

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

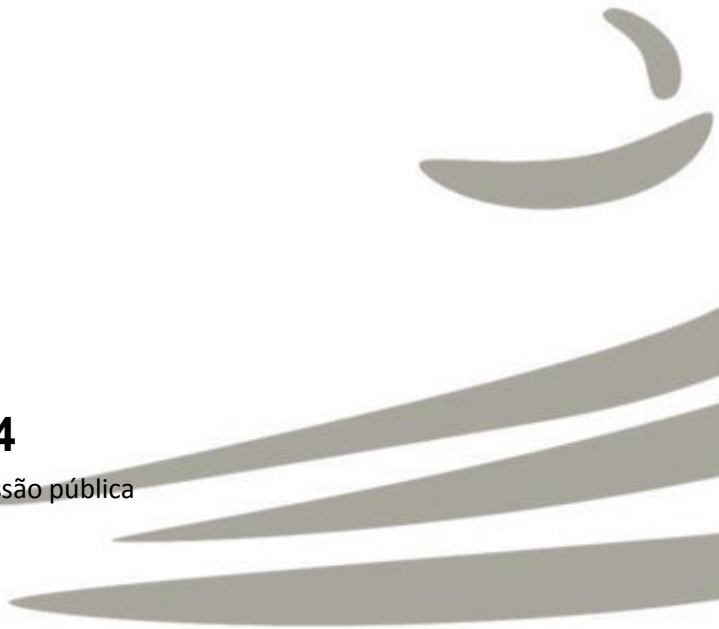
Pessoa em Situação Crítica

Ventilação Artificial, Invasiva e Não Invasiva na Pessoa com Padrão Respiratório Ineficaz, em Unidade de Cuidados Intensivos – que Cuidados de Enfermagem?

Alexandra Moreira do Espírito Santo

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Ventilação Artificial, Invasiva e Não Invasiva na
Pessoa com Padrão Respiratório Ineficaz, em
Unidade de Cuidados Intensivos –
que Cuidados de Enfermagem?**

Alexandra Moreira do Espírito Santo

**Relatório de estágio orientado por:
Prof.ª Maria Teresa Leal**

2014



“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
Que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos
Que nos levam sempre aos mesmos lugares...
É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-lo,
Teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

A todos os enfermeiros, professores, orientadores e aos doentes e familiares de quem cuidei agradeço a forma como contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa mas sobretudo enquanto enfermeira.

AGRADECIMENTO

A realização deste relatório deve-se não só ao meu empenho e esforço pessoal, assim como ao contributo de todos aqueles que se cruzaram comigo ao longo deste percurso com o seu apoio, disponibilidade, partilha de conhecimentos e troca de experiências, fazendo-me crescer enquanto pessoa e enquanto enfermeira. Deste modo quero agradecer de forma especial:

À professora Maria Teresa Leal pela orientação, disponibilidade, incentivo, dedicação, paciência e respeito pelo meu *timing*, sem os seus contributos e colaboração este percurso não teria sido possível.

Ao meu amigo Marco Mendonça pelos contributos na realização deste relatório, mas sobretudo pelo apoio, incentivo e amizade.

À minha colega Sofia Carvalho pelo seu inglês fluente e contributo para este relatório.

Aos enfermeiros orientadores de cada local de estágio: Sónia Lima, Carlos Parafitas e João Pires pela forma carinhosa como me receberam, trataram e integraram na equipa multidisciplinar, fazendo-me sentir como parte integrante da mesma. Um obrigada especial pela dedicação, apoio e partilha de conhecimentos e experiências proporcionadas, sem a vossa dedicação este percurso teria sido muito mais difícil.

Aos meus colegas de mestrado o meu obrigado pelo companheirismo e incentivo. Sinto-me privilegiada por vos ter tido como companheiros deste percurso.

A todos os colegas do serviço UCE e Medicina B, em especial à minha chefe enfermeira Lurdes Ponciano, Isabel Capelo, Raquel Batista e Vanessa Lucas pelo apoio e por terem sempre acreditado na relevância deste trabalho e nos projetos que pretendo implementar, advindos deste percurso de aquisição de competências.

Aos meus pais, irmão e sobrinhos pelo amor incondicional (é recíproco). Prometo compensar-vos das minhas ausências e falta de disponibilidade mental. Obrigada por apoiarem sempre as minhas escolhas e os meus projetos.

