgarten & Poulsen (2015) referem que os enfermeiros são os profissionais que mais podem fazer a diferença face a estes sentimentos. Karlsson et al. (2012) associam a competência dos enfermeiros à experiência e à sensibilidade para com os problemas específicos dos doentes.

enfermagem e por ser aquele que é incutido e incitado pela Ordem dos Enfermeiros para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados. Conhecer bem o instrumento a que me refiro possibilitou a elaboração de um plano onde estivessem evidentes as intervenções adequadas às necessidades do doente, com especial atenção aos fatores que contribuem para aumentar a sua vulnerabilidade. A linguagem padronizada da CIPE® tende a generalizar as intervenções planeadas. Contudo a possibilidade de escrever especificações num campo alocado a cada intervenção, permite a cada leitor perceber o que é que especificamente foi planeado para mitigar eventuais sentimentos de vulnerabilidade.

A realização do estudo de caso permitiu não só aprofundar conhecimentos no que respeita as patologias específicas que afetavam este doente, como refletir, de forma detalhada, acerca das práticas efetuadas. Acabou por ser um exercício que me obrigou a descentrar do ambiente rotineiro em que os planos de enfermagem são formulados, o que possibilitou uma ponderação pormenorizada e detalhada acerca de cada uma das minhas avaliações, interpretações e intervenções como enfermeira.

Para adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é imperativo que hajam intervenções que permitam maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a mesma (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Assim, neste âmbito optei por perceber quais os protocolos, normas de orientação clínica e normas de procedimento que vigoravam na unidade. Esta integra o programa STOP infeção hospitalar[102] cujos objetivos passam por reduzir a taxa de infeção associada à ventilação em 50% e reduzir a taxa de infeção associada ao cateter venoso central em 50%. Para cumprir os objetivos traçados foram implementadas a *bundles* da prevenção da pneumonia associada à ventilação[103] e da prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central[104].

São realizadas auditorias internas ao cumprimento das respetivas *bundles*. Cada item auditado é trabalhado e, posteriormente, são apresentados os resultados à equipa. O enfermeiro responsável pelo controlo de infeção hospitalar do serviço apresentou-me os trabalhos realizados neste âmbito e os resultados relativos ao ano 2016, o que permitiu rever as recomendações, colocá-las em prática e refletir sobre aspetos de melhoria.

---

102 O Desafio Gulbenkian STOP Infeção Hospitalar (com início em 2014), pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua, que procura reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos. As infeções objeto de intervenção são: · Infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter vascular central; · Infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacteriemia secundária a algaliação); · Pneumonias associadas à intubação em UCI; · Infeções do local cirúrgico (Crisp et al., 2014).

103 A prevenção da pneumonia associada à ventilação passa essencialmente pela elevação da cabeceira a 30º, higiene oral com clorexidina a 0,2% (3 vezes dia), manutenção da pressão do *cuff* das traqueias e cânulas superior a 20 cm H2O, e da avaliação diária da possibilidade de entubação (Hawe, Ellis, Cairns, & Longmate, 2009).

104 A prevenção da infeção da corrente sanguínea associada a o CVC depende do ambiente da sua introdução e posteriormente do seu manuseamento. A utilização de equipamentos de proteção individual por todos os intervenientes na sua colocação e por todos os elementos que estão na sala aquando da colocação é obrigatório, bem como a desinfeção da área de punção com clorexidina corada a 0,2%. Os cateteres devem ser manuseados o menos possível, evitando a contaminação do circuito quando aberto. As torneiras e adaptadores devem ser manuseados com técnica assética e previamente e posteriormente à sua utilização, desinfetados com clorexidina a 0,2% (Hawe et al., 2009).

Mudar hábitos de uma equipa tão vasta é um enorme desfio, pelo que foram prioritárias as áreas onde as taxas de infeção eram maiores. Os trabalhos iniciaram-se com a implementação das *bundles* já referidas e, posteriormente, trabalhar-se-á a infeção associada ao cateter urinário. Como durante o estágio na UCIP A realizei um trabalho relacionado com as recomendações para a diminuição da infeção associada ao manuseamento do cateter urinário, disponibilizei o trabalho realizado para ser utilizado na formação na equipa.

