

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa
em Situação Crítica com compromisso respiratório:
Intervenção Especializada de Enfermagem**

Sandra Cristina Machado Ferreira

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a stylized green swirl and three horizontal, curved lines of varying shades of green, similar to the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa
em Situação Crítica com compromisso respiratório:
Intervenção Especializada de Enfermagem**

Sandra Cristina Machado Ferreira

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Sísifo

Recomeça...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo
Ilusões sucessivas no pomar
E vendo
Acordado,
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças.

Miguel Torga, *Diário XIII*

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai e à minha Mãe... pela motivação, apoio constante e presença apaziguante desde o primeiro dia desta etapa e ao longo da minha vida

A ti, Filipe, pela tua presença, amizade e amor nas horas omissas, dias de ausência e semanas difíceis

Ana Rita, pela amizade, sinceridade e pragmatismo. E por todos estes anos de caminhada

Amigas e colegas de trabalho, pela presença fundamental e prontidão contínua perante a minha menor disponibilidade

Enfermeira Florbela pelo apoio, compreensão e cooperação, nomeadamente nos momentos em que a ausência foi fundamental para a consecução desta meta

Professora Anabela, pela contínua disponibilidade, entusiasmo e mestria. Pela subtileza com que me dotou das ferramentas que construíram o meu caminho de aprendizagem

Obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

BPS- *Behavior Pain Scale*

DGS- Direção-Geral da Saúde

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

NREM - *Nursing Role Effectiveness Model*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

SAV- Suporte Avançado de Vida

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU- Serviço de Urgência Geral

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação mecânica invasiva

VNI- Ventilação não-invasiva

RESUMO

O Relatório de Estágio integra-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no âmbito do 6º Curso de Mestrado na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com a finalidade de descrever e analisar retrospectiva e reflexivamente o percurso de estágio, procurei que emergissem as Intervenções Especializadas de Enfermagem que subsidiaram o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Tomei por base a evidência científica identificada, nomeadamente através da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura, mobilizando os conteúdos apreendidos nas unidades curriculares, em articulação com o referencial teórico de Patricia Benner na sua aplicação do modelo de Dreyfus à Enfermagem, a Teoria de Gestão de Sintomas e o *Nursing Role Effectiveness Model* em associação com a reflexão crítica e ainda o contributo das conferências na área temática.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências permitiu-me caminhar no sentido da perícia da gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório e ainda o nível de proficiente em outras áreas de intervenção à Pessoa em Situação Crítica e sua família, de acordo com o definido por Patricia Benner.

Da assunção da vigilância e monitorização como intervenções promotoras da segurança e da gestão de sintomas, emerge a Intervenção Especializada de Enfermagem, nomeadamente no domínio autónomo e interdependente. A sua documentação através dos registos e posterior tradução em resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem subsidia a qualidade e efetividade, fomentando ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Padrão Respiratório, Gestão de Sintomas, Segurança

ABSTRACT

This Internship Report is part of the Curricular Unit Internship with Report within the frame of the 6th Master's Degree Course, in the area of specialization of Person in Critical Illness, run by Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

With the purpose of retrospectively and reflexively describing and analyzing my internship route, I looked for the emergence of specialized Nursing Interventions which have helped me in my progression in the acquisition and development of skills. Starting from the scientific evidence, mainly identified through the elaboration of an Integrative Literature Review, and resorting to the contents covered in the curricular units, in articulation with Patricia Benner's theoretical references in their application of the Dreyfus model to Nursing, to the Symptom Management Theory and to the Nursing Role Effectiveness Model. Critical reflection and the contribution of conferences on this subject have helped to the development of this project.

The process of acquisition and development of skills has enabled the progression towards expertise in symptom management and promotion of the safety of the Person in Critical Illness with respiratory compromise and also at the level of proficiency in other areas of intervention to the Person in Critical Illness and her family, in accordance to what has been defined by Patricia Benner.

From the assumption of surveillance and monitoring - as interventions which promote safety -, and from symptom management emerges the Specialized Nursing Intervention, namely to promote autonomy and interdependence. Its registration in nursing records and their further translation into results sensitive to Nursing care will promote quality and efficiency, and the extent of health gains.

Keywords: Nursing, Person in Critical Illness, Breathing patterns, Symptom management, Safety

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM COMPROMISSO RESPIRATÓRIO.....	15
1.1. Referencial teórico.....	21
1.2. Gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório.....	24
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO.....	30
2.1. Caracterização dos locais de estágio.....	31
2.2. Descrição e análise crítica do percurso de aquisição de competências.....	33
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

APÊNDICES

Apêndice I- Sessão de formação

Apêndice I a: Diapositivos - Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Apêndice I b: Plano de sessão - Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Apêndice II- Fundamentação teórica para proposta de norma “Intervenções de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica com queimadura da via aérea, face e pescoço”

Apêndice III: Pósteres

Apêndice III a: “As intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório”

Apêndice III b: “Promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e família em situação crítica: uma Intervenção Especializada de Enfermagem”

Apêndice IV: Apreciações do percurso de aquisição /desenvolvimento de competências

Apêndice V: Relatórios de congressos

INDICE DE FIGURAS

Diagrama 1: Interpretação do referencial teórico.....	23
Diagrama 2: Mapeamento conceptual.....	29
Diagrama 3: Estrutura física dos locais de estágio.....	31
Diagrama 4: Intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, em contexto de UCI.....	43

INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio enquadra-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com a finalidade de descrever e analisar criticamente o percurso efetuado no 3º semestre do presente curso. A escrita deste documento foi efetuada ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Tendo por base as competências definidas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica pela ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2014), bem como as definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e tomando consciência ao longo do meu percurso profissional da necessidade de Intervenção Especializada de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, nomeadamente no que se refere à vigilância e monitorização da sua condição, procurei ao longo do presente percurso académico adquirir e desenvolver competências que conduzam à prestação de cuidados efetivos à Pessoa em Situação Crítica e família na sua globalidade, com enfoque na gestão de sintomas e promoção da segurança.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica define que “ cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica é uma competência clínica das competências especializadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p.1). O conceito de competência / prática competente é encarado por Benner (2001,p.43) como o “cuidado de Enfermagem competente e capacidade de julgamento clínico, em situação real”. Efetivamente, a aprendizagem acerca de tecnologia e procedimentos é altamente valorizada (nomeadamente no contexto de situação crítica), mas de acordo com Benner (2001,p.35), numa referência ao seu trabalho apresentado em 1983, “nada é feito para que se apreenda, em profundidade, o mecanismo de aquisição das competências em matéria de julgamento clínico”.

O Modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner (2001), introduz o conceito de proficiência como caminho a percorrer no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, definindo-se cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Benner (2001,p.61) afirma assim que “a experiência em contexto de prática transforma a competência e melhora consequentemente a atuação da enfermeira, não menosprezando a teoria como fonte de conhecimento formal”. Procurei desta forma, em contexto de estágio, nomeadamente numa Unidade de Cuidados Intensivos com enfoque no cuidado à Pessoa em Situação Crítica com patologia do foro respiratório de um Centro Hospitalar de Lisboa e no Serviço de Urgência de um Hospital do distrito de Lisboa, desenvolver um percurso que me permitisse a aplicabilidade do conhecimento adquirido através das diversas fontes, em contexto clínico, perspetivando desta forma a aquisição de competências no âmbito da Intervenção Especializada de Enfermagem e cumulativamente uma evolução positiva na linha de competências definida por Dreyfus.

A Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório constitui-se um cliente de Enfermagem com necessidades específicas e eminentes, tendo em conta o carácter vital da alteração que vivencia. Respirar traduz-se numa atividade da qual maioritariamente não nos apercebemos, mas que contribui de forma fulcral para a oxigenação de células e tecidos. Alterações no padrão de oxigenação/ respiração representam potencialmente consequências importantes a nível sistémico, nomeadamente no que respeita à perfusão de órgãos vitais (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Assim, a Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório carece de cuidado especializado, tendo em conta as limitações funcionais, o padrão de instabilidade hemodinâmica característico, bem como a sintomatologia associada e necessidade de gestão da mesma.

Sintoma define-se como “ uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, sensações ou cognição de um indivíduo” (Dodd et al., 2001,p.669). A Teoria de Gestão de Sintomas, publicada inicialmente por Larson et al. em 1994 e revista por Dodd et al. (2001), baseia-se na premissa que a gestão de sintomas preconiza a integração de três dimensões, nomeadamente experiência de sintoma, estratégias de gestão do sintoma e *outcomes*. Ao prestar atenção à

experiência de sintoma vivenciada pelo cliente, o enfermeiro adquire conhecimento a propósito do significado pessoal do processo de doença, atividades e restrições, provocadas pela existência de um sintoma. Esta atitude permite individualização e planejamento de cuidado centrado na pessoa, de acordo com a dimensão que a presença do sintoma adquire na vivência da mesma (Brink & Skott, 2013).

Segundo Passos & Castilho (2000,p.S29), a intervenção de enfermagem no âmbito da ventilação mecânica engloba nomeadamente “monitorização de sinais vitais, padrão respiratório e sinais neurológicos, higiene oral, monitorização do balanço hidroeletrólítico, controle nutricional, observação dos alarmes do ventilador”. As autoras consideram que o apoio emocional ao cliente e família, a intervenção no desmame do ventilador e a vigilância, constituem-se cuidados de enfermagem.

Os conceitos de vigilância e monitorização remontam à Guerra da Crimeia (1854), época em que Florence Nightingale trouxe um contributo importante para a História da Enfermagem, classificando os clientes de acordo com o grau de dependência e complexidade, dispondo-os estrategicamente nas enfermarias, tendo por base a sua potencial gravidade. Assim, junto da zona de trabalho dos enfermeiros encontravam-se os mais enfermos, oferecendo assim maior vigilância Dornelles, Oliveira, Schwonke, & Silva (2012). Estes princípios remetem na atualidade para o conceito de segurança associado à prática especializada e efetiva de cuidados de Enfermagem, com vista à melhoria do *outcome* do cliente. A segurança constitui-se atualmente “um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. (...) “Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança.” (Ministério da Saúde, 2015,p.3882-(2)).

De acordo com Amaral (2010,p.97), a profissão de Enfermagem tem sofrido uma evolução no que diz respeito à necessidade de demonstrar efetivamente o seu papel nos cuidados de saúde, nomeadamente através de estudos, com o objetivo de identificar os “resultados que podem ser obtidos, pela intervenção autónoma dos enfermeiros, tentando demonstrar que a Enfermagem faz a diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam nesses processos e também nas suas experiências de doença.” Neste sentido, considero pertinente o desenvolvimento de competências que subsidiem um cuidado

especializado no âmbito das intervenções autónomas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família, nomeadamente com compromisso respiratório, procurando desta forma contribuir para o desenvolvimento da disciplina, para a efetividade e qualidade dos cuidados e portanto para ganhos em saúde.

Irvine, Sidani, & Hall (1998) desenvolveram e testaram o Nursing Role Effectiveness Model (NREM), um modelo conceptual que relaciona a aquisição de resultados (*outcomes*) específicos a partir das intervenções autónomas, interdependentes e dependentes dos enfermeiros. De acordo com Amaral (2010,p.101), “ os resultados de interesse são o controlo de sintomas, a ausência de complicações, as capacidades funcionais e de auto-cuidado, o conhecimento da doença e do tratamento e a satisfação com os cuidados.” O mesmo autor salienta que, no sentido de encontrar uma base que sustente a prática da Enfermagem, foram criados sistemas de classificação das intervenções de Enfermagem, nomeadamente a NIC (*Nursing Intervention Classification*), pela NANDA Internacional.

De acordo com Benner, Kyriakidis, & Daphne Stannard (2011), a utilização de taxonomias, tais como diagnósticos e intervenções de Enfermagem, é útil para codificar e catalogar informações essenciais, não podendo no entanto substituir a necessidade de pensamento crítico e ativo das condições a que se referem. Assim, ao longo do Relatório será utilizada a taxonomia NANDA Internacional. Ao representar o conhecimento da ciência de Enfermagem, a utilização da taxonomia oferece a estrutura para uma linguagem *standardizada* para a comunicação de diagnósticos de Enfermagem (NANDA Internacional, 2014).

A elaboração do Relatório terá por base os objetivos e competências definidas previamente em projeto de estágio para os respetivos contextos, procurando desta forma que emergam as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, bem como a minha capacidade de reflexão autónoma e em reuniões com os orientadores. Mendes (2016,p.1) considera que “o exercício reflexivo é essencial na aprendizagem clinica, implicando um trabalho efetivo dos atores envolvidos, estudante e orientadores, considerando a responsabilidade assumida no processo formativo.” Com a finalidade de descrever e analisar retrospectiva e reflexivamente o percurso de estágio, estabeleci como objetivos:

- Descrever o percurso efetuado em contextos clínicos, suportado no projeto de estágio;
- Identificar as competências especializadas de Enfermagem adquiridas e desenvolvidas;
- Analisar o contributo das intervenções especializadas de Enfermagem para a melhoria dos cuidados e da disciplina de Enfermagem;
- Expressar as dificuldades sentidas e estratégias desenvolvidas no percurso.

Estruturalmente, divide-se em três capítulos principais. O primeiro, expõe a evidência científica que sustenta o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, emergindo nomeadamente o referencial teórico de base. Do segundo capítulo consta a descrição e análise crítica do percurso, com enfoque nas competências adquiridas e desenvolvidas. O terceiro capítulo engloba as considerações finais. As referências bibliográficas apresentam-se de acordo com as normas definidas pela ESEL e a sua seleção teve por base a sua pertinência e atualidade. Estão alocados ao Relatório apêndices, referentes a atividades realizadas no percurso de estágio consideradas enriquecedoras para o Relatório.

1. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM COMPROMISSO RESPIRATÓRIO

A complexidade inerente ao cuidado de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica remete-nos na sua essência para o designado por Basto (2009,p.12), ao assumir a “ designação cuidar de Enfermagem baseada no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento”. De acordo com a autora, constitui-se “objeto do cuidado de Enfermagem o bem- estar do cliente no seu quotidiano” (...) considerando o “cuidar como o cerne da Enfermagem. É aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio”. Perícia na tomada de decisões complexas, nomeadamente no âmbito das intervenções de Enfermagem, permite a interpretação efetiva das situações, melhoria da prática, bem como desenvolvimento da Enfermagem como ciência (Benner, 2001). A disciplina de Enfermagem necessita de peritos, de forma a promover, de acordo com Benner (2001), revisitando o seu trabalho de 1983, uma articulação entre conhecimento pessoal adquirido em experiências pregressas e uma determinada situação clínica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p.1). Na sua especificidade, “A prestação de cuidados em situação crítica requer atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa.” (Nunes, 2015,p.188). As situações de doença crítica que potenciam a necessidade de cuidado especializado desafiam o enfermeiro a desenvolver competências que adequem o seu cuidado, especificamente no que diz respeito à capacidade de “predizer uma alteração do estado clínico (conceito de *clinical forethought*), preparando o ambiente através da antecipação de eventuais alterações” (Benner, Kyriakidis, & Daphne Stannard, 2011,p.71). Este conceito prende-se, de acordo com as autoras, com a capacidade efetiva de antecipação e prevenção de eventuais alterações do estado clínico do cliente, nomeadamente acerca da evolução futura provável, premeditação de

diagnósticos e eventuais lesões específicas, antecipação da crise, riscos e vulnerabilidades, vislumbrando mais claramente o inesperado. Benner (2001) reforça as funções da enfermeira no que diz respeito ao diagnóstico e vigilância, nomeadamente no que respeita à identificação de mudanças significativas do estado do cliente, antecipação da crise e necessidades.

Padrão respiratório ineficaz constitui-se um diagnóstico de Enfermagem, definido como “Inspiração e / ou expiração que não fornece ventilação adequada” (NANDA Internacional, 2014,p.227). Alteração na frequência, ritmo e profundidade do padrão respiratório, bradipneia, taquipneia, diminuição da pressão inspiratória e expiratória, dispneia, adejo nasal e utilização de músculos acessórios para respirar constituem-se características definidoras desta alteração, algumas delas observáveis e outras experienciadas e transmitidas pela pessoa. De entre os fatores potencialmente relacionados, destacam-se a “ansiedade, posicionamento não facilitador da expansão pulmonar, hiperventilação, fadiga dos músculos respiratórios e dor” (NANDA Internacional, 2014,p.227).

Na sua especificidade, a Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório constitui-se cliente de Enfermagem, nomeadamente devido à alteração / potencial alteração de funções vitais, relacionada com as questões de ventilação e respiração. Estes conceitos referem-se ao movimento do ar para dentro e para fora dos pulmões (ventilação) e ao processo de troca gasosa- transferência de oxigénio da atmosfera para a corrente sanguínea e do dióxido de carbono da corrente sanguínea para a atmosfera (respiração) (Urden et al., 2008) . Os autores destacam neste sentido a importância da relação ventilação / perfusão (como facilitadora das trocas gasosas), considerada como um *continuum*, tendo em conta que por vezes os alvéolos recebem ventilação sem perfusão, não participando desta forma na troca gasosa e noutras situações, os alvéolos são perfundidos mas não ventilados, o que limita igualmente a participação na troca gasosa, podendo resultar tanto uma como outra situação em hipoxemia (Urden et al., 2008).

O desempenho do sistema respiratório é, de acordo com Slone (2004), influenciado tanto pela ausência de suporte nutricional adequado, da qual resulta a malnutrição como pela sobrealimentação. Por um lado, a malnutrição diminui o estímulo respiratório e capacidade muscular, enquanto a sobrealimentação

incrementa a produção de dióxido de carbono, necessidade ventilatória, potenciando consequentemente a fadiga muscular. Callaham (2015,p.984) salienta a necessidade de monitorização apertada de fluidos (balanço hídrico), bem como dos níveis eletrolíticos (sugerindo utilização de linha arterial para realização periódica de gasimetria), tendo em conta que a ventilação mecânica por si só “promove a retenção de sódio e água, através dos seus efeitos no débito cardíaco e na diminuição da perfusão renal, estimulando assim o mecanismo renina-angiotensina-aldosterona e retendo sódio e água.”

A avaliação de Enfermagem do cliente com compromisso respiratório passa assim por reconhecer alterações do padrão respiratório que justifiquem a intervenção e por outro lado, determinar de que forma a mesma alteração interfere no autocuidado, elaborando desta forma um plano de cuidados individualizado (Urden et al., 2008). É reconhecido pelas autoras o papel do enfermeiro no que se refere à otimização da ventilação, nomeadamente através do posicionamento adequado, prevenção da dessaturação (realização de procedimentos quando estritamente necessário com hiperoxigenação prévia, se necessário, bem como minimização do consumo de oxigénio) e adequada promoção da eliminação das secreções (hidratação adequada, aspiração de secreções, alinhamento do tórax e elevação da cabeceira 30-45°, de forma a facilitar a ventilação). Callaham (2015,p.972) reforça a “intervenção do enfermeiro na administração de oxigénio, como terapêutica não farmacológica”, especificamente na adequada colocação e adaptação, otimizando o conforto. No âmbito da terapêutica farmacológica, está preconizada a sua administração de forma segura. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 8 a 10% dos clientes internados em UCI sofrem incidentes relacionados com terapêutica farmacológica, devido a práticas pouco seguras na administração, constituindo à *posteriori* encargos financeiros avultados para o SNS (Ministério da Saúde, 2015).

Em contexto de UCI e SU, a necessidade de manutenção de via aérea patente manifesta-se frequentemente através da implementação de métodos de ventilação mecânica (não invasiva e invasiva). A ventilação não-invasiva (VNI) constitui uma alternativa à utilização de técnicas invasivas, nomeadamente à entubação orotraqueal e posteriormente à ventilação mecânica invasiva (VMI). No contexto de

doença crítica contribui para diminuição do trabalho respiratório e uso da musculatura respiratória acessória e assim para a melhoria das trocas gasosas (Susana Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009). A VNI constitui-se uma técnica cada vez mais prevalente tanto em UCI, como em SU. A intervenção do enfermeiro centra-se na monitorização hemodinâmica não invasiva ou invasiva, ajuste de *interface* adequado (otimizando o conforto, minimizando as fugas de ar no sistema), otimizando o posicionamento, gerindo sintomas, nomeadamente ansiedade e dispneia e evitando o surgimento de úlceras por pressão (Urden et al., 2008). No âmbito deste último tópico, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) considera que as úlceras por pressão constituem um indicador da qualidade dos cuidados prestados, com impacto na qualidade de vida, aumento da prevalência de infeções e consequentemente com influência negativa nos ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2015).