Aos meus amigos (do coração, vocês sabem quem são) pelo apoio incondicional. Vocês são fundamentais para que eu mantenha a minha saúde mental. Obrigada pela amizade, carinho e apoio nos momentos bons e menos bons que a vida nos traz.

LISTA DE SIGLAS

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CO₂ - Dióxido de Carbono

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG – Eletrocardiograma

EPAP - *Expiratory Positive Airways Pressure*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPAP - *Inspiratory Positive Airways Pressure*

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAVM - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PSV – Pressão de Suporte Ventilatório

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIRS - *Systemic Inflammatory Response Syndrome*

SO - Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIR – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

No doente crítico com necessidade de ventilação artificial, invasiva ou não invasiva por padrão respiratório ineficaz, os enfermeiros são essenciais na implementação, monitorização e avaliação da eficácia do tratamento e no apoio prestado aos familiares. Tendo em conta o processo de cuidados em ambiente tecnológico e o modelo conceptual de Collière baseado no *Cuidar*, o estágio realizado contou com os seguintes objetivos gerais: (1) prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica internada em UCI, nomeadamente com necessidade de ventilação artificial, invasiva e não invasiva por padrão respiratório ineficaz; (2) desenvolver competências na área de formação e supervisão clínica no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, internada em UCI, nomeadamente com necessidade de ventilação artificial, invasiva e não invasiva por padrão respiratório ineficaz.

Para atingir os objetivos delineados, cumpriu-se um percurso de desenvolvimento de competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz com necessidade de ventilação artificial, que incluí uma revisão da literatura sobre o tema e a reflexão sobre as experiências vividas ao longo da realização dos estágios em SU, UCI e UCIP. As principais áreas de intervenção autónoma e especializada de enfermagem desenvolvidas foram os cuidados ao doente submetido a ventilação artificial, invasiva e não invasiva internado em SU e UCI, os cuidados ao doente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, assim como os cuidados desenvolvidos aos familiares dos doentes internados em SU e UCI.

Conclui-se que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, nomeadamente com necessidade de ventilação artificial por padrão respiratório ineficaz, têm especial relevância através das intervenções efetuadas junto dos doentes e famílias e que apesar do ambiente tecnológico que se vive nestas unidades, é possível desenvolver cuidados ao doente e família tendo em conta todas as suas necessidades e a sua dimensão humana.

Palavras-chave: cuidar em enfermagem, ambiente tecnológico, padrão respiratório ineficaz, processo de cuidados ao doente/família, desenvolvimento de competências

ABSTRACT

With the critically ill patients in need of invasive or noninvasive mechanical ventilation, due to Ineffective Breathing Pattern, the nurses play a key role as they are essential in the assessment, monitoring and evaluation of the treatment's progress and efficiency as well as in the support given to the families.

Considering the Nursing Process in a technological environment and Collière's Conceptual Framework based on *Caring*, the past internship had the following main purposes: (1) to provide specialized nursing care to people in critical condition, hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU), namely those in need of invasive or noninvasive mechanical ventilation due to Ineffective Breathing Pattern (IBP); (2) to develop skills in the area of clinical education and supervision in the provision of nursing care to the person in critical condition, hospitalized in ICU, particularly with need for artificial ventilation, invasive and noninvasive for IBP.

To achieve those goals, we focused on the development of nursing skills to care for critically ill patients, namely those with IBP in need of mechanical ventilation. We included a literature review on the subject, and serious reflection on personal experiences with the patients and their families throughout the period of internship in the Emergency Department (ED), and in two ICUs. The main areas of the nurse's autonomous and specialized intervention focused on the care of the critically ill patient in the ED and ICU undergoing invasive or noninvasive mechanical ventilation, or submitted to heart surgery, as well as the support given to the patient's relatives, in the ED and ICU.

In conclusion, the nursing care to the critically ill patients, namely those in need of mechanical ventilation due to IBP, are extremely relevant and in spite of the high technological environment of these Units, it is possible to provide nursing care to patients and their families taking into account their specific needs and human dimension.

Key-words: nursing care, technological environment, IBP, nursing process applied to the patient/family, development of competencies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	9
1.1. Cuidar em Ambiente Tecnológico.....	10
1.2. Doente com Padrão Respiratório Ineficaz, Abordagem Terapêutica.....	14
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DISCUSSÃO E ANÁLISE DO PERCURSO	23
2.1. Estágio num Serviço de Urgência.....	24
2.2. Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios.....	34
2.3. Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	53
3. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de estágio.