Relativamente à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista regulamentadas pela Ordem do Enfermeiros (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro), no que respeita o domínio da responsabilidade profissional ética e legal, tendo como foco central a vulnerabilidade do doente crítico, este foi o campo de estágio onde a aplicação dos conhecimentos nesta área foram mais evidentes. Como referi anteriormente, o facto de não estar centrada na técnica, por não constituir uma novidade na maioria das situações, permitiu-me aproximar mais do doente. Conhecer melhor os doentes e as famílias facilitou a sua integração como parceiros de cuidados.

A elaboração do estudo de caso proporcionou uma maior aproximação daquele doente e um conhecimento mais aprofundado das suas necessidades, valores, costumes e crenças. Apesar da forte de sedação diminuir a sua autonomia, a procura constante de informação relacionada com o doente através dos processos clínicos e de relatos efetuados pela família, forneceram uma base de informação que possibilitou a construção de tomadas de decisão que, guiadas pelo Código Deontológico do Enfermeiro, defendem os direitos humanos (artigo 102º), respeitando o direito dos doentes no acesso à informação (alínea f), número 2 do artigo 96º), a confidencialidade da mesma e o respeito pela sua intimidade (artigo 107º) e autodeterminação (artigo 105º) (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro). O doente em causa não respondeu aos tratamentos efetuados da forma desejada e o desfecho da situação foi negativo, culminando na sua morte. Contudo, nos poucos momentos de interação com o doente, em que a sedação permitia a leitura labial, que traduzia as suas intenções, pude constatar que a presença do seu irmão e da sua mãe eram importantes e que este se sentia mais calmo e confortável enquanto enfermeiros e familiares interagiam com ele.

Em unidades de cuidados intensivos existe um grande investimento de tempo e de recursos, quer humanos quer tecnológicos, cujo fim se prende com a diminuição com a mortalidade nos doentes. Contudo, o facto de muitos destes doentes ficarem com sequelas a longo prazo, relacionadas com dependência extrema de outros, para satisfazer as suas necessidades básicas levou mais uma vez a que refletisse sobre a importância da temática relacionada com as DAV e com a conduta dos profissionais, no acesso a um testamento vital ou procurador de cuidados (caso existam)[105]. Questões éticas relacionadas com os processos de tomada de decisão, nomeadamente quando a autonomia do doente

105 Assume particular importância na medida em que os enfermeiros devem utilizar a advocacia enquanto estratégia para diminuir a vulnerabilidade (como previamente desenvolvi na página 8 deste relatório), enquanto cumprem com as normas jurídicas em vigor na legislação do seu país.

está comprometida levaram à identificação de lacunas neste campo, relacionadas com o conhecimento e intervenção da equipa de enfermagem quando confrontados com tais situações. Assim, em parceria com a orientadora, considerámos pertinente elaborar uma sessão de sensibilização e esclarecimento relacionado com a temática. O objetivo foi contribuir para a aquisição de competências no domínio da melhoria da qualidade e do domínio da gestão dos cuidados, na medida em que o conhecimento e a aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados contribuem para a otimização da qualidade dos mesmos (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

Foi efetuada uma apresentação previamente divulgada a todos os elementos da equipa e, apesar de adesão, para os enfermeiros que não tiveram a oportunidade de assistir à formação foi disponibilizado um link de acesso à gravação, efetuado previamente em estúdio e divulgado posteriormente através da plataforma EDUCAST[106]. O acesso ao vídeo foi acompanhado de um link que remete para um formulário de questões relacionadas com a temática, para que, após a sua análise se possam rastrear falhas na compreensão dos conteúdos ou diagnosticar novos focos de intervenção.