No que se refere à VMI, o objetivo primordial é normalizar os níveis gasosos do sangue arterial e estabelecer o equilíbrio ácido-base, através da adequada ventilação e oxigenação. O enfermeiro assume um papel primordial no reconhecimento rápido de problemas relacionados com a ventilação mecânica e suas modalidades, evitando assim ou resolvendo quadros de dificuldade respiratória, gerindo a dispneia, avaliando o aumento do esforço respiratório e prevenindo a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente infeção associada à ventilação (Grossbach, Chlan, & Tracy, 2011). É referido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes que “As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários.” (Ministério da Saúde, 2015,p.3882-(9)). Urden et al.(2008) consideram ainda intervenções de Enfermagem os cuidados com o tubo orotraqueal, nomeadamente verificação do nível e integridade do mesmo, pesquisa de edema subcutâneo e avaliação da sincronia com o ventilador, com ênfase na otimização dos alarmes (audíveis tendo em conta a configuração e ruído caraterísticos da UCI).

Com o objetivo de conhecer as experiências vividas por clientes submetidos a VMI em UCI de dois hospitais do Brasil, Dornelles et al., (2012) realizaram um estudo, concluindo que as dificuldades relatadas por clientes submetidos a VMI

relacionam-se com a presença artificial de via aérea, nomeadamente sensação de sufocamento, náuseas, desconforto por acumulação de secreções, afonia, sede e ainda necessidade de comunicação. Os mesmos autores consideram que a VMI expõe os clientes a “níveis de ansiedade aumentados por desconhecimento e receio da técnica, dificuldades na comunicação devido aos *interfaces*”, pelo que é imperativo que o enfermeiro compreenda as dificuldades e necessidades experienciadas pela pessoa (Dornelles et al., 2012,p.797). Também um estudo efetuado por Baumgarten & Poulsen (2015) procurou reunir e sintetizar experiências de clientes submetidos a VMI em contexto de UCI, concluindo que vivenciam maior vulnerabilidade, ansiedade, medo e solidão.

Ao desenvolver estratégias de comunicação efetiva, nomeadamente através de diálogo quando possível ou métodos não-verbais (mímica labial, gestos, movimentos faciais, utilização de aparelhos eletrónicos) o enfermeiro contribui para o alívio de sensação de medo, ansiedade, integrando o cliente nos cuidados, bem como a família (Caple, 2015). A autora reforça igualmente a importância da comunicação com clientes sedados / incapazes de comunicar, tendo em conta a evidência já existente de que são capazes de ouvir e compreender comunicação verbal. Efeitos da terapêutica sedativa, ansiedade, dor, fadiga, alterações do padrão do sono, entre outros, podem constituir outros entraves à comunicação, que não a presença do tubo orotraqueal. Puntillo, Smith, Arai, & Stotts (2008) reforçam que quando a pessoa em situação crítica é incapaz de relatar, o enfermeiro deverá utilizar dados fisiológicos, comportamentais ou a combinação de ambos para inferir a existência ou não de sintomas. Guttormson, Bremer, & Jones (2015) reforçam a importância de sensibilizar e treinar as equipas de Enfermagem em contexto de UCI acerca de estratégias de comunicação eficaz, como contributo essencial na diminuição do “*distress*” durante a ventilação mecânica invasiva e portanto para o seu sucesso.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) reforça que “o Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença.” Esta premissa tem por base o pressuposto de que a participação ativa, bem como implicação no processo de prestação de cuidados constitui um contributo

para a segurança dos cuidados. É igualmente evidenciado o “direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.” (Ministério da Saúde, 2015,p.3882(4)). Efetivamente, perante a impossibilidade de comunicar e/ou compreender, o cliente vê depositado na família a comunicação do seu estado de saúde atual e o disposto anteriormente, salientando-se o papel do enfermeiro de advogar o melhor interesse do cliente.

A percepção de segurança /sentimento de segurança pode ser olhada por duas faces: a do enfermeiro como prestador de cuidados integrado num contexto/instituição e a do cliente, como recetor de cuidados, integrado nesse mesmo ambiente. Lasiter (2011) aborda a percepção de clientes adultos internados em contexto de UCI. As necessidades demonstradas passam pelo desejo de uma interação real e prevista dos participantes com a enfermeira, como essencial para a sua percepção de sentir-se seguro. Quatro categorias principais foram identificadas: proximidade, supervisão, previsibilidade e iniciativa por parte dos prestadores de cuidados. Assim, a intervenção de Enfermagem passará por transmitir aos clientes a segurança de estarem a falar com uma enfermeira qualificada, disponível para atuar na eventualidade de uma deterioração do seu estado de saúde e pela garantia de que estão a ser monitorizados e vigiados (Lasiter, 2011).

1.1. Referencial teórico

Deseja-se uma “maior competência para o desempenho centrado numa lógica conceptual”(...)“baseada em teorias de Enfermagem que têm por *core* o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e competências de tomada de decisão”, no sentido do que caracteriza o conceito de Enfermagem Avançada (Silva, 2007,p.18) . O enfermeiro avançado compreende e utiliza teorias de Enfermagem, procurando o desenvolvimento da profissão e colaborando na disseminação do conhecimento (Silva, 2007). De acordo com Basto (2009 p.14) “cada um de nós guia-se na prática de cuidar e nas restantes atividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem”. Desta forma, o percurso de aquisição de competências sustenta-se no trabalho desenvolvido por **Patricia Benner** e em particular no âmbito da sua aplicação do Modelo de Dreyfus à Enfermagem, na **Teoria de Gestão de Sintomas** publicada inicialmente por Larson et al. em 1994 e revista em 2001 por Dodd et al., como teoria de médio alcance e ainda no **The Nursing Role Effectiveness Model (NREM)**, desenvolvido por Irvine, Sidani e McGillis em 1998, apresentado como modelo de análise da efetividade dos cuidados de Enfermagem por Amaral em 2010.

Benner (2001) considera que apesar de a teoria oferecer explicitação e formalização, a prática caracteriza-se por maior complexidade e fonte de maior aprendizagem. O modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem assume que “com experiência e domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (Benner, 2001,p.63). O mesmo modelo assume que no desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro caminha ao longo de cinco níveis, nomeadamente iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Em contexto de doença crítica, a articulação entre o julgamento clínico e profissão é desafiante, na medida em que “ocorre em múltiplos contextos, é complexo e as intervenções são instantâneas, dependentes do contexto e interpretáveis de acordo com a história clínica imediata” (Benner et al., 2011,p.1). Benner et al. (2011,p.410), numa referência ao trabalho de Weick and Sutcliffe (2001) considera que a monitorização e melhoria da qualidade dos cuidados assentam no conceito de

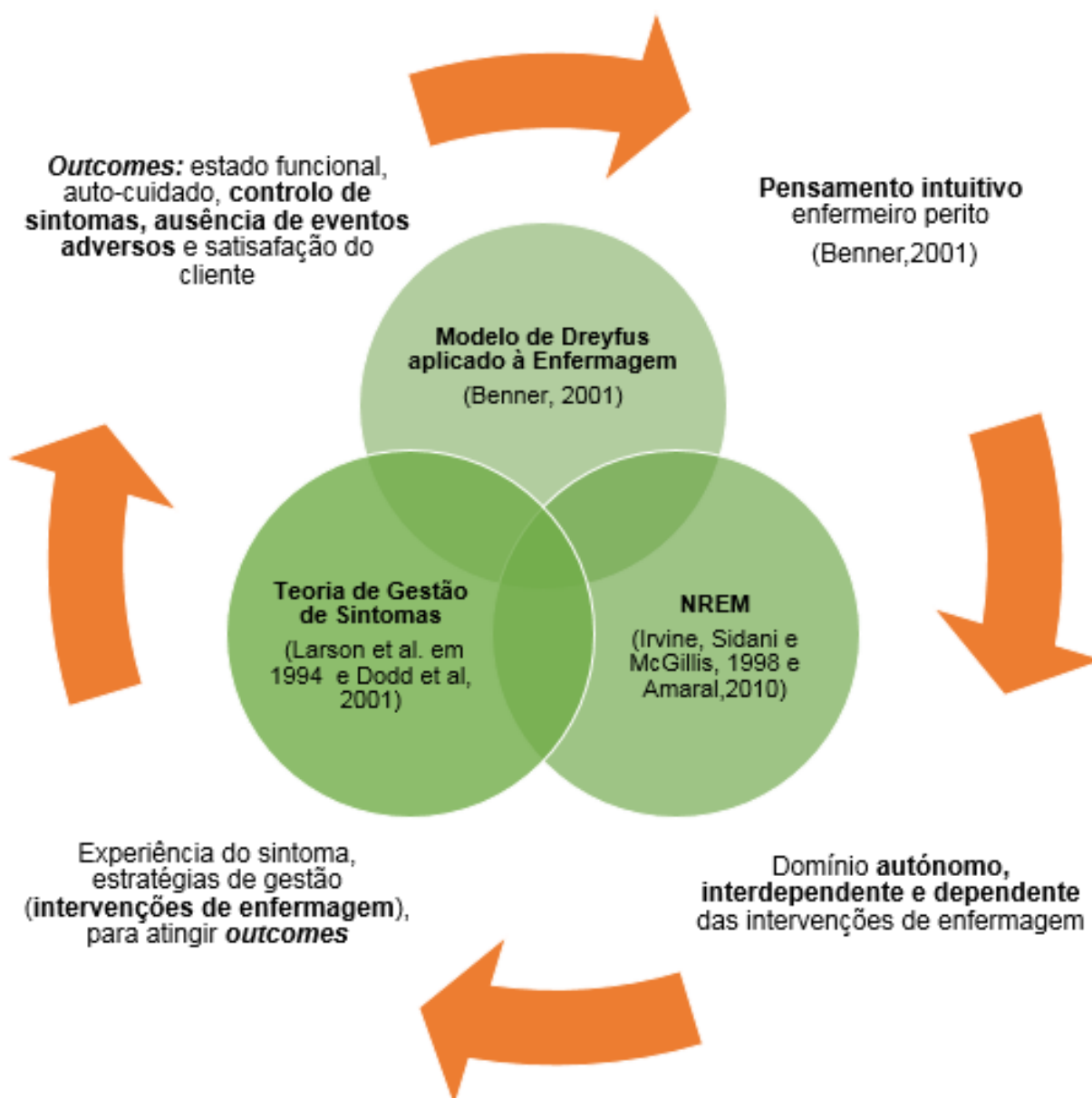
“predição clínica, melhoria /reparação do sistema, aprendizagem a partir do erro, identificação de condições perigosas, prevenção de acidentes, consolidação da equipa e desenvolvimento cumulativo de experiência clínica”.

No âmbito do domínio autónomo das intervenções de Enfermagem (funções/responsabilidades atribuíveis apenas aos enfermeiros, sem necessidade de prescrição médica), interdependente (atividades parcialmente ligadas a outros técnicos) e dependente (atividades relacionadas com a implementação de prescrições médicas) como contributo para melhoria dos cuidados de saúde e resultados obtidos, nomeadamente no que se refere ao “controlo de sintomas, ausência de complicações, capacidades funcionais e de auto-cuidado, conhecimento da doença e do tratamento e a satisfação com os cuidados.”, Amaral (2010,p.101) apresenta um modelo de análise da efetividade dos cuidados de Enfermagem, tendo por base o **The Nursing Role Effectiveness Model (NREM)**, desenvolvido por Irvine, Sidani e McGillis em 1998. De acordo com Amaral, Ferreira, Cardoso, & Vidinha (2014, p.768), a implementação do modelo “fornece evidência empírica de que os *outcomes* são influenciados não só pelas características dos pacientes, mas também por fatores relacionados com o contexto, os profissionais e as intervenções de enfermagem, capturando assim a efetividade e qualidade do cuidado de enfermagem.” Especificamente, o modelo relaciona a obtenção de resultados específicos com as intervenções de Enfermagem. Avalia essencialmente os mecanismos subjacentes ao modo como os cuidados de Enfermagem influenciam os resultados obtidos nos clientes, tendo em conta as características do ambiente, as intervenções responsáveis pelos resultados, bem como os efeitos das intervenções de Enfermagem nos mesmos (Sidani, Diane, & Mitchell, 2004). Tendo por base o contributo de McGillis Hall *et al.* (2004), Amaral (2010,p.100) reforça que os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem em termos de segurança são “efeitos indesejados dos cuidados, nomeadamente erros de medicação, quedas e infeções nosocomiais.”

De acordo com White, Pringle, Doran, & Hall (2005), o controle e gestão de sintomas estão no âmbito dos resultados considerados como sensíveis aos cuidados de Enfermagem. A **Teoria de Gestão de Sintomas** publicada inicialmente por Larson et al. em 1994 e revista em 2001 por Dodd et al., como teoria de médio

alcance, assume **cinco premissas**: o relato da percepção individual do sintoma pelo próprio indivíduo constitui-se como *gold standard*; podem ser iniciadas estratégias preventivas, mesmo sem evidência do sintoma ; clientes que não conseguem comunicar também experienciam sintomas que não conseguem expressar e que devem ser acautelados pelo cuidador/profissional e delineadas intervenções; a estratégia de gestão de sintomas pode ser dirigida a indivíduo, grupo ou ambiente de trabalho e por fim, a gestão de sintomas constitui-se um processo dinâmico (Dodd et al., 2001). O diagrama seguinte explicita a interpretação do referencial teórico:

Diagrama 1. Interpretação do referencial teórico



1.2. Gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório

Os sintomas constituem-se indicadores importantes de reais ou potenciais problemas, transmitidos pelos clientes ao profissional de saúde (Puntillo et al., 2008). Assumem um importante papel na experiência de saúde-doença, constituindo frequentemente um motivo de procura de cuidados de saúde (Sidani, 2001).

Tendo por base uma perspetiva de cuidado centrado na pessoa, cada cliente deverá ser encarado como único, bem como o sintoma que experiencia e a forma como o experiencia, pelo que a sua abordagem não deverá ser efetuada de forma *standardizada* (Brink & Skott, 2013). Efetivamente, as autoras defendem que a desvalorização da experiência de sintoma poderá trazer consequências negativas e sofrimento ao cliente. É essencial dar oportunidade ao cliente, sempre que possível, de se exprimir a propósito da forma como interpreta e compreende o seu estado de saúde, permitindo assim que assumam um papel na experiência de doença, bem como no seu tratamento (Benner, 2001).

Os enfermeiros colhem e documentam, de acordo com Gordon (2008), uma referência essencial para NANDA Internacional (2014), dados subjetivos e objetivos relacionados com o cliente (NANDA Internacional, 2014). Importa assim para a autora a sua distinção, pelo que são considerados dados subjetivos os “provenientes do relato verbal do cliente sobre perceções e pensamentos acerca da sua saúde, vida quotidiana, conforto, relacionamentos”(NANDA Internacional, 2014,p.38).

Puntillo, Smith, Arai, & Stotts (2008) sugerem uma melhor consciencialização e a melhoria da formação dos enfermeiros de forma a diferenciar sinais e sintomas, como instrumento fundamental, aumentando a preocupação com o sintoma, melhorando a precisão da sua avaliação e por consequência a sua gestão. As mesmas autoras afirmam que vários estudos demonstram falta de concordância entre a avaliação de sinais e sintomas por parte do cliente e por parte do enfermeiro, considerando assim premente a distinção precisa entre o que consiste em avaliação de sinais e por outro lado de sintomas (Puntillo et al., 2008,p.472). Henriques & Gaspar (2010,p.33) consideram a avaliação rigorosa dos sintomas desafiante, tendo em conta a sua já referida natureza subjetiva, “a frequência, a duração, a

intensidade, o impacto, o significado atribuído pelo próprio e a sua resposta, os fatores que agravam ou aliviam o sintoma e as estratégias utilizadas para gerir o sintoma e a sua eficácia”.

A Pessoa em Situação Crítica experiencia uma ampla gama de sintomas (Puntillo et al., 2008). O enfermeiro assume assim um papel preponderante, na avaliação e gestão de sintomas perante clientes impossibilitados de expressar verbalmente, quer por alteração / eminência de depressão do estado de consciência ou por efeitos de terapêutica sedativa. As autoras reforçam assim o papel do enfermeiro e família como elementos facilitadores da sua avaliação e interpretação. Puntillo et al. (2013) procuraram, através de um estudo prospetivo em duas UCI dos Estados Unidos da América, determinar níveis de concordância entre a díade clientes internados em UCI e seus familiares e a díade enfermeiros e médicos, no que se refere aos níveis de intensidade média (magnitude de uma sensação de sintoma) e angústia gerada pelo sintoma. Concluíram que a família pode ser auxiliadora na avaliação dos sintomas e ainda que os sintomas são em alguns casos subestimados por parte dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos). Benner (2001) reforça, no domínio da função de ajuda, a importância da família como interlocutora na cura do cliente, a par com a importância do tratamento em si, acautelando assim a sua participação, transmissão de informações, de forma a prestar apoio afetivo.

Reportando aos clientes submetidos a VMI, verifica-se que podem experimentar sintomas como ansiedade, agitação e insónia, enquanto na UCI, dificultadores do seu processo de cura. A evidência demonstra que “agitação pode surgir associada ao aumento do nível de dor, temperatura, hipoxia aguda, alterações nos sinais vitais” (Tracy & Chlan, 2011, p.23). Segundo os mesmos autores, podem surgir outras manifestações, tais como confusão, dor, *delirium*, com necessidade de intervenção farmacológica para concomitantemente garantir a segurança do cliente. Randen, Lerdal, & Björk (2013, p.176) consideram que tendencialmente, “os Enfermeiros subestimam a ocorrência de ansiedade, delírio, depressão, fadiga e dispneia em clientes adultos em UCI submetidos a ventilação mecânica”. Os mesmos autores reforçam que os clientes submetidos a ventilação mecânica experienciam vários sintomas angustiantes, pelo que o enfermeiro assume um papel

fulcral na sua identificação, tendo em conta a frequente incapacidade de comunicação.

De acordo com Chlan (2016) ansiedade é um sintoma comum em contexto de internamento em UCI, nomeadamente em clientes submetidos a VMI, pelo que na sua gestão, a administração de sedação constitui-se como uma indicação frequente, tendo em conta que o controlo não efetivo deste sintoma potencia o esforço respiratório, estimula o sistema cardiovascular, aumentando o consumo de oxigénio, o que constitui uma resposta indesejável para o adequado suporte ventilatório mecânico. A autora sugere, no sentido de reduzir ao mínimo o nível de sedação e de terapêutica com ação no sistema nervoso central e baseada na evidência, a gestão de sintomas através de intervenções não farmacológicas (nomeadamente através da música, desde que familiar e confortante), que se constituem como uma metodologia segura, sem efeitos adversos e maioritariamente bem aceite pelos clientes. Estudos levados a cabo pela autora corroboram a sua indicação, nomeadamente como redutora da ansiedade, através da promoção do relaxamento.

A sedação e analgesia são utilizadas para diminuir a ocorrência de sintomas indesejados. Num estudo levado a cabo por Chlan (2016) a propósito da autoadministração de terapêutica sedativa, a autora reforça a importância da gestão de ansiedade e dor de forma a manter a sincronia com o ventilador, mas alerta para a importância da administração de terapêutica sedativa por parte do enfermeiro apenas com base na subjetividade da sua observação e na utilização da escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), como instrumento importante mas que não avalia especificamente sintomas. Conclui-se assim que as práticas sedativas atuais não são direcionadas a sintomas específicos do cliente e não o envolvem na decisão de administração de terapêutica, o que na opinião da autora deverá constituir uma realidade de futuro, carecendo de mais estudos.