Apêndice II - Plano de atividades de estágio em SU.

Apêndice III - Plano de atividades de estágio na UCIR.

Apêndice IV - Cronograma, plano e sessão de formação.

Apêndice V - Plano de atividades de estágio na UCIP.

ANEXOS

Anexo I - Avaliação do estágio em SU.

Anexo II - Avaliação do estágio na UCIR.

Anexo III - Avaliação do estágio na UCIP.

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge como o culminar de um percurso de aprendizagens adquiridas e registadas ao longo do estágio. Este tornou-se o meio privilegiado para a formação, dado que permitiu desenvolver a identidade profissional, apreender o próprio modo de aprendizagem e solidificar as bases do conhecimento profissional. Tratando-se de um momento de mobilização e consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e de desenvolvimento de competências, possibilita a compreensão, consubstanciação e articulação dos mesmos.

Este relatório constitui, deste modo, uma oportunidade de reflexão sobre o desenvolvimento pessoal e profissional, analisando de forma sistematizada as aprendizagens, conhecimentos e competências adquiridas, assim como o trabalho desenvolvido e aplicado em contexto da prática de cuidados de enfermagem.

Aprender trata-se, assim, de um processo dinâmico e adaptativo que exige um questionamento constante dos diferentes saberes. Nesta perspetiva é importante que os enfermeiros adquiram competências especializadas, dado que

constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...) (OE, 2003, p.3).

No que diz respeito ao enfermeiro perito, este tem de ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional baseada na prática, sobretudo, quando se trata de cuidados ao doente crítico, em que a sua situação de saúde pode rapidamente sofrer alterações, implicando que o enfermeiro possua um julgamento clínico e uma atuação rápida e eficiente, sem margem para erro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Deste modo, o percurso de estágio revela-se de extrema riqueza, pois a “aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade” (Benner, 2001, p.11). Esta é uma forma de traduzir a teoria na prática; consolidar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da intervenção especializada de enfermagem à pessoa em situação crítica para corresponder ao

considerado pela OE como um profissional com o conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (2007, p.17).

O enfermeiro que cuida do doente crítico deve possuir no seu pensamento linhas orientadoras comuns, quer ao nível do julgamento clínico, quer ao nível do domínio da prática de cuidados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011) para assegurar a qualidade dos mesmos. No entanto “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a ‘experiência’, e que o conhecimento clínico – mistura entre os conhecimentos práticos e os (...) teóricos brutos – se desenvolve” (Benner, 2001, p.37), pelo que as experiências concretas decorrentes da prestação de cuidados geram as perceções e os atos de perito, permitindo assim ao profissional de enfermagem aprender em situação, adquirindo novos saberes e competências.

A minha prática de cuidados é desenvolvida em contexto hospitalar de um hospital distrital, mais propriamente numa Unidade de Cuidados Especiais, onde se encontram os doentes que requerem grande vigilância e necessitam dos cuidados médicos e de enfermagem mais diferenciados de todo o Centro Hospitalar. Refletindo sobre esta unidade, de acordo com dados estatísticos ali produzidos, todos os anos cerca de 20% dos doentes admitidos têm necessidade de cuidados por patologia respiratória agravada, alguns dos quais com necessidade de suporte ventilatório. Contudo, e apesar de não existirem dados específicos, tenho verificado que não só os doentes com patologia respiratória necessitam de suporte ventilatório, como também, uma parte significativa de outros doentes, nomeadamente com insuficiência cardíaca, que por agravamento do seu estado de saúde, desenvolvem padrão respiratório ineficaz e vêm a necessitar também de suporte ventilatório, seja ele invasivo ou não.

Deste modo, durante a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes com disfunção respiratória, os enfermeiros devem fundamentar as suas intervenções num plano de cuidados, onde devem ser contemplados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA são definidos como o julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, em relação a problemas de saúde

potenciais ou reais, em que o enfermeiro pode intervir, desempenhando um papel importante no sentido da obtenção de resultados que venham a melhorar o estado de saúde do doente (NANDA Internacional, 2010).

No que diz respeito a doentes com padrão respiratório ineficaz, na taxonomia da NANDA são definidos como doentes que possuem uma inspiração/expiração que não proporciona a ventilação adequada para a sustentação da vida, podendo caracterizar-se por dispneia, taquipneia, uso de músculos acessórios, cianose, alterações gasimétricas (NANDA Internacional, 2010), entre outras, o que eventualmente pode levá-los a necessitar de suporte ventilatório, seja ele invasivo ou não.