Os doentes da UCIP B encontram-se em falência multiorgânica e exigem cuidados de alto grau de especificidade e de complexidade. Acompanhar doentes e famílias em processos morte e luto são situações que ocorrem com frequência e que exigem dos enfermeiros o desenvolvimento do auto-conhecimento e de assertividade. Como referi anteriormente, o desfecho negativo da situação vivida pelo doente sobre o qual elaborei o estudo de caso foi precedida de muita espetativa por parte de profissionais e familiares do mesmo. Cada tratamento, cada intervenção, cada dia era vivido com esperança e ansiedade por parte dos familiares, que se ancoravam nos enfermeiros para viver este período em que todos se encontravam vulneráveis.

Independentemente da experiência profissional que possua, acompanhar as famílias nestes processos, leva-me a acreditar que a minha eficácia é maior se fizer alguma coisa mais pelo doente. Contudo, a análise da situação e o reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais fez-me perceber que a importância essencial representa, nestes casos, o simples fato de estar lá. De acordo com Benner (2001), as enfermeiras utilizam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer um contato com um doente fechado e deprimido, situação que vivi com a família do doente sobre o qual efetuei o estudo de caso. Contudo, foi este contato o único meio que permitiu o reconforto e a comunicação. Para tal é fundamental o desenvolvimento de capacidade de auto-conhecimento para eficazmente gerir os meus próprios sentimentos e emoções de modo a obter uma resposta eficiente. Esta intervenção, face à situação relatada, foi fundamental para o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

106 Foi utilizado o vídeo previamente apresentado em contexto de serviço de urgência e que se encontra disponível no Anexo III.

# CAPÍTULO 3
# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de estágio tive a oportunidade de cuidar de doentes a vivenciar episódios de vulnerabilidade acrescida. A pesquisa efetuada para a realização do projeto de estágio, bem como do enquadramento teórico deste relatório, alertaram-me para condições responsáveis pela vulnerabilidade acrescida dos doentes críticos. Este fato facilitou a sua identificação aquando da prestação de cuidados e, consequentemente, levou ao planeamento de intervenções de enfermagem que permitiram diminuir as suas implicações sobre os doentes.

Como deixei patente neste relatório, a crescente evolução tecnológica, concomitante à dependência extrema que os episódios de doença causam na Pessoa em Situação Crítica, conferem-lhes um risco acrescido de eventual dano ou prejuízo, tornando-as vulneráveis (Neves, 2006). Esta pode ser causada pela própria condição (doença), pelo contexto em que se inserem (seja a UCI ou o SU), e também pelos profissionais que prestam cuidados, podendo manifestar-se de forma física, psicológica ou social (Rogers, 1997; Scanlon & Lee, 2007).

A hospitalização está associada a um maior risco de infeções oportunistas. Este fator, associado à probabilidade de ocorrência de erro humano, confere aos doentes vulnerabilidade física acrescida. A formação proactiva dos enfermeiros pode ser uma estratégia para a redução da incidência de tais fatores (Rogers, 1997; Scanlon & Lee, 2007). Assim, foi planeada e executada uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros, com o objetivo de esclarecer eventuais dúvidas relacionadas com as novas *guidelines* da sépsis. Este momento possibilitou uma revisão das recomendações relativas às intervenções adequadas para a melhoria das práticas. Foi ainda elaborado um vídeo relacionado com as principais recomendações para o manuseamento de cateteres vesicais, de modo a diminuir a incidência de infeções do trato urinário.

A vulnerabilidade psicológica está também aumentada em pessoas hospitalizadas, pelos efeitos que esta situação possa ter na autonomia e identidade das mesmas. A presença do enfermeiro e o exercício da advocacia foram descritos como poderosas estratégias para diminuir sentimentos de vulnerabilidade psicológica aumentada (Baumgarten & Poulsen, 2015; McKinley et al., 2002; Rogers, 1997; Scanlon & Lee, 2007). Assim, foi elaborada uma sessão formativa direcionada aos enfermeiros, onde foi exposta a temática das diretivas antecipadas de vontade. O objetivo desta formação foi elucidar os enfermeiros acerca das formas de aceder ao registo do testamento vital e/ou procurador de cuidados de saúde, caso exista, de modo a que exerçam de acordo com o CDE (nomeadamente o princípio do respeito pela dignidade humana, enunciado número 1, do artigo 99º) (Lei nº 156/2015,

de 16 de Setembro).