No contexto de ventilação mecânica são vários os sinais e sintomas de desconforto respiratório perante a configuração desadequada do ventilador à necessidade inspiratória e expiratória do cliente, levando a que este reaja ao estímulo emanado pelo ventilador (Grossbach et al., 2011). Os autores fazem referência a sinais de desconforto respiratório, incluindo aumento da frequência respiratória, alterações no estado mental/ estado de consciência, agitação, angústia,

dilatação nasal, respiração através da cavidade oral, sudorese, tentativa de permanecer sentado ou sair da cama, utilização de músculos acessórios no movimento respiratório, contrações musculares durante a expiração. De referir que no contexto de UCI, o suporte vasoativo em curso numa parte significativa dos regimes terapêuticos dos clientes não permite detetar alterações subtis dos valores de tensão arterial e frequência cardíaca. Desta forma, assumem-se como intervenções de enfermagem a verificação da existência de fugas de ar no circuito, aspiração de secreções de forma a descartar causas de aumento da resistência na via aérea pela presença de corpos estranhos ou secreções, verificação das configurações adequadas do ventilador e gestão de alarmes.

Segundo Jones (2011) foram estabelecidas evidências preliminares de relação positiva entre monitorização, gravidade da doença e intervenção terapêutica estabelecida. Assim, são recomendadas *guidelines* que padronizem algumas intervenções, bem como frequência das avaliações, nomeadamente avaliação corporal completa a cada 4 horas e de sinais vitais de 2/2 horas. O autor considera a monitorização contínua do cliente uma intervenção terapêutica de Enfermagem.

De acordo com Benner (2001), a vigilância prudente, bem como a deteção precoce de alterações advogam a defesa do cliente e constituem uma das principais funções da enfermeira. A enfermeira perita reconhece alterações fisiológicas subtis, tendo por base inúmeras ocasiões de cuidados. A vigilância é assim encarada como uma importante estratégia utilizada pelos enfermeiros para melhorar os resultados dos clientes, em particular a segurança. No domínio da segurança / proteção, a definição destes conceitos por NANDA Internacional (2014,p.375) traduz-se em “isenção de perigo, danos físicos ou danos ao sistema imunológico; preservação da perda; proteção da segurança”.

De acordo com Gawlinski & Giuliano (2012, p. 10), a pessoa em situação crítica está em “risco de erros e eventos adversos, tornando-se imperativa a vigilância. Maior número de horas de cuidados prestados por enfermeiros está associado a menores taxas de mortalidade de clientes motivadas por pneumonia, sépsis, choque, paragem cardíaca”. Os mesmos autores consideram que as principais barreiras à vigilância efetiva são “falta de pessoal, recursos inadequados, falta de colaboração entre os membros da equipa, incapacidade de incluir o cliente e

família na tomada de decisão, subutilização da tecnologia existente, formação e aquisição de competências dos enfermeiros” (Gawlinski & Giuliano, 2012,p.12). Assim, de acordo com os autores, a vigilância está definida como intervenção de Enfermagem (pelo *Nursing Intervention Classification System*) e desempenha um papel importante na deteção precoce de complicações e na identificação, interrupção e correção de erros. Efetivamente, de acordo com a *Nursing Interventions Classification*, vigilância define-se como “ interpretação intencional e contínua e síntese de dados de clientes para tomada de decisão clínica” (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013,p.366).

Benner (2001,p.191) reforça que a função de diagnóstico e vigilância cada vez mais acrescida tem relação direta com o incremento de tratamentos e técnicas, considerando assim existir “margens de segurança estreitas”. Segundo a autora, a deteção de sinais de alarme numa fase precoce por parte de uma enfermeira em contexto de UCI, é essencial. Gawlinski & Giuliano (2012) fazem referência a intervenções de Enfermagem como processo de colheita de dados fisiológicos, utilizando monitorização eletrocardiográfica, oximetria de pulso, monitorização (não invasiva/invasiva), integração contínua de informações provenientes de membros da família/outros membros da equipa de saúde, gestão de fatores ambientais (incluindo ruído), deteção de sinais precoces de deterioração. Sugerem portanto a utilização de *check lists* (elaboradas com base na evidência, incluindo fatores de risco potenciadores de eventos adversos como septicémia e pneumonia), o correto e atempado registo de administração de terapêutica, de modo a prevenir o erro, realização de visitas multidisciplinares junto do cliente (permite vigilância do estado atual, ambiente envolvente e inclusão da família neste processo), a transmissão de informação real e sucinta na passagem de turno.

Em suma, tendo por base o cariz eminente a que a Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório está associada, traduzindo-se num cliente de Enfermagem com necessidades específicas, a Intervenção Especializada de Enfermagem, nomeadamente no domínio autónomo e interdependente no que se refere especificamente à gestão de sintomas e promoção da segurança, subsidia os resultados obtidos (*outcomes*). O diagrama seguinte explicita o mapeamento conceptual do percurso de aquisição de competências.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO

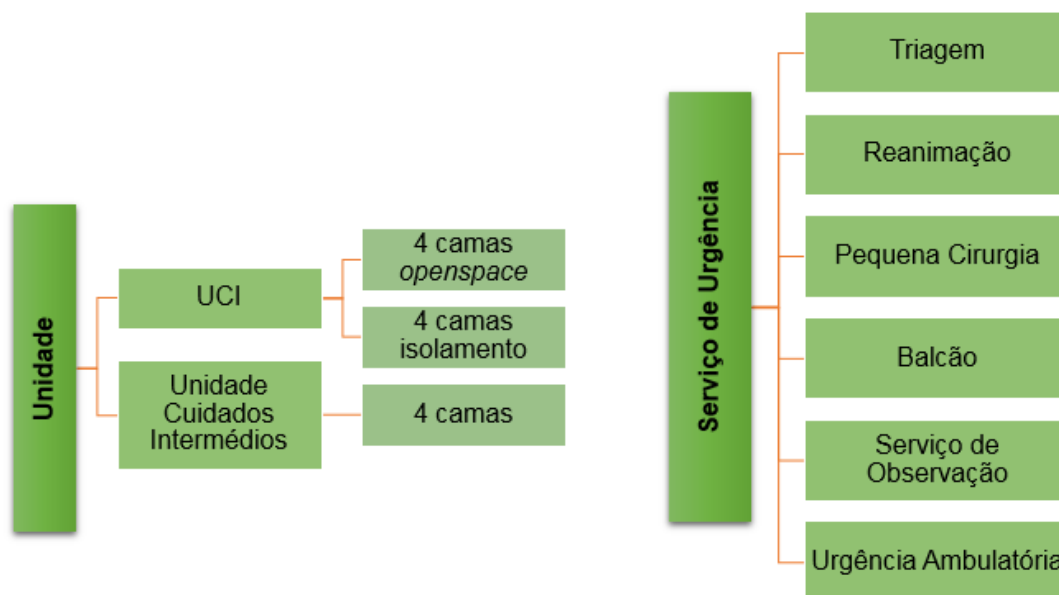
Procurei neste capítulo sistematizar o percurso efetuado ao longo do estágio, mobilizando o previamente delineado no projeto de estágio. Da descrição e análise crítica, emergem as atividades desenvolvidas como subsídio do percurso de aquisição de competências especializadas de Enfermagem no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, dando resposta aos objetivos definidos e adquirindo consciência crítica para os problemas atuais da disciplina. A fundamentação das intervenções de Enfermagem desenvolvidas e adiante especificadas tem por base a evidência científica identificada, nomeadamente através da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura, os conteúdos apreendidos nas unidades curriculares, o referencial teórico selecionado, a reflexão crítica em contexto da prática, discussão quotidiana com o orientador clínico e pedagógico e ainda o contributo das conferências dentro da área temática. Desta forma, a intervenção especializada desenvolvida em contexto de estágio, dá, na sua globalidade, resposta ao objetivo **Demonstrar capacidade de tomada de decisão em Enfermagem, com base na evidência científica**, definido no projeto de estágio.

Como parte integrante da Unidade Curricular, o estágio decorreu entre 3 de Outubro de 2016 e 10 de Fevereiro de 2017, nomeadamente numa Unidade de Cuidados Intensivos com enfoque no cuidado à Pessoa em Situação Crítica com patologia do foro respiratório de um Centro Hospitalar de Lisboa, entre 3 de Outubro e 25 de Novembro de 2016 e no Serviço de Urgência de um Hospital do distrito de Lisboa, entre 28 de Novembro de 2016 e 10 de Fevereiro de 2017.

2.1. Caracterização dos locais de estágio

A escolha do primeiro local de estágio (UCI) não foi aleatória, na medida em que ao desenvolver o trabalho de campo no âmbito do 2º semestre, tive a oportunidade de perceber de uma forma sumária que sendo esta uma UCI com caráter único no país, me dotaria de competências no âmbito do cuidado à Pessoa em Situação Crítica, com um enfoque particular na temática definida em projeto de estágio. O segundo local de estágio (SU) não constou das idas a campo, no entanto perspetivou-se como um local de aprendizagem importante no que se refere à aquisição de competências preconizadas em contexto de urgência /emergência. Acautelei no entanto que o meu processo de aprendizagem abrangesse a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à Pessoa em Situação Crítica na sua globalidade. O esquema seguinte descreve a estrutura física de ambos os locais de estágio.

Diagrama 3. Estrutura física dos locais de estágio



As equipas multidisciplinares dos locais de estágio foram recetivas à minha presença, o que facilitou o processo de integração. Em contexto de UCI, fui acolhida pela enfermeira chefe, pelo enfermeiro responsável pela integração de estudantes e

posteriormente pela enfermeira orientadora. Apresentei sucintamente a temática do meu projeto de estágio, bem como os objetivos delineados. Na equipa de Enfermagem está instituído o método de trabalho individual, com rácios de 1:2 em contexto de UCI e 1:4 em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios. Na ausência da enfermeira chefe, o elemento chefe de equipa assume funções específicas e acrescidas à prestação de cuidados, nomeadamente gestão de recursos humanos, materiais e de conflitos, se necessário.

No âmbito do estágio em SU, o acolhimento na instituição partiu da enfermeira diretora, enfermeiro chefe e posteriormente por parte da enfermeira orientadora. Sendo uma equipa numerosa, a integração tornou-se desafiante numa fase inicial. Apresentei o meu projeto de estágio apenas à enfermeira orientadora. Na equipa de Enfermagem, o elemento chefe de equipa está dispensado da prestação direta de cuidados. Acompanhei o enfermeiro chefe de equipa ao longo de dois turnos, tendo apreendido que as suas funções assentam na gestão e organização, nomeadamente: distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelos postos de trabalho, reunião periódica com a equipa para discussão e análise crítica dos cuidados prestados, definição e atualização do plano de trabalho dos clientes em observação ou com planeamento de internamento alocados ao SU, gestão em conjunto com o médico dos clientes transferíveis para o serviço de internamento, gestão de potenciais conflitos, acompanhamento de familiares, encaminhando-os se pertinente. Tive assim oportunidade de participar na execução destas atividades, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências neste âmbito e para obter outra perspetiva da dinâmica do SU.

2.2. Descrição e análise crítica do percurso de aquisição de competências

De acordo com Mendes (2015,p.246),

a capacitação teórica, prática e reflexiva construída nos contextos, escola e clínico, monitorizados e co construídos, exige e predispõe a que cada um saiba quando deve monitorizar e responder em conformidade, tendo em vista a aquisição de competências e as atividades indispensáveis para tal.

Com a finalidade de **desenvolver competências no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, no âmbito da gestão de sintomas e promoção da segurança, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos**, foram definidos objetivos e planeadas atividades.

Objetivo 1. Desenvolver competências científicas e técnicas, na prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O conhecimento e compreensão da dinâmica e organização de ambos os contextos de estágio foram elementos facilitadores para a minha integração na equipa multidisciplinar e conseqüentemente na persecução dos objetivos definidos. O conhecimento de normas e procedimentos em vigor em ambos os serviços incutiu segurança na minha intervenção. Em contexto clínico foi-me permitido observar, planejar, executar, gerir e avaliar situações de cuidados no âmbito de processos complexos de doença crítica, antecipando a instabilidade, sob monitorização da orientadora clínica. Tendo em conta a inexistência de experiência profissional prévia em contexto de UCI e SU, a minha intervenção nestes contextos assumiu-se desafiante. Foram diversas as situações de aprendizagem, tendo em conta a oportunidade que me foi concedida de intervir ativamente junto da Pessoa em Situação Crítica. Mobilizando os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares, recorrendo continuamente à evidência científica como base de fundamentação, selecionando assim fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, reunindo-me com a orientadora clínica e professora orientadora, adquiri competências diferenciadas no âmbito da intervenção junto da Pessoa em Situação

Crítica.

A monitorização hemodinâmica da Pessoa em Situação Crítica fornece dados precisos no que se refere aos parâmetros vitais, permitindo adequar a terapêutica, bem como definir intervenções que evitem possíveis complicações (Ventura et al., 2016). Em contexto de UCI, o enfermeiro assume um papel essencial na monitorização hemodinâmica invasiva, que se traduz na “medição e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos, para determinar o funcionamento cardiovascular e regular adequadamente a terapêutica.” (Urden et al., 2008,p.391). Depreendi em contexto de estágio que o enfermeiro, para além de deter responsabilidade na colocação de dispositivos para monitorização hemodinâmica invasiva, gere a sua manutenção e deteção de anomalias na leitura no monitor, bem como na adequada vigilância dos dados obtidos e no controle da infeção tendo em conta o carácter invasivo dos dispositivos. A minha intervenção passou assim pelos cuidados descritos anteriormente, no âmbito da monitorização da pressão arterial invasiva e da pressão venosa central, como auxiliares na identificação de focos de instabilidade hemodinâmica.

A satisfação do cliente, nomeadamente “a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica” constitui um dos enunciados descritivos dos cuidados de Enfermagem em pessoa em situação crítica definidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015,p.4). A intervenção de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica integra assim o cuidado à sua família. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros regulamentado no Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, preconiza, no artigo 110º “Da humanização dos cuidados” (secção II, capítulo VI), da Deontologia Profissional, que “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e na comunidade;” (Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, 2015). Em contexto de doença crítica, Mendes (2015,p.33) considera que o processo de internamento de um dos membros da família na UCI, “é de sofrimento acrescido, uma vez que a família reporta toda uma vivência conjunta de processos,

que tenderam a surgir em simultâneo ou sequencialmente.” Os enfermeiros apoiam o papel positivo da família no processo de cura, fornecendo as informações necessárias e proporcionando assim apoio afetivo (Benner, 2001). Ciente da influência que a informação transmitida (verbal e não verbal) assume, procurei desenvolver competências que me dotassem de uma capacidade de cuidado efetivo à díade cliente – família. Na essência desse cuidado, de acordo com Mendes (2015,p.13), “A família torna-se cliente de enfermagem, pela vivência de um processo de transição saúde-doença, de um dos seus membros.”

A intervenção junto da família permitiu-me vivenciar diferentes realidades, de acordo com o contexto (UCI e SU), nomeadamente no que se refere ao encontro e processo de estabelecimento de relação com a família. Verifiquei, através da minha abordagem que a ansiedade, angústia e incerteza estão patentes na família da pessoa em situação de doença crítica. Efetivamente, a sua gestão torna-se complexa, tendo em conta a eminência de deterioração / falência em que a pessoa significativa se encontra. Neste âmbito, Lautrette et al. (2007), consideram fundamental fomentar a comunicação entre a família e a equipa da UCI, oferecendo a oportunidade de exprimir as emoções, suportando o processo de tomada de decisão e a acatando de forma efetiva o prognóstico estabelecido e os objetivos delineados.

É notória na prática a importância da dedicação efetiva ao familiar que nos procura. Em contexto de UCI denotei que o enfermeiro assume um papel fulcral na abordagem, acolhimento, conforto e encaminhamento da família. O período de visita é reduzido, tendo em conta a complexidade e ambiente caraterísticos, potenciando a ansiedade de alguns familiares. Por outro lado, verifiquei o receio na aproximação, bem como angústia e preocupação relacionados com os equipamentos e métodos invasivos constituintes da unidade do familiar. Disponibilizei-me, sob monitorização da orientadora clínica para conhecer a família, esclarecendo e antecipando dúvidas (no âmbito das minhas competências), procurando compreender os processos de transição que vivenciavam e estabelecendo desta forma uma relação terapêutica através do desenvolvimento de competências de escuta ativa, comunicação efetiva e relação de ajuda.

A perspetiva de fim de vida foi uma realidade no contexto de estágio em UCI,

pelo que direcionei a minha intervenção nesse sentido. A gestão de emoções junto da família, bem como a transmissão de informações realistas traduziu-se essencial. A maioria das situações que motivam o internamento em UCI são de difícil gestão para a família, pela gravidade e impacto que as caracterizam. Da prática em contexto de estágio retiro que a perspetiva de irreversibilidade da situação, perante o internamento em UCI, está inculcida culturalmente em algumas famílias, sendo que isso não significa que as suas emoções, medos e angústias estejam geridos. A intervenção do enfermeiro através da aproximação e disponibilidade, dando tempo para interiorizar e proporcionando privacidade, assume-se como fundamental. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, emanado em 2015 pela Ordem dos Enfermeiros preconiza que o enfermeiro especialista acautele “A utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015,17242).

Em contexto de SU e especificamente na Sala de Reanimação e Serviço de Observação, deparei-me com situações cuja gravidade, apesar da rápida resposta na intervenção, determinou que o prognóstico seria reservado. A transmissão desta informação à família, por parte do médico em conjunto com o enfermeiro deve implicar a envolvência da família no ambiente de cuidado, se assim pretenderem. Efetivamente, o processo é desafiante em contexto de SU, no que se refere à criação de uma relação terapêutica, mas ao agir como elemento facilitador permitindo privacidade e tempo junto do seu familiar, considero ter gerido de forma adequada a inquietação dos familiares perante a irreversibilidade do quadro. No âmbito da sua dissertação de mestrado, com enfoque nas práticas dos profissionais de saúde em fim de vida em contexto de UCI, M. Alves (2015,p.IV), verificou que os enfermeiros “reconhecem a importância da família no processo de decisão, mas admitem não solicitar a sua participação na construção do referido processo, assim como no acompanhar da pessoa em fim de vida internada em cuidados intensivos.” Segundo a autora, “os enfermeiros consideram que a comunicação da tomada de decisão se realiza através de um processo unidirecional e de modo impessoal” (M. Alves, 2015,p.IV).

Integrado no **I Congresso da Secção Regional do Sul-Ser Enfermeiro em**

Contextos de Mudança, o painel “Desafios éticos na atualidade”, o Professor Sérgio Deodato (2016), abordou entre outras questões, o processo de tomada de decisão. Alertou para a importância de discutir em contexto prático problemas do dia-a-dia e deixar os grandes dilemas da bioética para os estudiosos na área, nomeadamente em questões frequentes tais como a tomada de decisão acerca do estado clínico de um cliente, na qual devemos optar por envolver a família, não confundindo esse envolvimento com um processo de transferência de decisão para a família. A decisão ética deverá ser construída em equipa, apesar de ser do conhecimento que nem sempre é possível o consenso no seio da mesma. De acordo com o palestrante, de forma a sustentar a nossa opinião acerca de determinado assunto devemos procurar fundamentos para a tomada de decisão, mesmo que não seja a nosso ver a melhor solução constitui-se como a melhor solução possível em determinada circunstância.

Objetivo 2. Adquirir conhecimentos no âmbito do cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente com compromisso respiratório

Desenvolvi, em contexto de UCI e SU, competências no âmbito da Intervenção Especializada de Enfermagem perante a pessoa submetida a ventilação mecânica, contactando com equipamentos inovadores que conferem uma margem de segurança superior, ao fornecer informações precisas e ao monitorizar de forma apertada a função ventilatória do cliente. Num meio tecnológico como a UCI, a gestão e domínio dos equipamentos, bem como o conhecimento abrangente das modalidades ventilatórias, funções do ventilador e métodos de resolução de problemas relacionados com a adaptação ao mesmo, promovem o cuidado centrado na pessoa (Grossbach et al., 2011).

Depreendi ao longo do meu percurso que ao estar mais segura acerca da tecnologia envolvente bem como na gestão de alterações associadas à ventilação mecânica, coloquei maior enfoque na relação com o cliente, estando assim mais disponível. A minha intervenção junto da pessoa em situação crítica submetida a VNI destacou-se pela necessidade de realizar pesquisa acerca de modalidades ventilatórias específicas, adaptadas à fisiologia humana e de melhor tolerância pelo

cliente. Aprofundar o conhecimento, com base na evidência científica capacitou a minha intervenção, maximizando-a, nomeadamente no que se refere à importância de obter o consentimento do cliente ou família para o procedimento sempre que possível, procurando gerir a ansiedade, a alternância de *interfaces* proporcionando alívio e conforto, mantendo a eficácia e segurança, prevenindo úlceras por pressão, acautelando as necessidades hídricas e alimentares que estão mantidas, mas por vezes colocadas em segundo plano em detrimento da situação de doença crítica.

A Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI traduz-se num cliente de Enfermagem com necessidades específicas, tendo em conta a complexidade que acarreta. Em contexto de UCI, tive a oportunidade de intervir diversas vezes junto de clientes submetidos a VMI, mobilizando o protocolo de extubação existente, cuja especificidade passa pela instituição de VNI após extubação e posteriormente para ventilação espontânea, facilitando desta forma a transição, bem como melhorando a expansão pulmonar e portanto a prevenção de complicações. De acordo com a minha observação e conversando com clientes submetidos a este protocolo, apesar de proporcionar algum desconforto, de acordo com o seu relato, a instituição de VNI pós-extubação reduziu a sensação de dispneia, ao assistir a ventilação, mesmo que de maneira reduzida.

Da necessidade de gestão de sintomatologia associada e de vigilância/monitorização efetiva da Pessoa em Situação Crítica neste período específico, emerge o conceito de segurança. A realidade que observei em contexto clínico levou-me a aferir que o processo de desmame ventilatório e posterior extubação pode traduzir-se em horas, dias ou até semanas. Esta preparação traduz-se não só na alternância de modalidades ventilatórias (tendencialmente de uma modalidade controlada para uma modalidade assistida), de acordo com a tolerância do cliente, mas também no controle de sintomas, nomeadamente ansiedade e dor, tendo em conta a progressiva diminuição dos níveis de sedação característica deste processo. Esta medida desafiou-me a gerir de uma forma mais efetiva os sintomas transmitidos ou observados, não só através de medidas farmacológicas, mas também através de apoio emocional, orientação para a realidade atual e avaliação sistemática da dor através de instrumentos adequados. Pude aferir também junto dos enfermeiros que utilizam este protocolo, que é notória a diminuição de atelectasia e portanto a

acumulação indevida de secreções, reduzindo o risco de infecção / pneumonia associada ao ventilador (PAV). Adiyeye et al. (2016) consideram que a instituição profilática de VNI nas primeiras 48 horas após o desmame diminui o tempo de permanência em UCI, bem como o risco de desenvolver insuficiência respiratória.

A capacidade da Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI comunicar verbalmente encontra-se restringida, pelo que deverão ser adotadas estratégias facilitadoras da comunicação dependendo do grau de sedação, desde fornecer papel e caneta, criar e facultar quadros de imagens/frases frequentes, estabelecer códigos como piscar de olho, aceno de cabeça, entre outros (A. P. L. Alves, 2012). Em contexto de estágio desenvolvi estratégias de comunicação com o cliente submetido a ventilação mecânica, nomeadamente tendo por base alguns dos instrumentos referido anteriormente. Na UCI é utilizado um quadro com letras, semelhante a um teclado. Importa que a sua utilidade se traduza em comunicação efetiva das necessidades na procura de gestão e solução das mesmas. A satisfação do cliente, no âmbito da “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” está contemplada como enunciado descritivo dos cuidados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que constam do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015,p.4).

Adquiri, de uma forma específica, competências de comunicação com a Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI com sedação reduzida, nomeadamente com queimadura da via aérea, face e pescoço. Reconheci à partida a especificidade e intensidade de cuidado, tendo em conta as características adjacentes, complexidade e riscos associados. Assim, tendo em conta a carência de evidência científica e instruções para a prática na UCI onde efetuei estágio que trouxesse subsídios para a minha intervenção, procurei, junto de um perito na área do cuidado a Pessoa em Situação Crítica com queimadura, obter conhecimento e orientação de pesquisa, de forma a intervir de forma segura, prevenindo complicações e contribuindo para a recuperação. Pesquisei a evidência científica mais recente, nomeadamente no que se refere à manutenção da via aérea, sua recuperação e cuidados à pele, acautelando a importância do controlo de infecção em

todos os procedimentos e estruturei a minha intervenção através da elaboração de um **estudo de caso**, que subsidiou a minha intervenção em contexto clínico. Sob a orientação da enfermeira orientadora, contribuí com **fundamentação teórica para a elaboração no futuro de uma norma para a UCI** referente às “Intervenções de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica com queimadura da via aérea, face e pescoço” (Apêndice II), baseando-me na evidência científica e no transmitido pelo perito na área.

Em contexto de SU, a minha intervenção junto da Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI foi no âmbito de situações de instabilidade e deterioração do estado geral, com compromisso respiratório evidente, em contexto de Sala de Reanimação e de Serviço de Observação. Em contexto de Sala de Reanimação, tive oportunidade de intervir perante situações emergentes, prestando cuidados técnicos complexos, dirigidos à Pessoa em Situação Crítica transportada pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), encaminhados pelo enfermeiro após avaliação na triagem ou após avaliação do médico/enfermeiro noutras área do SU e justificação para tal, mobilizando as competências adquiridas no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), avaliando a Pessoa em Situação Crítica com base na metodologia A (*Airway maintenance*), B (*Breathing and ventilation*), C (*Circulation with hemorrhage control*), D (*Disability*) e E (*Exposure and environmental control*) e intervindo nomeadamente na monitorização hemodinâmica, administração de terapêutica de emergência, colaboração na intubação orotraqueal, prevenção da infeção associada a técnicas invasivas, instituição da modalidade ventilatória e perante uma maior estabilidade, gestão da dor - utilizando instrumentos como a BPS (*Behavior Pain Scale*), dinamizando desta forma a resposta a situações de urgência /emergência, no âmbito da equipa multidisciplinar, bem como o encaminhamento para outras unidades, se necessário.

Objetivo 3. Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica para melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes determina que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança, sustentando-se

concomitantemente na “pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.” (Ministério da Saúde, 2015,p.3882-(2)). No âmbito do VII Seminário de Ética, realizado em Fátima a 7 de Novembro de 2006, pela Ordem dos Enfermeiros, Leite (2007) aborda o conceito de segurança nos cuidados, reforçando que a preocupação dos enfermeiros com esta temática remonta às práticas aplicadas por Florence Nightingale, gradualmente aperfeiçoadas, acompanhando a evolução própria das sociedades, com marcos importantes no que respeita aos quadros que regulamentam a profissão e por conseguinte os padrões de prestação de cuidados definidos com o objetivo *major* de recuperação e aquisição de capacidades funcionais. Entre outros, a Ordem dos Enfermeiros estabelece como desígnio fundamental, “ promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados (...) e o dever de contribuir para a segurança nos cuidados de saúde”. Leite (2007) reforça igualmente que a cultura de segurança das instituições e sua organização estão intimamente relacionadas com incidentes alocados à temática da segurança na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente com dados que demonstram a “evidência de risco dez vezes superior de ocorrência de incidentes em instituições com menor investimento em boas práticas de segurança, com repercussões nos clientes e famílias, bem como nas instituições e consequentemente no SNS” (Leite, 2007,p.28).

A readaptação funcional traduz-se num dos enunciados descritivos dos cuidados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em ambos os contextos de estágio a minha intervenção direccionou-se no sentido do planeamento da alta da Pessoa em Situação Crítica, tendo por base as necessidades atuais dos clientes, bem como o ensino ao cliente e sempre que possível à família acerca de estratégias facilitadoras da sua readaptação à comunidade. Em contexto de UCI o planeamento da alta inclui o *step down* para unidade de cuidados intermédios, sob intervenções especializadas de reabilitação e posteriormente internamento em enfermaria. Em contexto de SU, a Pessoa em Situação Crítica habitualmente é

encaminhada para UCI ou internamento ou ainda para domicílio após estabilização, situação que por vezes foi articulada com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente a assistente social.

No exercício clínico, documentei as minhas intervenções de forma efetiva através de registos de Enfermagem. Importa assim perceber que para além do realizado, o seu registo oferece visibilidade e credibilidade, nomeadamente no que se refere às intervenções autónomas. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, emanado pela Ordem dos Enfermeiros em 2015, no âmbito da organização dos cuidados especializados, preconiza

a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2015,p.17243).

Retiro do exercício de cuidados que em contexto de UCI a sistematização e documentação das intervenções de Enfermagem é fundamental, tendo em conta a especificidade e intensidade do cuidado. Em contexto de SU, os registos de Enfermagem demonstraram-se a base de documentação da intervenção, bem como a utilização de *check-lists*, como elemento facilitador, tendo em conta a rotatividade e afluência de clientes, bem como a necessidade efetiva de transmissão de informação de forma sistemática, num ambiente mais imprevisível.

Objetivo 4. Desenvolver competências na gestão de sintomas da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente com compromisso respiratório.

Da Revisão Integrativa da Literatura efetuada no âmbito do projeto de estágio emergiram conceitos no âmbito do cuidado à Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório. O diagrama seguinte constitui uma adaptação do original, apresentado por Ferreira & Mendes (2017), no **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, em Braga.

Diagrama 4: Intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, em contexto de UCI



Adaptado de Ferreira & Mendes (2017)

Aferiu-se assim que “O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista possibilita uma resposta em congruência na gestão de sintomas da pessoa em situação crítica com compromisso respiratório, especificando efetivamente a sua ocorrência, duração e frequência, nos seus registos de enfermagem.” (Sandra Ferreira & Mendes, 2017).

Como referido anteriormente, de acordo com Dodd et al. (2001), sintoma define-se como “uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, sensações ou cognição de um indivíduo” (Dodd et al., 2001,p.669).

De acordo com Callaham (2015,p.143) a *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos”.

O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) estabelece que

a dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde, conforme dispõe a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003 (DGS, 2014).

Apesar de identificada como 5º sinal vital, de acordo com Callaham (2015), esta classificação gera discórdia entre alguns profissionais, tendo em conta o seu cariz subjetivo, comparativamente com outros sinais vitais, nomeadamente tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura. Reforça ainda que como “experiência percetiva e emocional, os clientes podem fornecer apenas uma descrição subjetiva de sua dor” (Callaham, 2015,p.143). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o cariz premente do seu controlo, baseia-se na premissa de que “Sendo sintoma subjetivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável» – e se sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008,p.7).

Alves (2017) na sua comunicação intitulada “Avaliação da dor no doente crítico” no âmbito **do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto** reforça que a dor, como sintoma e portanto experiência subjetiva, carece de uma uniformização do instrumento utilizado para a sua avaliação. A avaliação e controlo da dor na Pessoa em Situação Crítica com alteração da consciência constitui-se assim desafiante. O palestrante fez referência à evidência científica existente, referindo igualmente que no âmbito da sua integração no Grupo de Avaliação da Dor e no âmbito da proposta de validação psicométrica das escalas de avaliação da dor em contexto de UCI, foi implementado um estudo em UCI `s portuguesas, selecionando-se a BPS como mais fiável, pelos enfermeiros da prática, encontrando-se no entanto ainda em processo de validação. O Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos concluiu em 2012, entre outras recomendações que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da

observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS) ” (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012,p.40).

Como diagnóstico de Enfermagem, a dor, especificamente a dor aguda assume-se um sintoma em estreita relação com a situação de doença crítica. Assim, tendo por base o seu cariz subjetivo relatado na evidência, esta caracteriza-se como um sintoma de premente avaliação e gestão, tendo em conta as limitações funcionais e potencial de recuperação que a inadequada abordagem implicam. Foi notório na minha prática o papel primordial do enfermeiro na avaliação da dor. Teixeira & Durão (2016,p.135) reforçam que em situação de doença crítica, “a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas”. Suportando-me em NANDA Internacional, a dor, especificamente a dor aguda manifesta-se, no âmbito da pessoa em situação crítica com compromisso respiratório, de acordo com o verificado em contexto de estágio, através de diaforese, expressões faciais sugestivas de dor (movimentos dispersos, esgar facial), comportamento defensivo, adoção de posição corporal defensiva, dilatação pupilar (NANDA Internacional, 2014). A gestão deste sintoma inicia-se assim no momento da utilização do instrumento mais apropriado para a sua avaliação.

Em contexto de UCI, a BPS constituiu-se o instrumento primordial para avaliação da dor, tendo em conta a existência de um projeto baseado na evidência científica no serviço, implementado pela enfermeira orientadora, perita na área da avaliação e controlo da dor na Pessoa em Situação Crítica e a sensibilização existente na equipa. A intervenção farmacológica pautou-se pela avaliação da dor 5-10 minutos antes de um procedimento doloroso, administração de bólus de terapêutica analgésica antes, durante e imediatamente após um procedimento doloroso de acordo com o nível de dor (nomeadamente colocação de dispositivos invasivos, mobilização, realização de procedimentos como broncofibroscopia), 15 minutos após o procedimento doloroso e 30 minutos após a realização de terapêutica farmacológica e não farmacológica, revelando-se uma estratégia adjuvante na gestão da dor e recomendada por Pinho, Carneiro, & Alves (2012) no

âmbito do Plano Nacional de Avaliação da Dor. Concomitantemente e de forma a proceder a uma administração terapêutica segura, consultei e pesquisei farmacocinética, incompatibilidades e potenciais efeitos adversos da terapêutica analgésica, nomeadamente opióide. Perante clientes capazes de autoavaliar a sua dor, apliquei a escala numérica como instrumento para avaliação da dor, tendo por base a premissa referida anteriormente que considera como *gold standard* a auto-avaliação da dor. Implementei igualmente intervenções não farmacológicas, nomeadamente posicionamento adequado e confortante e ainda massagem com creme hidratante.

No âmbito das **24ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta** realizadas em Janeiro de 2017, Monteiro (2017) considera que em contexto de SU a dor deverá ser verdadeiramente encarada como um sintoma. Referiram-se barreiras no tratamento da dor, tais como: subvalorização da dor, carência de registos efetivos e falta de reavaliação. Existem igualmente mitos, nomeadamente que o tratamento imediato da dor altera o quadro clínico. Foram referidas algumas lacunas na adequada avaliação e gestão da dor, de entre as quais se destaca a ausência do reconhecimento da dor como um sintoma a tratar, oligoanalgesia e atraso na administração da analgesia. Emergiu da sua comunicação a necessidade de criar protocolos de registo das intervenções realizadas na gestão da dor, monitorização e eventuais complicações; criação de bons canais de comunicação, critérios de referência, organização, atualização e disponibilidade das equipas.

Em contexto de SU, o primeiro contacto do cliente com um profissional de saúde é na triagem, junto do enfermeiro. Constitui-se um momento fulcral na avaliação efetiva da dor, tão recorrente nos clientes que recorrem ao SU. Verifiquei em contexto de estágio que independentemente da situação, estado de consciência e colaboração na verbalização da descrição da dor, o instrumento utilizado para avaliação da dor como 5º sinal vital é a escala numérica (0-10) e que portanto na maioria das situações a classificação da intensidade da dor era feita pelo avaliador e não pelo próprio, como preconizado. Esta constituiu a base de motivação para a realização de um **jornal de aprendizagem**, que potenciou a pesquisa de evidência científica a propósito da monitorização da dor na Pessoa em Situação Crítica. Verifiquei em contexto de triagem a presença de dor na Pessoa em Situação Crítica

com compromisso respiratório, com a particularidade que o período de estágio se integrou numa época sazonal característica de alterações deste foro. Efetivamente, procurei pautar a minha intervenção na triagem dando preferência sempre que possível a auto-avaliação da dor, que na maioria das vezes os clientes com compromisso respiratório pontuavam entre 4-6 e caracterizavam como picada, sugestivo de dor tipo pleurítica. No contexto de triagem, intervenções autónomas não farmacológicas como clarificação da situação e do encaminhamento, bem como a presença de familiares foram elementos facilitadores, proporcionando bem-estar psicossocial e evidente redução dos níveis de ansiedade.

Denotei que características culturais e crenças espirituais influenciam a expressão da própria dor, pelo que recorri à observação comportamental como coadjuvante à classificação numérica fornecida pelo cliente. O controlo da dor através de terapêutica analgésica é fulcral, mas as medidas farmacológicas são apenas tomadas após a observação médica, o que num grande número de situações constituiu um entrave na gestão efetiva da dor, potenciando de forma particular na Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório outros sintomas, tais como a ansiedade e dispneia. De acordo com Callaham (2015) , o cliente pode expressar ansiedade acerca do fator que causa a dor. A autora faz referência a algumas das consequências da dor não controlada, nomeadamente alterações de apetite e sono, redução dos níveis de oxigénio em circulação (Callaham, 2015).

A dispneia constitui-se um fenómeno subjetivo, caracterizado pelos clientes como sensação de “falta de ar”. Resulta, de acordo com Urden et al. (2008,p.468), da “congestão vascular pulmonar e da diminuição da distensibilidade pulmonar”. A gestão deste sintoma assumiu uma preocupação particular no percurso de estágio. A prática em contexto clínico subsidiou a minha capacidade de interpretar este fenómeno, para além da evidência científica existente. Dos três sintomas que identifiquei, na Revisão Integrativa da Literatura (dor, ansiedade e dispneia) como mais frequentes na Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, a dispneia constituiu-se como o mais complexo de gerir. Em clientes submetidos a VMI com reduzidos níveis de sedação, verifiquei que a sua capacidade para expressar este sintoma traduz-se nomeadamente através da agitação, alteração do padrão

respiratório, desadaptação ao ventilador e aumento da frequência respiratória. No cliente sedado, submetido a VMI, a experiência de sintoma não nos é fornecida pelo próprio, mas lembrando uma das premissas da Teoria de Gestão de Sintomas (Dodd et al., 2001,p.669), “clientes não-verbais podem experimentar sintomas e a sua interpretação por parte do cuidador é considerada como necessária para fins de intervenção”. Em contexto de UCI verifiquei assim que o enfermeiro assume assim um papel primordial na gestão da adaptação ao ventilador, potenciais causas de desadaptação / obstrução, bem como a gestão de alarmes.

Relativamente à VNI, a dispneia constitui-se um sintoma relativamente frequente, tendo em conta a alteração do padrão respiratório subjacente. Perante a eminência da instituição de VNI, a ansiedade e dispneia traduziram-se os sintomas mais evidentes, pelo que a sua gestão revelou-se fulcral para a adaptação e sucesso do tratamento. No domínio autónomo desenvolvi intervenções no âmbito da gestão da ansiedade e dispneia, nomeadamente através da explicação sumária do procedimento, negociação de períodos de pausa (se possível), adaptação dos *interfaces* estabelecendo um consenso entre o imprescindível e a garantia mínima de conforto, posicionamento de acordo com maior conforto. O envolvimento da família revelou-se facilitador na maioria das situações, como elemento conciliador, desde que devidamente esclarecida acerca do procedimento e de algumas das suas limitações, nomeadamente a necessidade praticamente ininterrupta de manter o *interface*.

Ansiedade constitui-se um diagnóstico de enfermagem, estabelecido por NANDA Internacional e define-se como

sensação de desconforto ou de medo, vaga e desconfortável, acompanhada de uma resposta autónoma (a fonte é frequentemente inespecífica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. É um sinal de alerta para o perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA Internacional, 2014,p.323).

Em situação de doença crítica, a ansiedade está em estreita relação com fatores como uma grande mudança de ambiente, de papel e estado de saúde e portanto com uma crise situacional e ainda em associação com a ameaça de complicação/morte e poderá ser manifestada, nomeadamente no âmbito da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório, através de “inquietação, tremor,

alterações no padrão respiratório, aumento da frequência respiratória, vasoconstrição superficial e confusão” (NANDA Internacional, 2014,p.324).

Verifiquei em contexto de estágio que em situação de doença crítica, nomeadamente com compromisso respiratório associado, este é um sintoma muito referido e objetivado. Efetivamente, o desenvolvimento de intervenções autónomas e nomeadamente não farmacológicas demonstrou-se facilitador da gestão deste sintoma, de modo coadjuvante à terapêutica farmacológica frequentemente administrada (benzodiazepinas). Nesse sentido e perante situações específicas, nomeadamente em contexto de SU, procurei explicar sumariamente os procedimentos e o plano estabelecido ao cliente e/ou família, reforçando sensações esperadas e incentivando a permanência da família se possível. No decorrer da prestação de cuidados, procurei depreender situações potenciadoras de apreensão e ansiedade, minimizando-as, dentro do possível. Como exemplo destaco uma situação em que a presença de alguns membros da família aumentou exponencialmente os níveis de ansiedade do cliente, com manifestações nomeadamente através de inquietação e aumento da frequência respiratória, pelo que a sua visita exigiu uma gestão específica.