No decorrer da minha prestação de cuidados de enfermagem surgiram algumas preocupações, relacionadas com o facto de, nos cuidados à pessoa com padrão respiratório ineficaz, existirem, na equipa, algumas dificuldades na efetividade da prestação de cuidados específicos a doentes submetidos a VNI segundo a melhor evidência disponível. Existiam dúvidas que se prendiam com qual seria a melhor evidência para suportar os cuidados de enfermagem em relação ao início desta terapêutica, à compreensão das situações em que o tratamento está indicado e das vantagens da sua utilização, à identificação das complicações inerentes a este tipo de terapêutica e aos fatores que interferem na tolerância do doente ao tratamento, planeamento de ensinamentos adequados à situação de cada doente e ainda à parametrização e monitorização que asseguram a maior eficácia neste tratamento. Foi com estas preocupações e com o objetivo da prestação de cuidados mais adequados e de melhor qualidade que enveredei por esta temática, a fim de a aprofundar e poder contribuir para a minha formação e da equipa em que estou inserida.

Sentindo que ainda me faltava aprofundar um conjunto de competências no que diz respeito aos cuidados especializados a prestar à pessoa em situação crítica, definida pela OE como “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” (2010, p.1), com particular incidência para o doente com compromisso do padrão respiratório, comecei por pesquisar a literatura e aprofundar conhecimentos que me permitissem uma prestação de cuidados especializados, que de acordo com o enquadramento profissional enunciado nas competências estabelecidas para o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica pela OE devem ser cuidados “altamente

qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções básicas de vida em risco (...) prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (2010, p.1).

Contudo, atendendo às competências estabelecidas para este curso de mestrado, procurei também o desenvolvimento de competências de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, a compreensão dos discursos contemporâneos sobre os conceitos de saúde, doença e cuidar/tratar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais. O desenvolvimento da capacidade de análise nas dimensões ética, política, histórica, social e económica da enfermagem e ainda a conjugação do conhecimento de enfermagem com o de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica foram também áreas de investimento durante este percurso.

Para além dos aspetos referidos, tornou-se fundamental que a aquisição de saberes teóricos fosse confrontada e aplicada à prática de cuidados, para, gradualmente e de acordo com o desejável, poder evoluir no sentido da perícia, na prestação de cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz submetido a VNI.

Os campos de estágio tornaram-se, assim, espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, de relação interpessoal e crítico-reflexivas, que permitem o desenvolvimento de respostas adequadas a cada situação de cuidados.

De acordo com o *Modelo de Dreyfus*, descrito por Benner (2001), para evoluir gradualmente até ser considerado perito, o enfermeiro deverá possuir conhecimentos aprofundados e fundamentados na melhor evidência, que o conduzam a uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, em que a aquisição de saberes teóricos é confrontada com a prática e em que a experiência permite compreender cada situação intuitivamente (Benner, 2001).

Por tudo o que foi acima referenciado, surgiu a temática que constituiu o eixo central do estágio operacionalizado em contexto da prática e à qual pretendo dar resposta neste relatório – **Ventilação Artificial, Invasiva e Não Invasiva na Pessoa com Padrão Respiratório Ineficaz, em Unidade de Cuidados Intensivos – que Cuidados de Enfermagem?**

Considero que esta temática constitui um foco de grande relevância para a enfermagem à pessoa em situação crítica e, simultaneamente, de grande interesse e motivação pessoal, surgindo com o intuito de uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem. Como tal, atendendo a que a prática clínica visa a aquisição de competências, procurei refletir na minha prática diária de cuidados e delinear e concretizar um projeto que se constituísse como a estratégia fundamental para o meu desenvolvimento profissional, trazendo como benefício uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem ao doente com padrão respiratório ineficaz submetido a VNI.

Com a realização deste relatório de estágio pretendo, assim, atingir as competências preconizadas para este Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, já referidas anteriormente, assim como as explicitadas no Decreto-Lei nº. 74/2006, de 24 de março, nos Descritores de Dublin para o 2º. Ciclo de formação, no plano de estudos do CMEPSC da ESEL e nos documentos publicados pela OE (2011a, 2011b, 2011c), que em Portugal tem a responsabilidade da regulação da prática de enfermagem aos diferentes níveis. Tais competências foram adquiridas/desenvolvidas ao longo do percurso efetuado, através de uma análise de saberes teórico-práticos em contexto da prática de cuidados, tendo como foco central a compreensão da problemática dos cuidados de enfermagem ao doente com padrão respiratório ineficaz internado em UCI.