Em contexto de UCI e SU, fatores como incapacidade em comunicar e em respirar, dor e desconforto associado à execução das técnicas (nomeadamente aspiração de secreções), dependência quer de recursos humanos quer de tecnologia, insegurança, medo, invasão da privacidade, perturbações do sono, tempo e realidade e a falta de informação quer aos próprios quer às famílias, são descritos por estes doentes como as principais condições que contribuem para aumentar vulnerabilidade (Baumgarten & Poulsen, 2015). Estes fatores foram mitigados através da prestação de cuidados personalizados, promovendo a segurança e o contato pela presença e confidência, dando oportunidade para exposição dúvidas ou emoções e promovendo o respeito pela privacidade. Assim, o impacto no modo como os doentes críticos vivem estes processos diminui a probabilidade dei sequelas futuras, decorrentes de internamentos traumáticos.

Foi a identificação de oportunidades de melhoria nas práticas nos diversos contextos, a promoção de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como a dinamização do desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade dos cuidados, através da manutenção de um ambiente seguro, que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista. Estas desenvolveram-se no domínio da responsabilidade profissional ética e legal e no domínio da melhoria contínua da qualidade, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro).

Cuidar das pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica, focando-me na sua vulnerabilidade, estabelecendo intervenções de enfermagem que a diminuam, foi determinante para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

Como referi, as UCI e o SU são contextos onde não tive oportunidade de prestar cuidados previamente. A preocupação com a execução das técnicas e com a compreensão dos processos fisiopatológicos constituiu, de forma espontânea, a minha prioridade inicial. Contudo, ao longo do tempo fui evoluindo e adquirindo competências e segurança na execução de procedimentos, o que progressivamente me permitiu apreender as situações na sua globalidade. A literatura previamente consultada constituiu um ponto de ancoragem importante para a intervenção sobre os fatores de vulnerabilidade acrescida. No entanto, a grande mais-valia deu-se quando passei a conseguir mobilizar e interpretar informações retiradas das monitorizações, bem como da observação comportamental dos doentes, dado que maioritariamente se encontravam em estados de consciência alterada. Esta premissa vai de encontro ao que Benner teoriza, na medida em que aprender a encontrar os outros em diferentes estádios de vulnerabilidade requer abertura e exige uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001).

Sendo um conceito amplo, a vulnerabilidade pode ser vivida e sentida de várias formas. Contudo é indiscutível que os doentes críticos experienciam episódios de vulnerabilidade acrescida, conferida pela dependência extrema em que se encontram,

o que fez com que trabalhar este tema, nestes contextos e com profissionais experientes e sensíveis a tais estádios, tenha sido uma experiência muito gratificante. Concluo esta etapa sentindo-me uma pessoa diferente, com vontade de crescer no âmbito dos cuidados intensivos e com vontade de saber e atuar mais no que respeita a vulnerabilidade de doentes e famílias. Em Portugal não existem estudos relacionados com a vulnerabilidade do doente crítico. Ao analisar a literatura consultada percebi que os fatores de vulnerabilidade estão francamente relacionados com a cultura em que os cuidados se inserem, o que me leva a crer que o desenvolvimento desta temática seria um contributo valioso, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Tal desígnio pode ser concretizado através da perceção e compreensão de como é vivida a vulnerabilidade pelos doentes no nosso país.

O percurso efetuado possibilitou um exercício de reflexão que permitiu não só a elaboração deste documento, como também consciencializar-me da forma como presto cuidados, desenvolvendo a congruência entre auto e hétero-perceção. Concluo determinada a procurar eventuais possibilidades de desenvolvimento de novas competências, que contribuam para a progressiva melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da minha realização, em todas as dimensões.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Abel, F., Botbol-Baum, M., Brownsword, R., Collange, J.-F., Delaisi de Parseval, G., Nielsen, T. H., … Torgersen, H. (1998). The Barcelona Declaration: Policy Proposals to the European Commission. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. European Union. Partners in the BIOMED-II Project.