Como intervenção adjuvante procurei, em contexto de UCI reduzir a luminosidade e ruído, sempre que possível. A sensibilização para esta atitude partiu da redução do nível de inquietude e agitação no leito que pude verificar após a primeira vez que tomei estas medidas, adotando esta intervenção. A contínua estimulação, associada à imobilidade e permanência no leito foram relatadas por um cliente (que esteve sob VMI, mas sem sedação) como sensações desagradáveis e potenciadoras da ansiedade. Em contexto de SU, estas variáveis foram de difícil gestão, tendo em conta o afluxo, dimensão e rotatividade características, mas permitiu-me aferir o quão estes fatores são potenciadores deste sintoma.

Retiro do exercício clínico que a pertinência das referidas intervenções, no domínio autónomo e do foro não farmacológico demonstra-se através da gestão efetiva deste sintoma, o que se traduz em qualidade dos cuidados de Enfermagem. No meu percurso **reuni-me com uma perita na área da Teoria de Gestão de Sintomas**, de forma a clarificar a minha perceção acerca do referencial teórico e suas variáveis, obtendo contributos essenciais que permitiram delinear intervenções

especializadas que potenciaram a minha aprendizagem. A gestão de sintomas assumiu uma preocupação central no processo de aquisição de competências, tendo por base que na sua essência, constitui um dos *outcomes* resultantes das intervenções de Enfermagem (no domínio autónomo, interdependente e dependente), pelo que a sua vigilância e monitorização se constituem como promotores da segurança e portanto da qualidade e efetividade dos cuidados.

Objetivo 5. Desenvolver competências na área da promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório.

No âmbito do estágio em SU pude intervir no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, particularmente instável a nível cardíaco e respiratório, para realização de um exame complementar de diagnóstico não disponível no hospital. Tive a oportunidade de perceber que a instabilidade característica da Pessoa em Situação Crítica constitui um elemento dificultador do transporte, tendo em conta a possibilidade eminente do agravamento do seu estado. Assim, a antecipação e previsão de complicações é fulcral. Depreendi que o chefe de equipa define o elemento da equipa que efetua o transporte, habitualmente tendo em conta o nível de experiência. Planeei, em conjunto com a enfermeira de forma sistemática o transporte, procurando previamente a maior estabilização possível do cliente, avaliando o risco do transporte que determina os profissionais que o tripulam, bem como o nível de monitorização, equipamento e terapêutica necessária (testado e com segurança garantida), tendo por base a “Escala de *score* de risco de transporte” elaborada em 2008 pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), bem como o “Algoritmo de decisão para transporte de doentes críticos” existente no serviço. É comunicado sempre que possível ao cliente e família o planeado, procurando transmitir informação de forma sucinta e clara.

A vigilância, como intervenção de Enfermagem estabelecida na *Nursing Intervention Classification* e definida no anterior capítulo assumiu uma preocupação constante na minha intervenção junto da Pessoa em Situação Crítica. Efetivamente, em contexto de estágio e tendo em conta a complexidade inerente ao cuidado à Pessoa em Situação Crítica, procurei detetar prontamente mudanças subtis no

estado geral do cliente e ainda monitorizar e gerir adequadamente sintomas. Procurei estar junto do cliente e sempre que possível da família, demonstrando disponibilidade e proximidade, de forma a transmitir segurança. Defini alarmes de monitor adequados à situação clínica, bem como a frequência de avaliação e registo. Em cada posicionamento e sempre que necessário efetuei uma vigilância da integridade cutânea e eventuais alterações da perfusão, de forma a prevenir úlceras por pressão e ainda lesões potenciais provocadas pela presença de dispositivos invasivos. A documentação através dos registos de Enfermagem destes indicadores traduz-se, de acordo com o depreendido na prática, num importante discriminador das intervenções realizadas, constituindo-se essencial na perceção da evolução da situação clínica e ainda na valorização das intervenções autónomas de Enfermagem.

No âmbito do **IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Pedreira (2017), através do painel “ Avaliação da cultura de segurança de doente em Enfermeiros da Cuidados Intensivos do Hospital β ”, refere, que a segurança constitui-se um direito e dever de todos e que deverá ser nossa preocupação a redução dos riscos e danos para um mínimo aceitável, tendo em conta que cerca de 50% dos eventos adversos seriam evitáveis. O conceito de cultura de segurança dos clientes assume-se assim como uma forma de estar individual, algo dinâmico, assente num bom modelo de gestão e uma prioridade. A comunicação e transmissão de informação são importantes fatores contributivos para esta temática, considerando que a documentação da informação de forma correta e efetiva constitui-se um instrumento de trabalho eficaz e um elemento contributivo para a cultura de segurança. Em contexto de SU, a transmissão de informação em momento de passagem de turno tem por base a metodologia ISBAR, I (*Identify*-Identificação), S (*Situation*-Situação atual), B (*Background*- Antecedentes), A (*Assessment*- Avaliação) e R (*Recommendation*- Recomendações), estando de acordo com a norma emanada pela DGS, referente a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”.

Security Enhancement , com tradução aproximada para aperfeiçoamento da segurança, é uma das intervenções de Enfermagem descritas na *Nursing Interventions Classification* e define-se como intensificação da sensação de segurança física e psicológica do cliente (Bulechek et al., 2013). Em ambos os contextos de estágio procurei ser um elemento facilitador da promoção da segurança, nomeadamente na garantia de percepção de segurança por parte do cliente e família. Para tal, no âmbito da minha intervenção de Enfermagem permaneci sempre que possível junto do cliente e família, de forma a proporcionar e transmitir disponibilidade e segurança, nomeadamente durante períodos potencialmente de maior ansiedade, como procedimentos invasivos ou instituição de outros tratamentos, realizando neste momento intervenções não farmacológicas promotoras da redução da ansiedade como explicação do procedimento à diáde, incluindo sensações potencialmente esperadas, controle de estímulos ambientais, nomeadamente ruído e luz, se possível e encorajando a família a permanecer com o cliente.

Em contexto de UCI adquirei competências na intervenção junto da Pessoa em Situação Crítica sob protocolos terapêuticos complexos, garantindo a segurança na administração terapêutica e vigilância hemodinâmica, nomeadamente de vasopressores, sedativos e analgésicos e ainda especificamente na administração de protocolos de imunoglobulina humana e outros hemoderivados, no contexto de doença hematológica aguda em situação de doença crítica. De forma a subsidiar e fundamentar a minha prática, **frequentei o curso “ Farmacologia de Urgência e Emergência para Enfermeiros”**. A administração de terapêutica constitui-se como uma matéria importante no que toca às questões da segurança, uma vez que o enfermeiro deverá ter em conta princípios basilares que incluem o conhecimento da legislação/regulamentação vigentes, bem como conhecimento técnico acerca do fármaco, nomeadamente principio ativo, características farmacocinéticas, interações medicamentosas e alimentares, posologia, vias de administração e efeitos adversos potenciais. Os protocolos são, de acordo com Benner (2001,p.201), “diretivas visando obter cuidados de qualidade que podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados.”

Em ambos os contextos de estágio a terapêutica farmacológica encontra-se armazenada em sistemas de fornecimento automatizados, cuja reposição fica a cargo da farmácia hospitalar e é efetuada diariamente. Esta metodologia torna a manipulação e administração terapêutica mais segura, tendo em conta que o acesso a este sistema exige credencias intransmissíveis. Pratica-se também uma dupla confirmação da identificação do cliente (nome, número de processo e data de nascimento) no sistema informático e no próprio sistema de fornecimento, o que reduz a margem de erro. Benner (2001) considera que o enfermeiro perito assume uma intervenção fulcral na administração terapêutica, como garantia da segurança e evolução positiva no processo de cura, acautelando potenciais efeitos adversos e vigiando a resposta ao tratamento.

Objetivo 6. Realizar intervenções terapêuticas de Enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção no cuidado à Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde, “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direcção-Geral da Saúde, 2007,p.4).

No âmbito **do IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, que decorreu em Braga em Janeiro de 2017, Patricia Pontífice Sousa & Carla Colaço (2017), com a comunicação “Dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares: revisão integrativa”, reconhecem as IACS como uma preocupação mundial de elevada importância, na medida em que comprometem a qualidade de vida. A baixa adesão a medidas de prevenção por parte dos profissionais de saúde leva a que o controlo de infeção assumam um enfoque fulcral no que diz respeito à segurança do doente. De acordo com a OMS, “um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos” (Direcção-Geral da Saúde, 2007,p.6).

Preconizei, no decorrer do estágio em UCI, conhecer e aplicar procedimentos e *bundles* do serviço, agindo em conformidade com os mesmos, tendo em conta os projetos existentes no serviço e as funções desempenhadas pelos elos de ligação, nomeadamente realização de auditorias, reuniões da comissão, divulgação de resultados semanalmente à equipa multidisciplinar, formação contínua e apresentação de procedimentos adotados pelo Centro Hospitalar. Peres (2017) considera, na sua intervenção no âmbito de **IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, que as *bundles* são feixes de intervenção, baseados em intervenções comprovadas na evidência, cujas componentes têm de ser cumpridas na sua totalidade, para que haja sucesso. No âmbito do controlo de infeção, reforça que se traduz em melhoria dos *outcomes*, nomeadamente ao tornar os cuidados mais seguros, baseados na evidência.

Ao longo do estágio procurei, no sentido de intervir na prevenção e controlo de infeção, consultar e mobilizar na minha intervenção junto da Pessoa em Situação Crítica, o documento *Surviving Sepsis Campaign:International Guidelines for Management of Severe Sepsis Shock:2012*. Recentemente foram publicadas as novas *guidelines* (Março de 2017), contribuindo desta forma para a atualização contínua da melhor evidência, a par com a prática.

Concomitantemente, tomei conhecimento das auditorias efetuadas, analisando os dados em conjunto com uma perita na área do controlo da infeção, cumprindo procedimentos e respeitando as *bundles* instituídas pela Comissão de Controlo de Infeção a nível hospitalar, referentes à prevenção da pneumonia associada à intubação, algaliação e manipulação de catéter venoso central. Tive oportunidade de acompanhar em alguns turnos o elo de ligação da Comissão de Controlo de Infeção no serviço, em contexto de prestação de cuidados, como elemento proactivo para a sensibilização, permitindo-me assim desenvolver competências neste âmbito, nomeadamente no rigoroso cumprimento da adequada lavagem das mãos, bem como da utilização assídua da solução alcoólica antisséptica em cada unidade, como quebra na cadeia de transmissão e ainda a utilização de forma descartável dos equipamentos de proteção individual (avental, máscara e luvas).

Em contexto da prática e tendo por base as orientações da Comissão de Controlo de Infeção, depreendi igualmente que cuidados específicos junto do cliente submetido a VMI, tanto em contexto de UCI como de SU, como a avaliação da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal uma vez por turno, bem como a manutenção da pressão adequada, a higiene oral com solução de clorexidina e a manutenção da cabeceira entre 30-45° são medidas adjuvantes na prevenção da PAV. Frequentei ainda uma **sessão temática** no Centro Hospitalar subordinada ao tema **“Pneumonia Associada ao Ventilador”**, junto de peritos na área, o que me permitiu uma atualização acerca da evidência mais recente, nomeadamente no que se refere à terapêutica antimicrobiana. Boev & Xia (2015) consideram, que em contexto de UCI, uma maior proporção de enfermeiros especialistas está associada a menor incidência de PAV. Estas atividades contribuíram assim para o desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo de infeção no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente com compromisso respiratório.

Objetivo 7. Divulgar o conhecimento científico e técnico da prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, perante a comunidade científica

Ainda no âmbito do estágio em UCI e sob a orientação da enfermeira orientadora emergiu dentro da equipa de Enfermagem a pertinência de abordar, em momento formativo, os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob monitorização hemodinâmica invasiva, considerando método de vigilância efetivo, subsidiando a segurança dos cuidados. Assim, em concordância com a professora orientadora, construí, tendo por base a evidência científica encontrada, um suporte para apresentação, subordinado ao tema “Monitorização Hemodinâmica Invasiva: cuidados de Enfermagem” (Apêndice I a), apresentado de acordo com o explicitado no plano de sessão (Apêndice I b). Foi solicitado aos participantes (5 enfermeiros do serviço, a enfermeira orientadora e professora orientadora e 1 estudante de Enfermagem), *feedback* oralmente acerca da sua pertinência, considerando a temática de elevada pertinência e uma importante adjuvante na revisão de conceitos fulcrais da prática diária.

No que se refere à organização dos cuidados especializados, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, preconiza “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada;” (Ordem dos Enfermeiros, 2015,p.7). Benner (2001,p.33), revisitando o seu trabalho em parceria com Benner, R. (1979) considera que apesar de “nem todo o conhecimento inerente à perícia poder ser apresentado em proposições teóricas”. A autora considera no entanto possível “descrever as intenções, as previsões, os significados e os resultados que caracterizam a prática perita.” (Benner, 2001,p.33)

No âmbito do **IV Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico- Cirúrgica** realizado em Braga, subordinado ao tema “Gente que cuida de gente em contexto da prática especializada”, foram divulgados e apresentados dois pósteres: o primeiro subordinado à temática “As intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da pessoa em situação crítica com compromisso respiratório” (Ferreira & Mendes, 2017) (Apêndice III a) e o segundo subordinado à temática “Promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e família em situação crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem” (Santos, Ferreira, Capelo, & Mendes, 2017) (Apêndice III b). A divulgação do conhecimento científico adquirido com base na evidência científica, em articulação com a prática e sua reflexão em contexto diário, constituíram um importante marco no processo de aquisição de competências e portanto uma evolução positiva no decorrer do meu percurso.

Em apêndice encontram-se ainda os relatórios referentes às conferências frequentadas e referidas ao longo do Relatório, ressaltando o contributo das comunicações para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências (Apêndice V).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto de cuidados de saúde, a capacitação dos profissionais no âmbito especializado das suas competências assume-se fulcral, numa época em que caminhamos a passos largos para a evidência da qualidade e efetividade dos cuidados com base nas intervenções de Enfermagem e na sua adequada documentação, nomeadamente no que se refere ao domínio autónomo e interdependente, em relação com a obtenção de resultados específicos.

As situações de doença crítica que potenciam a necessidade de cuidado especializado desafiam o enfermeiro a desenvolver competências que adequem o seu cuidado, especificamente no que diz respeito à capacidade de “predizer uma alteração do estado clínico (conceito de *clinical forethought*), preparando o ambiente através da antecipação de eventuais alterações” (Benner, Kyriakidis, & Daphne Stannard, 2011,p.71).

Na sua especificidade, a Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório constitui-se cliente de Enfermagem, devido à alteração ou potencial alteração de funções vitais, relacionada com as questões de ventilação e respiração. Estabelecido o diagnóstico de Enfermagem, são planeadas intervenções no domínio autónomo, interdependente e dependente, nomeadamente no âmbito da gestão de sintomas (dor, dispneia e ansiedade) e promoção da segurança (vigilância, monitorização), que subsidiem resultados específicos (controlo de sintomas, ausência de complicações, capacidades funcionais e de autocuidado, conhecimento da doença e do tratamento e a satisfação com os cuidados).

A experiência de sintoma assume um importante papel no processo de saúde-doença, constituindo frequentemente um motivo de procura de cuidados de saúde. A consciencialização dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, associada à formação e pesquisa de evidência científica dota os prestadores de cuidados de estratégias que induzam à prevenção, antecipação ou diminuição dos sintomas.

Depreendi, ao longo do percurso que dada a subjetividade característica do sintoma, a sua gestão em contexto de doença crítica, torna-se mais desafiante mas indubitavelmente premente. A situação de doença crítica associada à alteração do

padrão respiratório, bem como a exposição a procedimentos invasivos, a imobilidade, a estimulação excessiva constituem-se alguns exemplos de atitudes necessárias mas que potenciam sintomas como dor, dispneia e ansiedade. Neste sentido, a vigilância e monitorização, como atitudes promotoras da segurança constituem-se intervenções de Enfermagem facilitadoras da gestão de sintomas, subsidiando portanto a qualidade e efetividade, na medida em que se constituem resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Benner (2001) considera que apesar de a teoria oferecer explicitação e formalização, a prática caracteriza-se por maior complexidade e fonte de maior aprendizagem. A realização de estágio constituiu-se essencial. O contexto prático permitiu-me adquirir e desenvolver as competências preconizadas em projeto de estágio, através das atividades perspectivadas, de forma a responder aos objetivos estabelecidos. *In loco* senti a necessidade de especificar algumas competências a desenvolver, com base na riqueza e complexidade dos campos de estágio. Os contextos constituíram-se assim auxiliares importantes em todo o processo, não só pela possibilidade de intervir de forma especializada junto da Pessoa em Situação Crítica e sua família, mas também pela oportunidade de contactar e de ser orientada por enfermeiros peritos em áreas temáticas atuais, que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento. A vivência de situações na prática levou-me a refletir na e sobre a ação, dotando-me assim de consciência crítica.

Assistir a conferências dentro da área temática da Pessoa em Situação Crítica trouxe um importante contributo no que se refere à atualização da evidência, em conjunto com o conhecimento e experiência prática dos palestrantes. Estes momentos constituíram-se também momentos de reflexão, debate e partilha de realidades, de forma enriquecedora. Tão pertinente como assistir e absorver, divulgar, partilhar e sensibilizar é também fundamental, trazendo igualmente ganhos, pelo que apresentei e divulguei através de dois pósteres (elaborados em colaboração com colegas e com a Professora Doutora Anabela Mendes) o conhecimento especializado adquirido com base na evidência.

Recorri aos conhecimentos adquiridos no âmbito das unidades curriculares, ao referencial teórico e pesquisa constante da evidência científica mais atual, como subsídio à prestação direta de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

Em cada contexto de estágio foi-me dado espaço à reflexão, exposição de dúvidas e dificuldades, facilitando o processo de aprendizagem. De referir que a ausência de experiência profissional em UCI / SU tornou o meu percurso de consecução dos objetivos mais desafiante, no entanto possível.

Tendo por base o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República no ano de 2011, desenvolvi, no âmbito do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, intervenções de Enfermagem junto da Pessoa em Situação Crítica em situação emergente, na antecipação de instabilidade e falência orgânica, participei na gestão de protocolos terapêuticos complexos e geri de forma diferenciada a dor, otimizando o seu bem-estar. Desenvolvi competências na prevenção e controlo de infeção na minha intervenção perante a Pessoa em Situação Crítica e competências de carácter geral no domínio da gestão e promoção da qualidade dos cuidados. Desenvolvi ainda intervenções especializadas e estabeleci uma relação terapêutica, fundamentada em competências de comunicação interpessoal, no âmbito da assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e tendo em conta a complexidade por que este contexto se pauta.

Recordando Benner, na sua aplicação do Modelo de Dreyfus à Enfermagem ao definir níveis de competência de iniciado a perito, depreendo que as atividades realizadas ao longo do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, bem como a implementação de Intervenções Especializadas de Enfermagem no âmbito do cuidado à Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório constituíram um importante contributo para o alcance do nível de perito na área da gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório. Considero ainda ter atingido o nível de proficiente em outras áreas de intervenção à Pessoa em Situação Crítica e sua família. Esta consciencialização impulsiona-me a estabelecer esta etapa como um ponto de partida, num processo que se pretende contínuo, estabelecido na prática e suportado na teoria.

A orientação tutorial da Professora Doutora Anabela Mendes impulsionou o meu crescimento e inquietou-me para o mais essencial, permitindo-me superar as

minhas expectativas. O encaminhamento e as ferramentas dadas perante a dificuldade revelaram-se fundamentais em todo o processo.