De modo a orientar este percurso, estabeleci os seguintes objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica internada em UCI, nomeadamente com necessidade de ventilação artificial, invasiva e não invasiva, por padrão respiratório ineficaz;
- Desenvolver competências na área de formação e supervisão clínica no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, internada em UCI, nomeadamente com necessidade de ventilação artificial, invasiva e não invasiva, por padrão respiratório ineficaz.

E os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a importância do uso de VNI e VMI na pessoa em situação crítica, com padrão respiratório ineficaz;

- Planear, executar e/ou coordenar cuidados de enfermagem especializados, baseados em evidência, dirigidos à pessoa em situação crítica, nomeadamente quando submetida a VNI e VMI por padrão respiratório ineficaz, em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos;
- Avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica submetida a VNI e VMI por padrão respiratório ineficaz;
- Desenvolver estratégias para uma supervisão clínica de qualidade no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a VNI e VMI.

No que diz respeito à metodologia utilizada, trabalhei para ser sujeito e ator da minha própria formação, dado que, as experiências vivenciadas geram percepções que contribuem para o desenvolvimento de perícia, permitindo ao profissional apreender as situações, adquirindo assim novos saberes e competências. Assim sendo, e partindo de algo muito próprio que se transporta para o exterior, possibilitando através da ação a sua concretização, isto é, através da resolução de problemas, vão-se adquirindo capacidades e competências pessoais que levam à concretização de um projeto numa situação real (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Deste modo, fui para os campos de estágio centrada na problemática dos cuidados de enfermagem ao doente com padrão respiratório ineficaz submetido a VNI e, aí, procurei implementar estratégias e intervenções através da intersecção teórico-prática, traduzindo um conjunto de ações que me permitiram responder de forma adequada à problemática em estudo e chegar a resultados que demonstrassem a concretização dos objetivos delineados.

Devo referir que, previamente, foi realizada uma revisão da literatura que permitiu aprofundar conhecimentos sobre esta temática, constituindo deste modo, o suporte teórico deste relatório. Para tal, foram efetuadas pesquisas nas bases de dados disponíveis na EBSCO, nos catálogos da ESEL, e no motor de busca Google, utilizando termos em português e inglês como “doente crítico”, “cuidados de enfermagem”, “ventilação não-invasiva”, “ventilação invasiva”, “padrão respiratório ineficaz”, estabelecendo a busca num período de tempo a partir do ano 2000, que me permitiram contextualizar e definir alguns conceitos chave, assim como as intervenções de enfermagem mais adequadas tendo em conta a problemática em estudo.

Toda a exposição escrita efetuada neste relatório será sustentada nas reflexões sobre a prática de cuidados e suportada na revisão da literatura e nos conhecimentos científicos

adquiridos com a partilha de experiências e saberes com colegas e orientadores ao longo do meu processo formativo.

Estruturalmente, o relatório é constituído por três capítulos: o primeiro que consiste no enquadramento teórico, onde será explanada a temática sustentada nos contributos da investigação; o segundo capítulo, onde é realizada toda uma descrição e análise do percurso efetuado, dando resposta à problemática definida e, por fim, o terceiro capítulo que se encontra reservado às conclusões finais, surgindo como uma síntese do trabalho desenvolvido, analisando criticamente os aspetos mais relevantes para a construção do meu percurso de aquisição de competências e as mudanças produzidas por este percurso.

1. REVISÃO DA LITERATURA

As UCI caracterizam-se por um ambiente muito particular, onde podem estar integradas as mais sofisticadas tecnologias para suporte às intervenções de carácter tecnológico, médico e de enfermagem, procurando dar resposta a doentes em estado crítico, com elevado risco, que necessitam de intervenção clínica intensiva e cujas condições de saúde podem alterar-se num curto espaço de tempo.

Neste tipo de ambiente, o processo de cuidar pode sofrer forte influência do ambiente tecnológico que se vive nestas unidades e, apesar da cultura do cuidado, por vezes muito centrada no domínio da técnica, é possível cuidar do doente e família tendo em conta todas as suas necessidades (Locsin, 1999) e a sua dimensão humana, pois o cerne do trabalho de enfermagem não se resume apenas ao corpo biológico, mas ao ser humano em toda a sua complexidade, com as suas determinantes culturais, sociais e familiares.