Abreu, W. (2002). Supervisão Clinica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. *Sinais Vitais*, 53–57.

Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*, 15, 487–509.

American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Suport Student Course Manual*. (American College of Surgeons, Ed.) (9a ed.). Chicago.

Angus, D. C., & Carlet, J. (2003). Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med*, 29(3), 368–377.

Assitência Médica Internacional. (2014). *Relatório de Atividades e Contas* - 2014. Lisboa.

Assitência Médica Internacional. (2015). *Relatório de atividades e contas* - 2015. Lisboa. Retrieved from https://ami.org.pt/wp-content/uploads/2016/05/relatorio2015-1.pdf

Bassett, C. (2002). Nurse`s perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice, 8*, 8–15.

Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. http://doi.org/10.1111/scs.12177

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.

Bennett, O. (1999). Advocacy in nursing. *Nursing Standard*, 14(11), 40–41.

Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. http://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.04.002

Canale, S. T. (2005). Wrong-site surgery: a preventable complication. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 433, 26–29.

Canales, M. K. (2000). Othering: Toward and Understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 16–31.

Carvalho, J. C., Figueiredo, M. C. B., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Andrade, L., Santos, M. R., … Oliveira, P. (Eds.). (2012). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Sperior de Enfermagem do Porto.

College and Association of Registered Nurses of Alberta. Position Statement on Vulnerability (2005). Retrieved from www.nurses.ab.ca

Copp, L. A. (1986). The nurse as advocate of vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255–263.

Copping, C. (2005). Preventing and reporting drug administration errors. *Nursing Times*, 101(33).

Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Lobo, A. J., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar*. (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.).

Dagnan, D., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Measuring vulnerability to threats to self-construction: the self and other scale. *Psycology and Psychotherapy*, 75(3), 279.

Deodato, S. (coord). (2015). Deontologia Profissional de Enfermegem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Despacho nº 13427/2015 de 20 de Novembro, do gabinete do Ministro da Saúde, que define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/ Emergência Nacionais (2015). Diário da República: II Série, No 228.

Direção-Geral da Saúde. Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS) (2010). Circular Normativa No: 01/DQS/DQCO, de 06/01/2010.

Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a process of envolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 1–16.

Ferreira, M. de A. (2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 327–330.

Ferrer, R. L., Hambidge, S. J., & Maly, R. C. (2005). The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 142(8), 691–699.

Flaskerud, J. H., & Winslow, B. J. (1998). Conceptualizing vulnerable populations health-related reseach. *Nursing Researsh, 47*(2), 69–78.

Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Close relatives experiences of caring and of the physical environment when a love one dies in an ICU. *Intensive Crit Care Nurs*, 25, 111–119.

Fundación Secretariado Gitano (Ed.). (2007). *Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.

Gjengedal, E., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., … Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care - reflections on encounters in every day practice. *Nursing Philosophy, 14*(2), 127–138. http://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x

Happ, M. B. (2001). Communicating With Mechanically Ventilated Patients : State of the Science. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 247–258.

Harvey, M. A., & Davidson, J. E. (2016). Post-intensive care syndrome: Right care, Right now and later. *Critical Care Medicine, 44*(2), 381–385.

Hawe, C. S., Ellis, K. S., Cairns, C. J. S., & Longmate, A. (2009). Reduction of ventilator-associated pneumonia : active versus passive guideline implementation. *Intensive Care Med, 35*, 1180–1186. http://doi.org/10.1007/s00134-009-1461-0

Honoré, B. (2004). *Cuidar - Persistir em conjunto na existência.* (Lusociência, Ed.).

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida.* (Instuto Nacional de Emergência Médica, Ed.) (2a ed.).

Irurita, V. (1996). Hidden dimensions revealed: progressive grounded theory study of quality care in hospital. *Qualitative Health (research Special Issue-Advances in Grounded Theory), 6*(3), 331–349.