Em suma, a elaboração do Relatório traduziu-se na possibilidade de descrever o percurso realizado, analisando e refletindo criticamente acerca da minha intervenção. Indubitavelmente o processo reflexivo revelou-se exigente, bem como a sua transmissão para a escrita e incorporação no Relatório. Este exercício de grande dedicação assume-se assim fundamental na essência do desenvolvimento de competências pretendido na globalidade do Curso de Mestrado, bem como na persecução do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica. Da sua elaboração emergiram as competências adquiridas e desenvolvidas, no âmbito da intervenção especializada à Pessoa em Situação Crítica. Sendo este um processo contínuo, pretendo que o meu desenvolvimento profissional baseado na intervenção especializada se continue a pautar pelo contributo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adiyeke, E., Ozgultekin, A., Turan, G., Iskender, A., Canpolat, G., Pektaş, A., & Ekinci, O. (2016). Ventilação mecânica não invasiva após desmame bem-sucedido: uma comparação com a máscara de Venturi. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 66(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.11.006>
- Alves, A. P. L. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1199>
- Alves, M. (2015). *Fim De Vida Em Cuidados Intensivos: a(S) Prática(S) Dos Profissionais De Saúde*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Amaral, A. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem: modelos de análise. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, N.º 21(February 2010), 96–105.
- Amaral, A., Ferreira, P., Cardoso, M. L., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 757–770.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13, 11–18.
- 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. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Daphne Stannard. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2nd editio). New York: Springer Publishing Company.
- Boev, C., & Xia, Y. (2015). Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical Care Nurse*, 35(2), 66–72. <https://doi.org/10.4037/ccn2015809>
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3(December), 563–567. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Sixth Edit). Oxford: Elsevier Mosby.

- Callaham, B. (2015). *Nursing: A Concept-Based Approach to Learning*. (l. Pearson Education, Ed.) (2 ed Vol.1). New Jersey.
- Caple, C. (2015). Mechanical Ventilation : Facilitating Patient Communication. *NURSING PRACTICE & SKILL*.
- Chlan, L. (2016). Engaging critically ill patients in symptom management: thinking outside the box! *American Journal of Critical Care*, 25(4), 293–301.
- David Peres. (2017). Infecções por microorganismos multirresistentes- Controle por Bundles. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.
- Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. Procede à publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). Portugal.
- DGS. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR (PENPCDor) (2014).
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, 20. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676.
- Dornelles, C., Oliveira, G. B. De, Schwonke, C. R. G. B., & Silva, R. de S. (2012). Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Esc Anna Nery*, 16(4), 796–801. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400022>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Procede à publicação da estrutura curricular e plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, Diário da República 2.ª série, N.º 17 (24/01/2014) 2548–2549 (2014). Portugal.
- Fernando Alves. (2017). Avaliação da dor no doente crítico. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.
- Ferreira, S., & Mendes, A. (2017). As intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da pessoa em situação crítica com compromisso respiratório. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Braga.

- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV(4), 655–667. [https://doi.org/10.1016/S2173-5115\(09\)70139-3](https://doi.org/10.1016/S2173-5115(09)70139-3)
- Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical Care Units. *Critical Care Nurse*, 32(2), 9–18.
- Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. F. (2011). Overview of mechanical ventilatory support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2011595>
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
- Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um Programa de Enfermagem na Gestão de Sintomas e na Adesão À Terapêutica Anti-retrovírica da Pessoa Adulta com Infecção VIH/SIDA: Construção de uma Problemática. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 30–38.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurse`s roles in health care. *Nursing Economics*, 16, 58–87.
- Jones, T. L. (2011). A Retrospective Exploration of Patient-Ventilator Monitoring Intensity, Therapeutic Intervention Intensity, and Compliance with Lung Protective Guidelines in a Cohort of Patients with Adult Respiratory Distress Syndrome. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(1), 40–50. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00183.x>
- Lasiter, S. (2011). Older adults’ perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2649–2657. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05714.x>
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., ... Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 356(5), 469–78. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
- Leite, L. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados– Perspectiva do Conselho de Enfermagem. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*.
- Manuel Pedreira. (2017). Avaliação da cultura de segurança de doente em Enfermeiros

- da Cuidados Intensivos do Hospital β . In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Braga.
- Marlene Monteiro. (2017). Unidades de Dor Aguda. Que futuro? In *24ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta*. Lisboa.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos - Desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*, 20(1), 1–23.
- Ministério da Saúde. Procede à publicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Pub. L. No. Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015 (2015). Portugal: Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- NANDA Internacional. (2014). *NURSING DIAGNOSES Definitions and Classification 2015-2017*. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (Tenth Edit). Oxford: Wiley Blackwell.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Procede à publicação do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.
- Ordem dos Enfermeiros. Procede à publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Portugal.
- Passos, E., & Castilho, V. G. (2000). Papel da enfermagem na assistência ao paciente em ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 26 (Supl 2(II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica), S27–S34.
- Patricia Pontífice Sousa, & Carla Colaço. (2017). Dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares: revisão integrativa. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

Braga.

- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor- Resultados. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 1–43. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Puntillo, K., Neuhaus, J., Arai, S., Paul, S., Gropper, M., Cohen, N., & Miaskowski, C. (2013). Challenge of assessing symptoms in seriously ill intensive care unit patients: can proxy reporters help? *Critical Care Medicine*, 40(10), 2760–2767. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31825b94d8>.Challenge
- Puntillo, K., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, 37(6), 466–75. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>
- Randen, I., Lerdal, A., & Bjørk, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 176–186. <https://doi.org/10.1111/nicc.12012>
- Santos, M., Ferreira, S., Capelo, S., & Mendes, A. (2017). Promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e família em situação crítica: uma intervenção especializada de enfermagem. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Braga.
- Sérgio Deodato. (2016). Desafios éticos na atualidade. In *I Congresso da Secção Regional do Sul. Ser Enfermeiro em Contextos de Mudança*. Cascais.
- Sidani, S. (2001). Symptom Management. In *Invitational Symposium-Nursing Health Outcomes Project* (pp. 51–52). Toronto.
- Sidani, S., Diane, M., & Mitchell, P. H. (2004). Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60–65.
- Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Slone, D. S. (2004). Nutritional support of the critically ill and injured patient. *Critical Care Clinics*, 20(1), 135–157. [https://doi.org/10.1016/S0749-0704\(03\)00093-9](https://doi.org/10.1016/S0749-0704(03)00093-9)
- Teixeira, J., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Referência*, 10, 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 19–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2011653>

- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan`s Enfermagem de Cuidados Intensivos Diagnóstico e Intervenção*. (Lusodidacta, Ed.) (5ª Edição). Loures.
- Ventura, V., Viana, C., Maia, L., Basílio, M. J., Oliveira, A., Sobrinho, J., & Melo, R. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19–23.
- White, P., Pringle, D., Doran, D., & Hall, L. (2005). The Nursing and Health Outcomes Project. *The Canadian Nurse*, 101(9), 14–18.

APÊNDICES

Apêndice I- Sessão de formação

Apêndice I a: Diapositivos - Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem



Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Sandra Ferreira

Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

Orientador ESEL: Professora Doutora Anabela Mendes

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Lisboa, 22 de Novembro de 2016



Objetivos

- Demonstrar a importância da vigilância e monitorização hemodinâmica invasiva da Pessoa em Situação Crítica, garantindo a sua segurança
- Identificar cuidados de Enfermagem associados à Monitorização Hemodinâmica Invasiva
- Enumerar alterações e fatores interferentes na Monitorização Hemodinâmica Invasiva

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Sumário

- ▶ Pessoa em Situação Crítica/Vigilância e segurança da Pessoa em Situação Crítica
- ▶ Conceito de Monitorização Hemodinâmica Invasiva
- ▶ Monitorização da pressão arterial invasiva:
 - ▶ Metodologia
 - ▶ Indicações / Riscos e complicações
 - ▶ Ondas de pressão arterial / alterações
 - ▶ Cuidados de Enfermagem
- ▶ Monitorização da Pressão Venosa Central (PVC):
 - ▶ Metodologia
 - ▶ Onda de PVC / Fatores interferentes
 - ▶ Cuidados de Enfermagem
- ▶ Síntese
- ▶ Referências Bibliográficas

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

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**" (Regulamento n.º124/2011).



Fonte: <http://www.iespe.com.br/blog/exercicio-fisico-na-uti/>

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Vigilância e segurança da Pessoa em Situação

Crítica

Worldviews Evid Based Nurs. 2011 Mar;8(1):40-50. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00183.x.

A retrospective exploration of patient-ventilator monitoring intensity, therapeutic intervention intensity, and compliance with lung protective guidelines in a cohort of patients with adult respiratory distress syndrome.

Jones TL¹.

- Foram estabelecidas evidências preliminares de relação positiva entre monitorização, gravidade da doença e intervenção terapêutica estabelecida. Assim, são recomendadas *guidelines* que padronizem algumas intervenções, bem como **frequência das avaliações**, nomeadamente avaliação corporal completa a cada 4 horas e de sinais vitais no mínimo de 2/2 horas. (Jones, 2011, p.42)
- Os autores consideram a **monitorização contínua do cliente uma intervenção terapêutica de Enfermagem.**

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Monitorização Hemodinâmica Invasiva

Em contexto de UCI

- Cabe ao profissional escolher o **método mais correto e fiável de monitorização**, garantindo desta forma a validade da informação, acerca do estado hemodinâmico do doente.

Segurança

Como?

- Interpretar a morfologia das ondas
- Certificar-se da permeabilidade e calibragem do sistema
- Cumprir procedimentos assépticos na manipulação do sistema
- Avaliar e interpretar rigorosamente os resultados obtidos, adequando o cuidado à realidade do doente

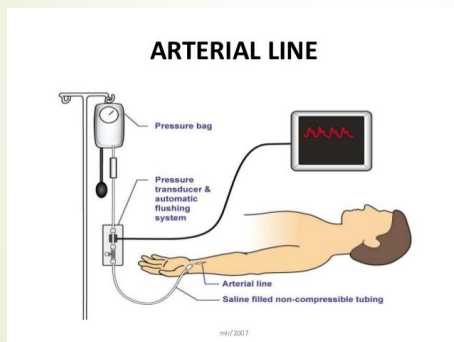
Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Monitorização da pressão arterial invasiva

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Monitorização pressão arterial invasiva

Metodologia



Fonte: <http://www.slideshare.net/gaimekhafi1/review-of-hemodynamic-monitoring>

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

- Introdução de cateter numa artéria (radial, umeral, femoral, pediosa), ligando-o a um sistema de fluxo de alta pressão (300 mmHg)

Objetivo:

- Monitorização contínua da pressão arterial, rápido acesso para gasimetria arterial / amostras de sangue

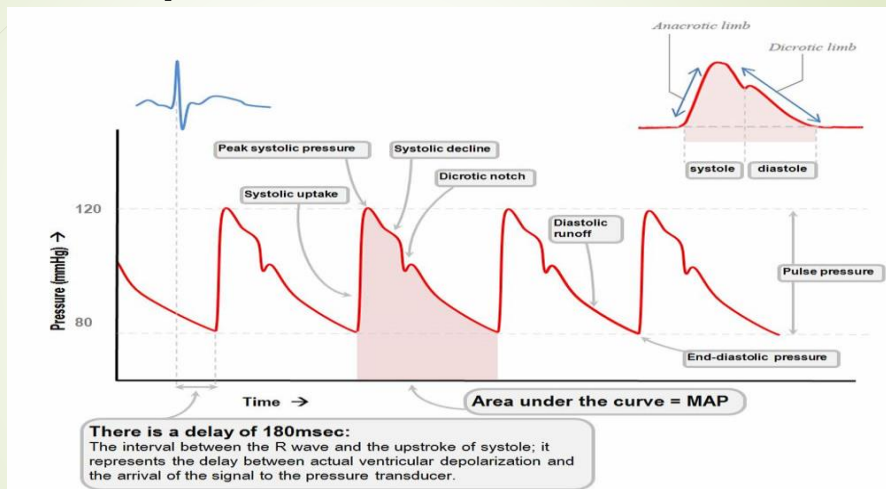
Indicações

- Doentes em Choque
- Doentes com perfusão de vasopressores
- Insuficiência respiratória grave
- Hipo / hipertensão grave
- Grandes cirurgias
- Vasoconstrição periférica
- Comprometimento vascular / fístulas arteriovenosas
- Desconexão e hemorragia
- Injeção acidental de medicamentos
- Necrose e gangrena das extremidades
- Fenómenos embólicos distais e proximais

Riscos

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

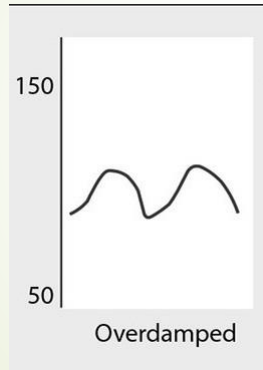
Ondas pressão arterial



Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Fonte: <http://www.derangedphysiology.com/main/core-topics-intensive-care/haemodynamic-monitoring/Chapter%201.1.5/normal-arterial-line-waveforms>

Alteração na configuração das ondas

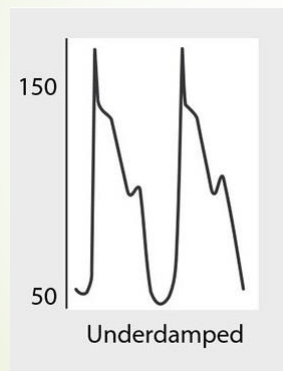


► Traçado achatado (*overdamped*):

- Perda de pressão na bolsa
- Ar no transdutor ou em alguma parte do sistema
- Posição incorreta do membro
- Torneira fechada para o doente ou transdutor

Fonte: https://journals.viamedica.pl/anaesthesiology_intensive_care/article/view/AIT.a2014.0068/29022

Alteração na configuração das ondas



► Onda de pico de pressão sistólica apiculada (*underdamped*):

- Perda de calibração do transdutor

Fonte: https://journals.viamedica.pl/anaesthesiology_intensive_care/article/view/AIT.a2014.0068/29022

Alteração na configuração das ondas



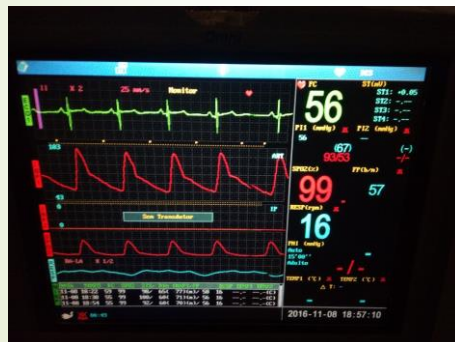
Fonte: <https://experienciasdeumtecnicodeenfermagem.wordpress.com/interpretando-aritmias-cardiacas/>

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

■ Ausência de onda:

- Torneira fechada para o doente / transdutor
- Desconexão do cateter ou do cabo do transdutor ao monitor
- Assístolia

Exemplos no monitor



Configuração adequada

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem



Underdamped



Cuidados de Enfermagem

- Manter penso limpo e seco, utilizando **técnica asséptica** na manipulação (ex: colheita sangue para análise, gasimetria)
- Garantir bom funcionamento ao longo do turno, ajustando o posicionamento do membro quando necessário
- Verificar pressão da manga – 300 mmHg – uma vez por turno ou sempre que se verificarem alterações no traçado
- Efetuar 'flush' do sistema uma vez turno ou sempre que necessário

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem



Cuidados de Enfermagem

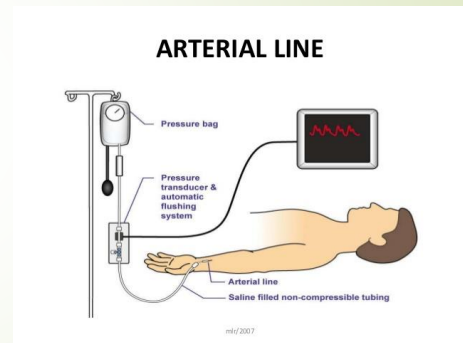
- Verificar se todas as conexões se encontram bem adaptadas e retirar bolhas de ar do sistema
- Evitar o depósito de sangue, efetuando a 'lavagem' da torneira e do sistema após cada manipulação
- Se cateter obstruído não injetar soro fisiológico sob pressão, pelo risco de libertação de coágulos
- Manter apenas durante o tempo necessário (ideal 48 h – 4 / 5 dias) e enquanto permeável

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Enfermagem

- ▶ Calibrar a LA a cada posicionamento do doente, efetuando o zero do sistema:
 - ▶ Manter o transdutor ao nível da linha média axilar (3º espaço intercostal)
 - ▶ Em decúbito dorsal/ ângulo máximo de 40°

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem



Fonte: <http://www.slideshare.net/galmekhlafi1/review-of-hemodynamic-monitoring>

Monitorização da pressão venosa central

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Monitorização da Pressão Venosa Central (PVC)



VS



Fonte: <http://enfermagem-a-arte-de-cuidar.blogspot.pt/2015/08/pressao-venosa-centralpvc.html>

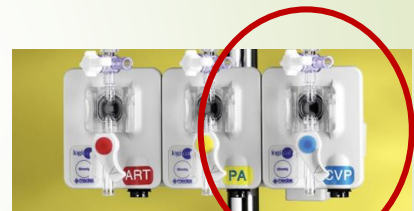
Fonte: <http://saudeexperts.com.br/pvc-pressao-venosa-central/>

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Metodologia

Através de :

- **Cateter Venoso Central ligado a transdutor**
- Manómetro de água
- Cateter da artéria pulmonar (Swan-ganz)



Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Pressão Venosa Central

- Reflete a **capacidade de enchimento do ventrículo direito no final da diástole**
- Valores normais: 3 a 8 mmHg (FCCS,2008)
- Doentes em sepsis e ventilados valor ideal: 12- 15 mmHg (Dellinger, Levy, & Rhodes, 2013,p.589)
- Mais importante do que um valor isolado é conhecer a tendência do doente e associar outros parâmetros :
 - balanço hídrico
 - preenchimento da veia cava avaliado por ecografia

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Onda de PVC

Onda a: contração arterial direita (onda P ECG)

Onda c: encerramento da válvula tricúspide (após complexo QRS no ECG)

Onda v: preenchimento sanguíneo auricular , com encerramento da válvula mitral (após onda T no ECG)



Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Fonte:<http://www.hsp.epm.br/denf/NIEn/hemodinamica/pag/interpretacaopvc.htm>

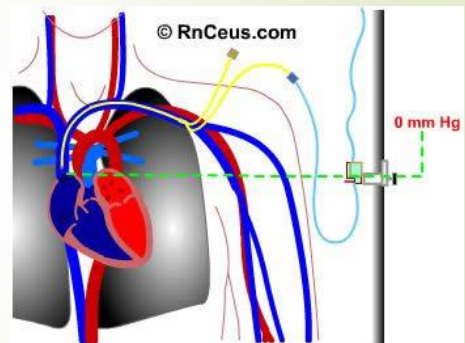
Cuidados de Enfermagem

- Utilização de técnica asséptica, na manipulação do sistema
 - Retirar bolhas de ar existentes
 - Manter a pressão na manga a 300 mmHg
 - Conectar sistema de PVC no lúmen distal do CVC
- **Avaliação da PVC:**
 - Doente em posição anatômica: decúbito dorsal, braços ao longo do corpo, sem almofadas
 - Efetuar a calibração do sistema
 - Avaliar valor da PVC no final da expiração

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Fatores interferentes

- Alteração do posicionamento, nomeadamente do zero de referência
- Ventilação mecânica com pressão inspiratória /PEEP » ↓ do retorno venoso » alteração níveis PVC
- Calibração inadequada do transdutor



Fonte: <http://www.rnceus.com/hemo/cvp.htm>

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Síntese

- A sobrevivência da PSC depende de **meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica**
- Monitorização contínua do cliente: **intervenção terapêutica de Enfermagem** pelo *Nursing Intervention Classification System*
- Escolha do método mais correto e fiável de monitorização garante a validade da informação acerca do estado hemodinâmico do doente.
- Interpretação de resultados obtidos tendo por base o contexto clínico atual de cada doente
- Manutenção dos meios de monitorização invasiva apenas durante o tempo necessário e enquanto funcionantes

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem


Referências Bibliográficas

- Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 44–54. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11606>
- Dellinger, R., Levy, M., & Rhodes, A. (2013). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care ...*, 41 (2), 580–637. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827e83af>
- FCCS- Fundamental Critical Care Support. (2008) (Fourth edition, p. Apêndice 9). Society of Critical Care Medicine.
- Jones, T. L. (2011). A Retrospective Exploration of Patient-Ventilator Monitoring Intensity, Therapeutic Intervention Intensity, and Compliance with Lung Protective Guidelines in a Cohort of Patients with Adult Respiratory Distress Syndrome. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(1), 40–50. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00183.x>
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Procede à publicação do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657

Monitorização Hemodinâmica Invasiva: Cuidados de Enfermagem

Apêndice I b: Plano de sessão “Monitorização Hemodinâmica Invasiva:
Cuidados de Enfermagem”

Plano de Sessão

Formadora: Sandra Ferreira		Local: Unidade Cuidados Intensivos			
Duração total: 30 minutos					
Objetivos Específicos	Atividades / Conteúdos		Métodos Pedagógicos	Técnicas Pedagógicas	RD / Materiais
<p>No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância da vigilância e monitorização hemodinâmica invasiva da PSC, garantindo a sua segurança Identificar cuidados de Enfermagem associados à Monitorização Hemodinâmica Invasiva Enumerar alterações e fatores interferentes na Monitorização Hemodinâmica Invasiva 	<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> Saudação Comunicação do tema e sumário de apresentação Comunicação dos objetivos 	5 min	Método expositivo	Exposição dialogada	Computador e Videoprojetor
	<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> Pessoa em Situação Crítica/Vigilância e segurança da Pessoa em Situação Crítica Conceito de Monitorização Hemodinâmica Invasiva Monitorização da pressão arterial invasiva: <ul style="list-style-type: none"> Metodologia Indicações / Riscos e complicações Ondas de pressão arterial / alterações Cuidados de Enfermagem Monitorização da Pressão Venosa Central (PVC): <ul style="list-style-type: none"> Metodologia Onda de PVC / Fatores interferentes Cuidados de Enfermagem 	20 min	Método expositivo, interrogativo e ativo	Exposição dialogada e técnica das perguntas	
	<p>Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> Síntese Encerramento de sessão 	5 min	Exposição dialogada	Exposição dialogada e técnica das perguntas	

Apêndice II- Fundamentação teórica para proposta de norma “Intervenções de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica com queimadura da via aérea, face e pescoço”

- Intervenção especializada de Enfermagem ao cliente com queimadura da via aérea / face e pescoço -

O tratamento de clientes em situação de doença crítica no contexto de queimadura tem-se demonstrado desafiante. A mortalidade perante este tipo de acontecimentos melhorou nas últimas décadas, devido a uma melhor compreensão da fisiopatologia do choque por queimaduras, à gestão cirúrgica, ao controlo das infeções e ao apoio nutricional. De fato, uma ressuscitação mais agressiva, cirurgias precoces, bem como o uso judicioso de antibióticos tópicos e o aporte nutricional adequado de calorias e proteínas são fundamentais para alcançar os melhores resultados de sobrevivência (Lorente & Amaya-Villar, 2016,p.46).

1. Queimadura da via aérea

Ansermino & Hemsley, 2004, p.220 referem que a fisiopatologia das queimaduras nas vias aéreas é altamente variável, dependendo do ambiente da queimadura e dos produtos de combustão. As manifestações clínicas não surgem durante as primeiras horas, mas sim ao longo das primeiras 24 horas. Vestígios de secreções, resíduos de fumo- fuligem, nas vias aéreas podem comprometer gravemente a função pulmonar. Os autores referem que não existe tratamento específico para queimaduras nas vias, passando a abordagem por uma oxigenação adequadas. Corticosteróides e antibioterapia não devem ser utilizados de forma profilática. A proteção da via aérea, através de intubação endotraqueal, é essencial antes de transportar qualquer paciente com suspeita de queimadura da via aérea. A administração rápida de fluidos, com inevitável formação de edema, pode levar a risco de vida pelo comprometimento das vias aéreas se o controle da via aérea for adiado.

Desta forma, a intubação endotraqueal antes da formação do edema é muito mais segura e simples. Cowie & Price (2014, p.107) reforçam que em muitos casos, obstrução da via aérea clinicamente significativa ocorre após ressuscitação com fluidos, com edema às 8-36 h.

De acordo com Vivó, Galeiras, & Del Caz (2016, p.49), todos os pacientes queimados com suspeita de lesão por inalação devem ser removidos do local o mais rapidamente possível e ser administrado imediatamente oxigênio de alto fluxo. Estridor, sensação de falta de ar, queimaduras faciais, pêlos nasais queimados, tosse, fuligem na cavidade oral e história de estar em incêndio em espaço fechado, são critérios para uma intubação precoce. A fibroscopia pode ser útil, quando suspeita de dano nas vias aéreas. A avaliação secundária inclui a suporte respiratório, gestão e tratamento das lesões por inalação, ressuscitação de líquidos e estabilização cardiovascular, controle da dor e tratamento das lesões por queimadura.

2. Queimadura da face e pescoço

Relativamente à queimadura da face e pescoço, os cuidados envolvem o tratamento da lesão, terapêutica microbiana consoante avaliação para prevenção de infeção, controle da dor e ansiedade. No cuidado ao cliente com queimaduras faciais é prioritário prestar cuidados ótimos à queimadura, incluindo no entanto a minimização a dor, redução do risco de infeção, aparecimento de lesão adicional, desfiguração e comprometimento funcional (Caple & Gilreath-Osoff, 2016). As mesmas autoras referem-se à categorização das queimaduras de acordo com o grau com base na profundidade de danos nos tecidos e camadas da pele afetados.

Os cuidados à lesão em si baseiam-se na utilização de técnica asséptica (incluindo luvas esterilizadas, equipamento de proteção individual) para minimizar o risco de infeção, devendo estar instituídos protocolos no serviço para uniformização dos cuidados. Caple & Gilreath-Osoff (2016) sublinham que os cuidados à lesão deverão ter em conta a localização e profundidade da queimadura, bem como eventuais indicações médicas. Assim, as autoras sugerem, entre outros:

- ✓ Limpeza e desbridamento suave das áreas queimadas e pele circundante (enquanto a extensão da lesão não é determinada) com solução salina normal estéril;
- ✓ Limpeza do pavilhão auricular, narinas e lábios com um cotonete com ponta de algodão imerso em solução salina normal estéril (à temperatura ambiente), de forma a remover a pele solta ou com crosta;



- ✓ Se as pálpebras apresentam queimadura ou os olhos foram expostos a produtos químicos ou detritos, irrigar os olhos com solução salina estéril do canto interno para o externo, para evitar que os produtos químicos / detritos se acumulem no canal lacrimal ou no outro olho.

Após esta primeira limpeza/desbridamento, observe a aparência da ferida para avaliar a extensão da lesão e eventuais sinais infecciosos. Frequentemente é sugerida a aplicação de pomada antimicrobiana tópica, nomeadamente sulfadiazina de prata, mafenida ou 0,5% de solução de nitrato de prata, protegendo com compressas estéreis (devido à oxidação da prata) e aplicando várias vezes ao dia ou de acordo com prescrição médica definida. Deverão ser excluídos os olhos e lábios. Em relação ao pavilhão auricular, as autoras descrevem a aplicação generosa, com atenção à necessária proteção do canal interno (por exemplo com compressas estéreis). As autoras recomendam o corte do cabelo e barba (se aplicável), com lâmina de barbear, diariamente, de forma a efetuar um ligeiro desbridamento. Alertam igualmente para a importância de manter cuidados contínuos ao cliente com queimadura facial, nomeadamente através da monitorização dos sinais vitais, exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico, avaliação frequente e sistemática da dor, administrando terapêutica dirigida se necessário, colaboração na recuperação hídrica e nutricional em conjunto com o nutricionista / dietista, promoção da higiene oral, bem como reposicionamento de fitas de nastro ou posicionamento de tubos endotraqueais de forma a não provocar maior lesão.

Referências Bibliográficas:

- Ansermino, M., & Hemsley, C. (2004). Intensive care management and control of infection. *BMJ: British Medical Journal*, 329(7459), 220–223. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7459.220>
- Caple, C., & Gilreath-Osoff, A.; (2016). Burns , Facial : Caring for the Patient with. *NURSING PRACTICE & SKILL*.
- Cowie, P., & Price, G. (2014). A further perspective on airway management in burns patients. *Anaesthesia*, 69(4), 393. <https://doi.org/10.1111/anae.12660>
- Lorente, J. A., & Amaya-Villar, R. (2016). Update in the management of critically ill burned patients. *Medicina Intensiva*, 40(1), 46–48.
- Sandra Ferreira, Mestranda em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, pela ESEL

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.10.009>

Vivó, C., Galeiras, R., & Del Caz, M. D. P. (2016). Initial evaluation and management of the critical burn patient. *Medicina Intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva Y Unidades Coronarias*, 40(1), 49–59.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.11.010>



Apêndice III: Pósteres

Apêndice III a: “As intervenções do enfermeiro especialista na gestão de sintomas e qualidade de vida da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório”

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA GESTÃO DE SINTOMAS E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM COMPROMISSO RESPIRATÓRIO

S, Ferreira*; A, Mendes **

* RN, MNSc -Nursing Student , Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) experiencia um conjunto de sintomas que se traduzem no imediato, e a longo termo, de modo significativo, na sua qualidade de vida. Importa **identificar quais as intervenções do Enfermeiro Especialista que subsidiam a experiência vivida pela PSC.**

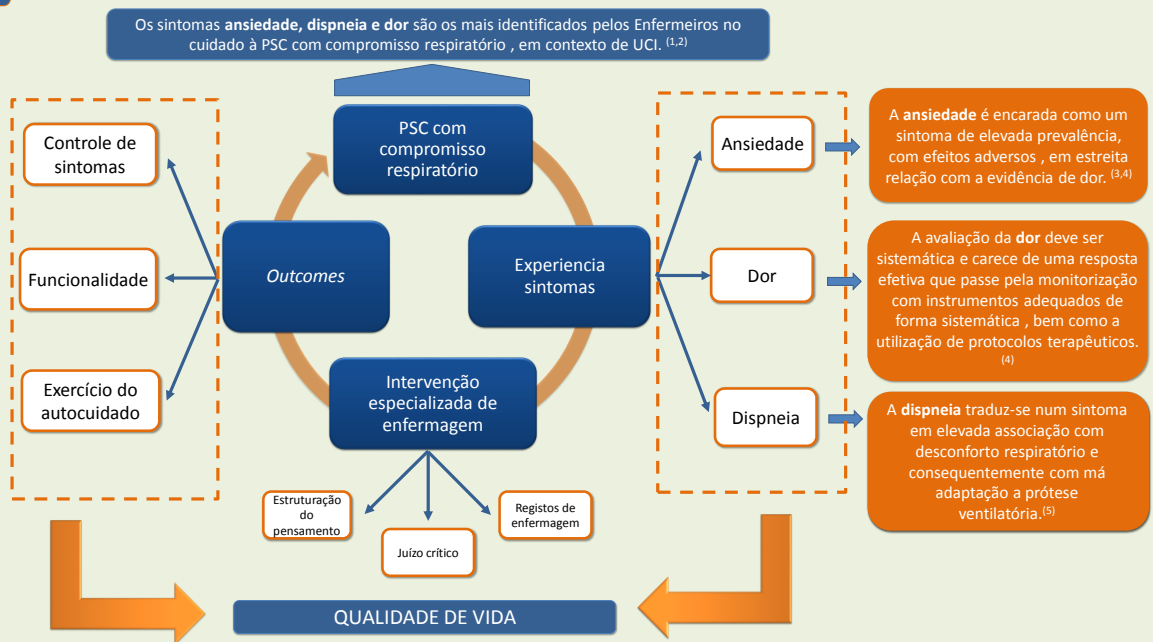
2 OBJETIVOS

Identificar, no domínio de intervenção do Enfermeiro Especialista quais as intervenções autónomas e interdependentes que garantem a gestão dos sintomas e subsidiam a qualidade de vida da PSC.

3 METODOLOGIA

Elaboração de pesquisa em bases de dados, através da identificação da questão de investigação, definição dos critérios de inclusão e exclusão e dos descritores de pesquisa: pessoa, doença aguda, cuidados críticos, gestão de sintomas, respiração (de acordo com os descritores em ciências da saúde – <http://decs.bvs.br/>)

4 RESULTADOS



5 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista possibilita uma resposta em congruência na gestão de sintomas da PSC com compromisso respiratório, especificando efetivamente a sua ocorrência, duração e frequência, nos seus registos de enfermagem. Considerando as suas necessidades e sustentado na evidência científica, o Enfermeiro subsidia a sua qualidade de vida no presente e futuro.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Dodd, M., & Iain, R. N. (2001). Advancing the science of symptom management. *Blackwell Science Ltd*, 33 (5), 668–676
- (2) Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 19–28. <http://doi.org/10.4037/ccn2011653>
- (3) Castillo, M. I., Cooke, M., Macfarlane, B., & Aitken, L. M. (2016). Factors associated with anxiety in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.007>
- (4) Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53–58. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- (5) Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. F. (2011). Overview of mechanical ventilatory support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. <http://doi.org/10.4037/ccn2011595>

Apêndice III b: “Promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e família em situação crítica: uma Intervenção Especializada de Enfermagem”

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS AO CLIENTE E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

M, Santos*; S, Ferreira*; S, Capelo*; A, Mendes**

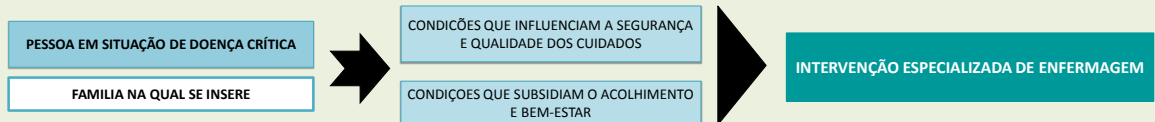
* RN, MNSc -Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) vivencia uma experiência de transição saúde-doença e a família uma transição situacional. Interessa ao enfermeiro especialista **identificar as condições que subsidiam a segurança e a qualidade dos cuidados, na gestão efetiva do seu exercício clínico com estes clientes.**

2 OBJETIVOS

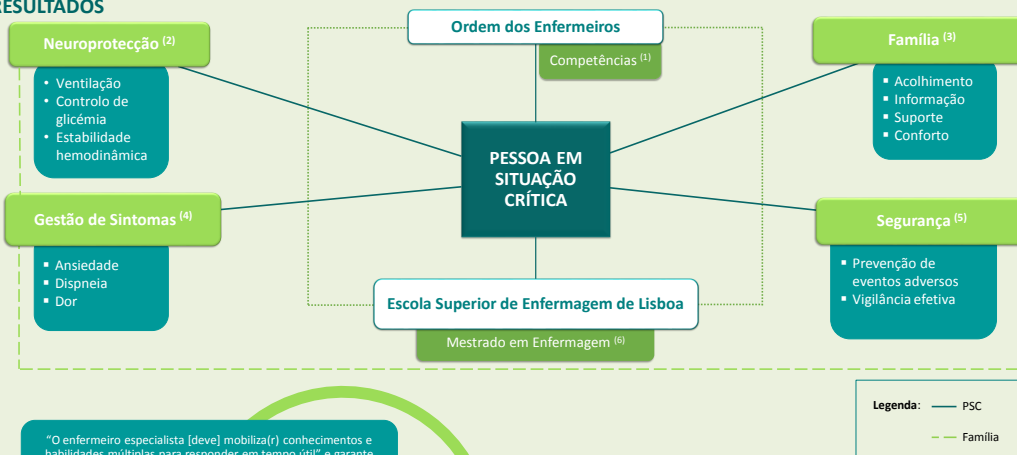
Identificar como podem os enfermeiros especialistas subsidiar a segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação de doença crítica e família na qual se insere.



3 METODOLOGIA

Elaboração de protocolos de pesquisa, salientando-se a identificação das questões de investigação, definição dos critérios de inclusão e exclusão e dos descritores de pesquisa: pessoa, doença aguda, cuidados críticos, família, gestão da segurança, gestão de sintomas e neuroprotecção (de acordo com os descritores em ciências da saúde – <http://decs.bvs.br/>)

4 RESULTADOS



Legenda: — PSC
- - - Família

"O enfermeiro especialista [deve] mobilizar os conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil" e garante cuidados "altamente qualificados, prestados de forma contínua tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros" (7).

O exercício do enfermeiro especialista carece de: investimento constante, de honestidade intelectual e análise constante do seu agir na intenção de garantir que "monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados" (7).

CONSTATÇÕES

A monitorização efetiva do cliente nos domínios gestão de sintomas, vigilância hemodinâmica e respiratória possibilita a neuroprotecção da PSC e a sua segurança, considerando a sua condição frágil e vulnerável face a "processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica" (7).

Cuidar do cliente implica cuidar da família na qual se insere garantindo, necessariamente "a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica" (7).

5 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

O exercício especializado dos enfermeiros implica o numa intervenção clínica sustentada que garanta ao cliente PSC e família a possibilidade de ultrapassar processos de transição significativos. A sua segurança é acutelada pela qualidade dos cuidados na ótica da gestão eficaz de recursos e de meios.

Recomenda-se que os registos dos enfermeiros traduzam efetivamente a sua preocupação em garantir no quotidiano um exercício de excelência, logo de qualidade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido a 5/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Saigal, S., Sharma, J.P., Dhurwe, P., Kumar, S., Gurjar, M. (2015). Targeted temperature management: Current evidence and practices in critical care. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 19(9), 537-546. DOI: 10.4103/09725229.164806
- Mendes, A. (2015). A informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Dodd, M., & Iann, R. N. (2001). Advancing the science of symptom management. *Blackwell Science Ltd*, 33 (5), 668-676
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Procede à publicação do Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, Nº28 (10-02-2015) 3882 (2) - 3882 (10)
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Acedido a 5/12/2016. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523DOE-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

**Apêndice IV: Apreciações do percurso de aquisição /desenvolvimento de
competências**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A par com a temática definida no projeto de estágio, sendo como fundamental a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sua globalidade. No meu percurso de aquisição de competências vivenciado em clínica na . . . procurei estabelecer competências a adquirir tendo em conta a especificidade de cuidado prestado neste contexto. No meu ponto de vista desenvolvi as competências que preconiza e outras não planeadas, mas que enriqueceram e subsidiaram de uma forma muito consistente a forma como adquiri conhecimentos. Este percurso não fica por aqui, pelo que pretendo contribuir ainda para o "crescimento" do serviço através da elaboração na elaboração de uma norma acerca de uma área do cuidado que me despertou muito interesse e acerca da qual tenho estudado. As contingências do serviço no que respecta a gestão da equipa trouxeram-me uma ideia das competências tão necessárias na gestão da área desta ramagem.

Data:

Tutor

Assinatura

Orientador

Estudante

Sandra Ferreira

Isabel Neves

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante o percurso na área de atuação, a Mestranda procurou ativamente a consecução dos objetivos delineados para este período, na busca de situações complexas e enriquecedoras no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, sempre com enfoque na sua área de projeto.

Desenvolveu competências especializadas no cuidado à PSC e sua família, mobilizando conhecimentos adquiridos em contexto do Mestrado, da sua própria experiência profissional e da pesquisa contínua do conhecimento científico atual.

No gestão dos cuidados à PSC demonstrou capacidade de priorizar intervenções e antecipar complicações, respondendo de forma apropriada às situações complexas com que se deparou.

Manifestou interesse em conhecer os protocolos e projetos em desenvolvimento no serviço (nomeadamente na área da gestão da Dor e do controlo da IACS) agindo em conformidade com os mesmos (objetivos) durante o ensino clínico.

Relativamente à área de desenvolvimento do projeto, a Mestranda desenvolveu competências relativas à gestão de sintomas na PSC com compromisso respiratório, nomeadamente na gestão da ansiedade, dor e dispneia, através de intervenções autónomas e interdependentes, demonstrando conhecimento nessas áreas. A reflexão sobre a promoção da segurança refletiu-se no jornal de aprendizagem elaborada e na necessidade de divulgação e partilha de conhecimentos relativos à monitorização invasiva, com a equipa.