Joint Quality Initiative. (2004). *Shared "Dublin" descriptores for the Bachelor's, Master's and Doctoral awards.* (No. Draft 1.31). Dublin. Retrieved from www.jointquality.org

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patienetes who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing, 28*, 6–15. http://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.002

Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2010). Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient - a hermeneutic study. I*ntensive Crit Care Nurs*, 26, 91–100.

Kemp, P., & Jacob, D. R. (2008). The Barcelona Declaration. *SYNTHESIS PHILOSOPHICA, 2*(1), 239–251.

Kenzi-Sampson, H. (2005). Critical incident: a nurse's personal reflection. *British Journal of Perioperative Nursing*, 15(8), 329–331.

Kuokanen, L., & Katajitso, J. (2003). Promoting or impeding empowerment? Nurse's assessment of their work environment. *Journal of Nursing Administration, 33*(4), 209–215.

Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro. Procede à segunda alteração ao estatuto da Ordem do Enfermeiros (2015). Lisboa: Diário da República: I Série, Nº181.

Lei nº 25/2012 de 16 de Julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade. (2012). Diário da República: I Série, Nº136.

Levinas, E. (1972). *L'humanisme de l'autre homme* (Fata Morga). Paris.

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences, 7*(1), 1–6.

Locsin, R. C., & Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal for Human Caring, 11*(1), 38–43.

Mallik, M. (1998). Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the

United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing, 28*(5), 1001–1011.

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice, 9,* 202–209. http://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice, 8*(6), 412–419. http://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002

McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing, 18*(1), 27–36. http://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12–28. http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2004). Family presence during invasive procedeurs and ressuscitation: The exprience of family members, nurses and physicians. *Advanced Emergency Nursing Journal, 26*(1), 61–75.

Muller, P. (2002). Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine, 112*(3), 1–6.

Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética, 2*(2), 157–172.

O'Connell, B. O., & Warelow, P. J. (2001). Challenges of measuring and linking patient outcomes to nursing interventions in acute care settings. *Nursing and Health Sciences, 3*(3), 113–117.

Oliveira, M., Luis, M., Valente, M., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). *Situação de Exceção* (1ª ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). O Modelo Tradicional para o Exercício de Enfermagem. In *Modelos para o exercício de enfermagem* (pp. 16–27). Lisboa: Grafilarte, Artes Gráficas, Lda.

Portaria nº 96/2014 de 5 de Maio. Regulamenta a Organização e Funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (2014). Diário da República: 1ª Série - Nº85.

Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nursing Forum, 39*(4), 25–33.

Rapala, K., & Kerfoot, K. M. (2005). Patient Safety. From metaphor to model: the Clarian Safe Passage Program. *Nursing Economics, 23*(4), 201–203.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista (2011). Diário da República, 2.ª série - N.º 35.

Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamenta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). Lisboa: Diário da República: 2ª Série - nº 35.

Ribeiro, M. T., Matos, P. T., & Pinto, H. R. (2014). *Mediação Familiar - Contributo de investigações realizadas em Portugal.* (Universidade Católica Editora, Ed.). Lisboa.

Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 65–72.

Scanlon, A., & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation, 24*(3), 54–9.

Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the USA. *Social Science Medicine*, 53(5), 519–529.

Silverman, J. B., Stapinski, C. D., Churchill, W. W., Neppl, C., Bates, D. W., & Gandhi, T. K. (2003). Multifaceted approach to reducing preventable adverse drug events. *American Journal of Health System Pharmacy, 60*(6), 582–586.

Steptoe, A., & Marmot, M. (2003). Burden of psychosocial adversity and vulnerability in middle age: associations with bio-behavioral risk factors and qualitiy of life. *Psychosomatic Medicine, 65*(6), 1029–1037.

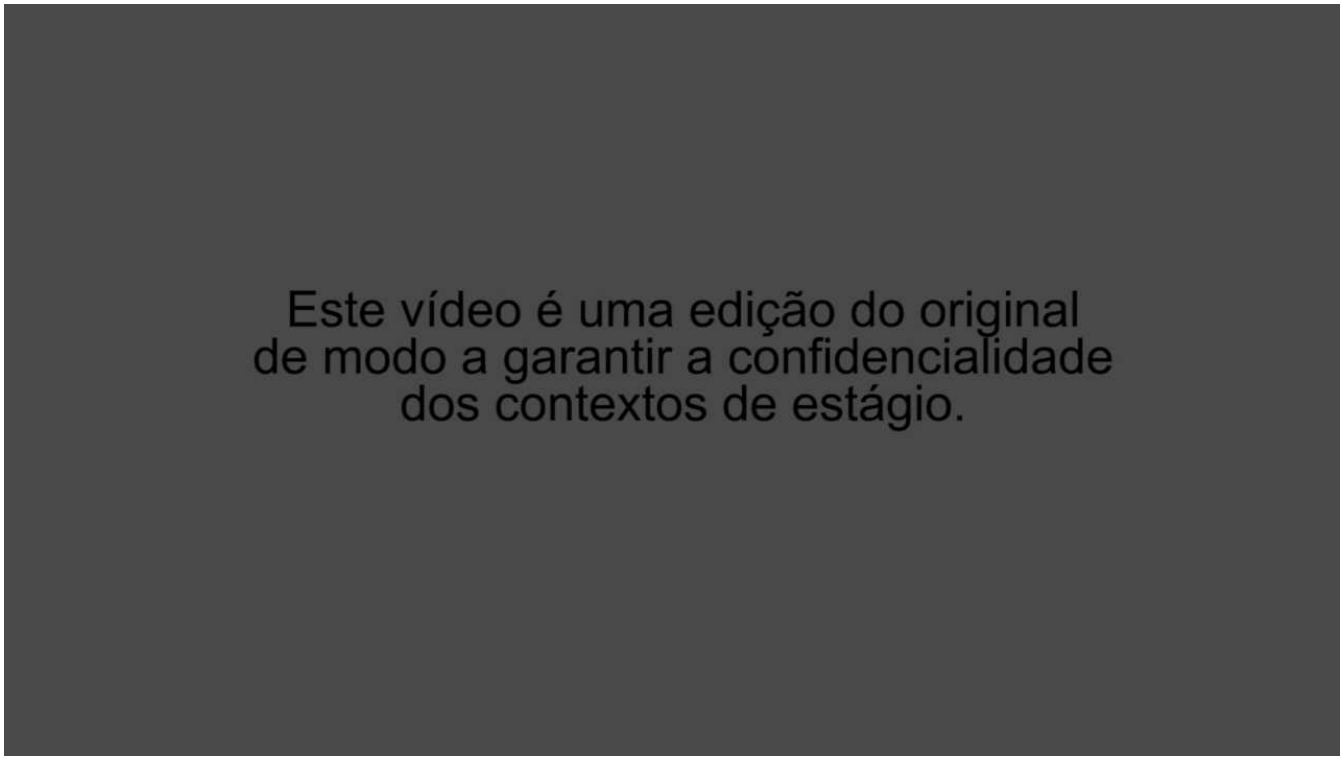
Takaki, M. H., & Sant'Ana, D. de M. G. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem, 9*(1), 79–83.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005). Retrieved from http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf. Acedido em 26/04/2017

# ANEXOS

# ANEXO I

# VIDEO DE APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO: NOVAS GUIDELINES PARA O DIAGNÓSTICO DE SEPSIS E CHOQUE SÉPTICO


Este vídeo é uma edição do original
de modo a garantir a confidencialidade
dos contextos de estágio.

# ANEXO II

# VIDEO DE APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA AS RECOMENDAÇÕES ASSOCIADAS À MANUTENÇÃO DOS CATETERES VESICAIS PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO


INFECÇÃO

# ANEXO III

# VIDEO DE APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE


ESEL
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Mónica Figueiredo da Silva Bento
DIRETIVAS ANTECIPADAS
DE VONTADE
| Tutor: Professor João Teiga