Data:

22.11.2016

Tutor

Amélie Sousa

Orientador

Assinatura

[Assinatura]

Estudante

Sandra Ernestina Machado Ferreira

Sandra Ernestina Machado Ferreira

Ao longo do percurso revelou consciência crítica e capacidade reflexiva sobre o cuidar, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste estágio em contexto de serviço de Urgência considero que me integrei bem na equipa, assim como na organização.

Procuri neste meu percurso várias situações que me permitissem intervir de forma especializada no cuidado à Pessoa em Situação Crítica ou em situações de atuação de doença crítica, junto do próprio e sempre que possível junto do familiar / pessoa de referência, o que me foi permitido em diversas oportunidades.

Sustentei a minha prática em contexto de estágio na evidência científica mais recente, recorrendo ao material de apoio das unidades curriculares, mobilizando pesquisa bibliográfica efetuada, reunindo diariamente com a orientadora Enf. e através do continuo acompanhamento por parte da Professora Anabela.

A temática definida no projeto de estágio manteve-se ponto de interesse particular no percurso de aquisição de competências, com a oportunidade de realitar neste contexto intervenções especializadas no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica com compromisso respiratório, gerando a sua sintomatologia e promovendo a sua segurança, conceitos que me permite transmitir no cuidado à PSE no seu todo. Desenvolvi, de acordo com a experiência profissional e académica da minha orientadora, estratégias de comunicação junto do cliente e família, tendo em conta que é peeta na área.*

Data:

Tutor

Assinatura

Anabela Mendes
Orientador

Anabela Mendes

Estudante

Sandra Estre Machado Ferreira

Sandra Estre Machado Ferreira

* Procurar documentar adequadamente as minhas intervenções, através dos registos de Enfermagem.

O local de estágio demonstrou-se assim facilitador no processo de aquisição de competências preestabelecidas para o presente curso de Mestrado e especificamente no domínio da temática de projeto de estágio definida.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna concluiu com êxito o estágio a que se propôs, atingindo os objetivos delineados, assim como as competências preconizadas para o título de enfermeiro especialista.

Mostrou ter competências no sentido e de acordo com a pessoa em situação crítica, mais especificamente no âmbito do seu compromisso respiratório e na gestão de sintomas e promoção da sua segurança.

Houve oportunidade de poder vivenciar situações críticas, que ainda permitiram à aluna desenvolver as suas competências, aplicando os seus conhecimentos técnicos e aplicar toda a sua experiência profissional e pessoal no cliente/utente em situação crítica, sem nunca esquecermos do ambiente que o envolve, a família / principal cuidador (de referência).

Foram nestes casos também, desenvolvidas pela aluna estratégias comunicacionais com o cliente/utente e sua família.

A aluna iniciou, integrou e demonstrou interesse, afirmando-se a aplicar os seus conhecimentos no âmbito da sua profissão e no decorrer do estágio da sua especialização, identificando os focos de instabilidade, antecipando-se no cuidar do cliente/utente. Demonstra igualmente conhecimentos no cuidar da pessoa em situação crítica, monitorizando, avaliando e estabelecendo uma relação terapêutica com o cliente/família e toda a equipa multidisciplinar.

Data:

Tutor

Hebele Deus
Orientador

Assinatura

Mário Boré

[Assinatura]

Estudante

Sandra Estre Machado Ferraz

Sandra Estre Machado Ferraz

Apêndice V: Relatórios de congressos

Relatório

CURSO FARMACOLOGIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ENFERMEIROS

12 e 13 de Novembro de 2106

A administração de terapêutica constitui-se como uma matéria importante no que toca às questões da segurança, uma vez que o Enfermeiro deverá ter em conta princípios basilares que incluem o conhecimento da legislação e regulamentação vigentes para tal, associado ao conhecimento técnico do próprio e da equipa acerca do fármaco em questão, nomeadamente princípio ativo, características farmacocinéticas, interações medicamentosas e alimentares, posologia, vias de administração e efeitos adversos potenciais. Ao administrar terapêutica assume-se como o elemento final da cadeia do circuito do medicamento, pelo que o momento de administração terapêutica constitui-se como de elevada responsabilidade, influenciado diretamente por variáveis, nomeadamente o ambiente envolvente, existindo uma relação entre interrupção durante a administração de fármacos (por elementos que distraem, outras atividades em curso, solicitação diversas por parte da equipa, execução de várias tarefas ao mesmo tempo), a ocorrência e aumento da severidade do erro.

Torna-se assim essencial administrar apenas o fármaco preparado e identificado pelo próprio, afastando assim a possibilidade de erro e conseqüente comprometimento ético-legal. Os enfermeiros têm “um papel fundamental no processo de administração de medicação e, com responsabilidade ética técnica e científica, assegura a proteção do doente e os seus direitos a ser bem cuidado”(Abreu, Rodrigues, & Paixão, 2013,p.64). O erro terapêutico constitui assim uma preocupação crescente, tendo em conta as potenciais conseqüências, nomeadamente aumento do tempo de internamento, dos custos associados, recursos adicionais e diminuição do grau de satisfação do cliente, diminuindo a sensação de confiança e segurança na instituição e profissionais.

A participação neste curso permitiu-me igualmente um conhecimento mais específico acerca de terapêutica específica administrada à pessoa em situação crítica, levando-me também à mobilização dos conteúdos apreendidos nas Unidades Curriculares, nomeadamente acerca de terapêutica aplicada ao sistema respiratório e sedativos, analgésicos e curarizantes. A abordagem destas temáticas por um Enfermeiro perito na área de atuação da Urgência e Emergência constituiu-se uma mais-valia, trazendo contributos da sua prática diária para debate.

Referências Bibliográficas:

Abreu, C., Rodrigues, M., & Paixão, M. P. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 63–68. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e7672218-f52a-4772-95f6-2d82410f7c3c%40sessionmgr101&hid=111>

6º Curso de Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório

I Congresso da Secção Regional do Sul. Ser Enfermeiro em Contextos de Mudança

9 e 10 de Dezembro de 2106

As temáticas centrais do referido congresso constituem-se pertinentes e atuais para a disciplina de Enfermagem. O momento de abertura do congresso contou com a presença da Digníssima Bastonária Ana Rita Cavaco, alertando a plateia para o conceito central “Ser enfermeiro em contextos de mudança”, referindo-se especificamente às questões da emigração de profissionais, tão atual, bem como aos desafios diários que nos são impostos na prática clínica, em termos de recursos humanos, materiais e organizacionais e que os enfermeiros ultrapassam.

A temática “Investigação e Conhecimento” contou com a participação como palestrante da Professora Adriana Henriques (2016), cujo contributo se centrou na seguinte questão: “O que influencia a investigação científica em Enfermagem?”. De entre as temáticas mais estudadas no que se refere à investigação em Enfermagem, destaco “Cuidado centrado na pessoa”, “Segurança”- em relação com a qualidade de vida e bem-estar e controlo de sintomas, tendo em conta que são temáticas centrais do meu percurso de aquisição de competências em contexto de estágio.

Destaco o contributo inigualável do Professor Sérgio Deodato (2016) no âmbito do painel “Desafios éticos na atualidade”, abordando entre outras questões, o processo de tomada de decisão. Como ideias principais retidas destaco a diferença entre um dilema ético e um problema ético, este último visto como algo para o qual encontramos sempre uma solução, mesmo que existam duas más opções. O palestrante alertou a plateia para a importância de discutir em contexto prático problemas do dia-a-dia e deixar os grandes dilemas da bioética para os estudiosos na área, nomeadamente em questões frequentes tais como a tomada de decisão acerca do estado clínico de um cliente, na qual devemos optar por envolver a família, não confundindo esse envolvimento com um processo de transferência de decisão para a família. A decisão ética deverá ser construída em equipa, apesar de ser do conhecimento que nem sempre é possível o consenso no seio da equipa. De forma a sustentar a nossa opinião acerca de determinado assunto devemos procurar fundamentos para a tomada de decisão, mesmo que não seja a nossa ver a melhor solução constitui-se como a melhor solução possível em determinada circunstância.

A respeito de um processo de tomada de decisão específico, Ana Paula Nunes alerta para a decisão de não reanimação, como não devendo ser uma decisão unilateral, mas sim multidisciplinar. É sugerida uma reflexão à plateia no que diz respeito aos apelidados “Cuidados de conforto”, considerando essa terminologia pouco atual e adequada, uma vez que todas as nossas intervenções enquanto enfermeiros têm o intuito de proporcionar conforto, na sua essência. A propósito da gestão de sintomas, a palestrante aborda a questão do controlo da dor, referindo que 40-90% dos utentes têm uma prescrição terapêutica não adequada para o controlo da sua dor.

Em suma, as temáticas em painel no presente congresso demonstraram-se pertinentes no contexto do meu percurso de aquisição de competências. A participação nestes eventos permite indiscutivelmente retirar subsídios para a aprendizagem, que complementam o apreendido em prática clínica em contexto de estágio.

Referências Bibliográficas

- Adriana Henriques. (2016). O que influencia a investigação científica em Enfermagem? In *I Congresso da Secção Regional do Sul. Ser Enfermeiro em Contextos de Mudança*. Cascais.
- Sérgio Deodato. (2016). Desafios éticos na atualidade. In *I Congresso da Secção Regional do Sul. Ser Enfermeiro em Contextos de Mudança*. Cascais.

6º Curso de Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório

24ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta

27 de Janeiro de 2017

As Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta constituíram-se um encontro multidisciplinar, contando com a presença de médicos, enfermeiros, psicólogos, cuja vivência diária inclui o cuidado ao cliente com dor aguda ou crónica. Esta experiência permitiu-me assim compreender diferentes perspetivas acerca do cuidado ao cliente com dor. Na perspetiva do meu percurso de aquisição de competências no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, a gestão da dor assume um papel fundamental.

De entre as temáticas abordadas, destaco o Simpósio Ferrer com a temática “ Analgesia e qualidade de vida. Experiência clínica com Oxidona/Naloxona”, retirando desta comunicação contributos importantes no que se refere à dor irruptiva como uma dor que surge para além da dor basal habitual, podendo surgir associada a um procedimento doloroso. É defendido pelo palestrante que a dor não controlada constitui-se como fator contributivo para o aumento do consumo de recursos de saúde.

Outra temática que destaco é a abordada pela palestrante Marlene Monteiro, (2017) “ Unidades de Dor Aguda. Que futuro?”. De acordo com a mesma, a existência de Unidades de Dor Aguda (UDA) é mandatória a nível hospitalar, de acordo com orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde. A intervenção das UDA passa pelo cuidado à dor aguda não cirúrgica, nomeadamente no Serviço de Urgência (SU), em contexto de trauma, patologias do foro médico e associada a exames complementares de diagnóstico. A dor no SU deverá na opinião da palestrante ser verdadeiramente encarada como um sintoma e não como patologia. São referidas barreiras no tratamento da dor, tais como: subestimar a dor, carência de registos efetivos e falta de reavaliação. Existem igualmente mitos associados e assinalados pela palestrante, nomeadamente “ *O tratamento prévio da dor altera o quadro clínico*”, algo que também verifico na minha prática clínica em contexto de estágio. Foram referidas algumas falhas /carências a respeito do correto controlo/ gestão da dor, entre as quais destaco a ausência do reconhecimento da dor como um sintoma a tratar, oligoanalgesia e atraso na administração da analgesia. Foi assim sugerida a criação de protocolos para elaboração de registo a propósito do tratamento, monitorização e eventuais complicações; criação de bons canais de comunicação; criação de critérios de

referenciação; fomentar a organização, atualização e disponibilidade das equipas. A palestrante afirma e destaca o papel fundamental do enfermeiro na avaliação da dor e gestão sintomática da mesma.

Os conhecimentos adquiridos nestas jornadas permitiram mobilizar vivências da minha prática em contexto de estágio na gestão diferenciada da dor em contexto de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, em combinação com a evidência científica existente acerca desta temática. A participação nesta reunião com peritos na área traduziu-se indubitavelmente num momento produtivo, numa oportunidade para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências vividas em contexto da prática de cuidados. No contexto de SU em particular, são observáveis algumas lacunas no que diz respeito à adequação do instrumento para avaliação da dor e a sensibilização da equipa multidisciplinar para esta questão não é significativa. A avaliação e gestão deste sintoma revela-se premente na maioria dos quadros que despoletam a ida ao SU, pelo que a aposta na formação, sensibilização e prática efetiva de cuidados que contribuam para o seu controle é emergente.

Referências Bibliográficas

Marlene Monteiro. (2017). Unidades de Dor Aguda. Que futuro? In *24ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta*. Lisboa.

6º Curso de Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório

IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica

20 e 21 de Janeiro de 2017

Com o mote “Gente que cuida de gente em contexto da prática especializada”, o encontro remete-me para conceitos fundamentais da nossa prática, enquanto futuros enfermeiros especialistas, de forma diferenciada, procurando intervir e marcar a diferença na qualidade e efetividade dos cuidados. Este foi o fio condutor do encontro, que contou com a presença de enfermeiros especialistas e de cuidados gerais e com o contributo que entenderam ser mais enriquecedor acerca da sua prática diária, sustentada na evidência científica.

De entre as temáticas abordadas destaco a “ Avaliação da cultura de segurança de doente em Enfermeiros da Cuidados Intensivos do Hospital β ”, momento em que Manuel Pedreira (2017) apresenta o trabalho que desenvolveu em contexto académico. O mesmo refere, sustentando na bibliografia, que a segurança constitui-se um direito e dever de todos e que deverá ser nossa preocupação a redução dos riscos e danos para um mínimo aceitável, tendo em conta que cerca de 50% dos eventos adversos seriam evitáveis. O conceito de cultura de segurança dos doentes assume-se assim como uma forma de estar individual, algo dinâmico, assente num bom modelo de gestão, de forma a que se constitua como uma prioridade. A comunicação e transmissão de informação são importantes fatores contributivos para esta temática, considerando o palestrante que a documentação da informação de forma correta e efetiva constitui-se um instrumento de trabalho eficaz e um elemento contributivo para a cultura de segurança.

De entre as comunicações livres cujo painel se intitula “ A visibilidade da nossa prática”, destaco a comunicação “Dificuldades e estratégias de adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção das infeções hospitalares: revisão integrativa”, com enfoque nas infeções associadas aos cuidados de saúde como uma preocupação mundial, com elevada importância na medida em que comprometem a qualidade de vida e com baixa adesão a medidas de prevenção por parte dos profissionais de saúde. Segundo a palestrante, o controlo de infeção assume um enfoque fulcral no que diz respeito à segurança do doente.

O painel “ Dotações Seguras na prática de Enfermagem Especializada” revelou-se a meu ver um tema central neste encontro, tendo em conta que foram analisadas situações

específicas da nossa prática transmitidas por elementos da plateia, em conjunto com a Amélia Castilho e Catarina Lobão, nomeadamente no que diz respeito aos “Índices de segurança e qualidade dos cuidados”, abordando a já existente e disponível “Norma de dotações seguras” e considerando subdotação como um elemento contributivo para o erro na prática de enfermagem e para cuidados inseguros. Na opinião da primeira palestrante, “os cuidados autónomos ficam para trás quando por falta de tempo são efetuados apenas os cuidados interdependentes”. Como fatores internos que influenciam a dotação das equipas, a palestrante considerou o método de organização dos cuidados (mais centrados no doente e portanto mais exigente no que diz respeito a recursos humanos), a estrutura organizacional e a lotação. Como conclusão, refere que a referida “Norma de dotações seguras” é omissa no que se refere aos Enfermeiros Especialistas (Castilho & Lobão, 2017).

Fechando o painel de comunicações e debates, destaco “Especialidades em Enfermagem: Viver o presente, pensando o caminho para o futuro”, especificamente a comunicação do Professor Paulo Parente (2017), alertando a plateia para a importância eminente das instituições de ensino como únicas atribuidoras do grau académico e da forma como a valorização da profissão emerge através do aumento do número de enfermeiros com grau académico de mestre.

A participação neste encontro constituiu-se indiscutivelmente uma experiência enriquecedora, através do contributo inegável dos palestrantes, com temáticas pertinentes na atualidade da profissão e tendo em conta a minha participação em caráter individual e de grupo na apresentação do painel de pósteres, procurando desta forma contribuir para a divulgação do conhecimento em reuniões científicas da área.

Referências Bibliográficas

- Castilho, A., & Lobão, C. (2017). Dotações Seguras na prática de Enfermagem Especializada. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Braga.
- Manuel Pedreira. (2017). Avaliação da cultura de segurança de doente em Enfermeiros da Cuidados Intensivos do Hospital β. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Braga.
- Paulo Parente. (2017). Especialidades em Enfermagem: Viver o presente, pensando o caminho para o futuro. In *IV Encontro Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Porto.

6º Curso de Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório

IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto

20e 21 de Fevereiro de 2017

O IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, constituiu-se um evento com um alargado de divulgação, partilha e transmissão da evidência científica mais atual, abarcando palestrantes nacionais e internacionais e com uma elevada afluência de profissionais de saúde.

Sofia Correia (2017), na sua comunicação intitulada “Oxigénio e o doente crítico como interpretar os dados”, ressalva que o doente crítico apresenta um consumo aumentado de oxigénio, tendo em conta o *status* de doença e *stress* associados, pelo que as limitações no aporte e transporte de oxigénio, comprometedoras da margem de segurança, necessitam de intervenções no âmbito da administração de oxigenoterapia e monitorização.

Isabel Coimbra (2017) , na sua comunicação intitulada “Dexmedetomidina no doente crítico”, ressalva que no doente não neurocrítico este fármaco se constituiu um adjuvante no desmame da sedação profunda, facilitando concomitantemente o desmame da ventilação ou adaptação à mesma. A palestrante destaca o contributo para a segurança, nomeadamente no controlo dos efeitos hemodinâmicos e adversos.

Carla Teixeira (2017), na sua comunicação intitulada “Sensibilidade para a monitorização DOR, SEDAÇÃO e *DELIRIUM*”, considera que uma das barreiras na avaliação da dor passa pela sensação de dor por parte do doente, sem a conseguir expressar. Assim, a incapacidade de comunicar, associada a ventilação mecânica e por vezes a terapêutica como relaxantes musculares constituem-se desafios para a correta avaliação e gestão. Referindo a *Behavior Pain Scale* (BPS) como preferencial, de acordo com a sua prática e com a evidência, reforça que o controlo efetivo da dor surge na prevenção e tratamento, contribuindo para menor tempo de internamento e portanto melhores *outcomes*.

Fernando Alves (2017) na sua comunicação intitulada “Avaliação da dor no doente crítico” reforça que a dor, como sintoma e portanto experiência subjetiva, carece de uma

uniformização do instrumento utilizado para a sua avaliação. Assume a avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica com alteração da consciência como desafiante. O palestrante fez referência à evidência científica existente, referindo igualmente que no âmbito da sua integração no Grupo de Avaliação da Dor e no âmbito da proposta de validação psicométrica das escalas de avaliação da dor em contexto de UCI, foi implementado um estudo em UCI`s portuguesas, selecionando-se a BPS como mais fiável, pelos enfermeiros da prática, encontrando-se no entanto ainda em processo de validação.

David Peres (2017) considera, na sua comunicação “Infeções por microorganismos multirresistentes- Controle por *bundles*”, que as *bundles* são feixes de intervenção, baseados em intervenções comprovadas na evidência, cujas componentes têm de ser cumpridas na sua totalidade, para que haja sucesso. No âmbito do controlo de infeção, reforça que se traduz em melhoria dos *outcomes*, nomeadamente ao tornar os cuidados mais seguros, baseados na evidência.

O congresso constituiu-se indiscutivelmente uma experiência enriquecedora, através do contributo inegável dos palestrantes, com temáticas pertinentes na atualidade da profissão. Tendo em conta a riqueza de temáticas a que assisti, a seleção para integração neste relatório foi dificultada. Selecionei assim as contribuições mais pertinentes no âmbito do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Referências Bibliográficas

Carla Teixeira. (2017). Sensibilidade para a monitorização -DOR, SEDAÇÃO e DELIRIUM. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.

David Peres. (2017). Infeções por microorganismos multirresistentes- Controle por Bundles. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.

Fernando Alves. (2017). Avaliação da dor no doente crítico. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.

Isabel Coimbra. (2017). Dexmedetomidina no doente neurocrítico. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.

Sofia Correia. (2017). Oxigénio e doente crítico como interpretar os dados. In *IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*. Porto.