Deste modo, o enfermeiro possui um papel fundamental para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado, uma vez que a observação contínua da situação de saúde do doente, tendo em conta todas as suas dimensões, coloca-o numa posição privilegiada para a identificação de problemas e construção do processo de enfermagem, através da elaboração de um plano de cuidados e da implementação dos procedimentos adequados a cada situação, permanecendo “alinhado com as necessidades do paciente e capacitado para resolvê-las de forma eficiente” (Bork, 2005, p.3).

Por forma a dar resposta à exigência de cuidados que se vive em UCI e às necessidades individuais de cada doente, o enfermeiro terá de possuir competências relacionais, conhecimentos científicos e técnicos avançados (Locsin, 2002) e deverá, ainda, possuir uma grande capacidade de observação e saber manusear equipamento altamente sofisticado que, embora sirva apenas para auxiliar o cuidado, permite colmatar necessidades que a natureza e o ser humano têm dificuldade em fazer por si só.

Também no que diz respeito aos cuidados prestados aos doentes que necessitam de suporte ventilatório estão implicadas essas mesmas exigências, dado que o enfermeiro necessita de perceber as alterações no estado de saúde do doente, interpretá-las e intervir corretamente, utilizando o raciocínio e a tomada de decisão clínica subjacentes ao processo de enfermagem (Bork, 2005). Nestes doentes, a prestação de cuidados contribui

consideravelmente para a avaliação, parametrização e adaptação do doente ao suporte ventilatório (de Silva, 2009), sendo o seu trabalho considerado como essencial na monitorização, avaliação e efetividade do tratamento (Cabrini *et al.*, 2012). As suas intervenções devem basear-se no julgamento e conhecimento, tendo por base uma ação fundamentada cientificamente, “onde as decisões clínicas devem ser tomadas com base na melhor evidência disponível de modo a que os cuidados sejam seguros e efetivos” (Silva & Colaço, 2010, p.2). Só deste modo, o enfermeiro pode melhorar a sua prestação de cuidados, tendo em conta que

o processo de cuidados de enfermagem depende de um trabalho que se constrói, a partir de uma constante mobilização de elementos que entram em interação, com vista a definir as necessidades vitais de uma pessoa, de uma família ou de um grupo, que é preciso suprir, a fim de desencadear a ação que as pode satisfazer ou compensar (Collière, 1999, p.244).

1.1. Cuidar em Ambiente Tecnológico

Os cuidados de enfermagem são cada vez mais um fator chave para a sobrevivência dos doentes e para os aspetos relacionados com a manutenção, a reabilitação e a preservação da saúde (Doenges & Moorhouse, 2010), o que exige um trabalho complexo, pois envolve a habilidade técnica, o conhecimento formal, a capacidade de comunicação, o uso do eu, a noção de tempo, o investimento emocional e o processo de pensamento que leva do conhecimento à habilidade, da perceção à ação, da decisão ao toque e da observação ao diagnóstico (Carpenito-Moyet, 2012). Contudo, cuidar em ambiente de cuidados intensivos, onde a imensidão de tecnologia em redor do doente crítico tem vindo a crescer, requer habilidades para lidar com o rápido desenvolvimento tecnológico que acompanha as situações complexas, com uma velocidade e precisão que geralmente não são necessárias em outras unidades do hospital.

O aparato tecnológico que se vive nas UCI é composto por equipamentos de monitorização que fornecem informações exatas e precisas sobre variáveis biológicas, possibilitam o acompanhamento da evolução clínica dos doentes e favorecem a tomada de decisão clínica e a gestão dos sintomas e, ainda, facilitam a prevenção/deteção precoce do agravamento da doença e promovem o autocuidado e os resultados desejáveis para o doente (Doenges & Moorhouse, 2010). Os cuidados de enfermagem nestas unidades passam pela incorporação dessa tecnologia e pela relação dos dados fornecidos pela monitorização contínua com a

observação e análise da situação específica de cada doente. Deste modo, é possível obter informações fidedignas e contínuas num curto espaço de tempo.

Locsin (1999) define os cuidados de enfermagem prestados nestas unidades como o cuidado tecnológico, onde o enfermeiro usa os benefícios criados pela tecnologia para apoiar os seus cuidados e melhorar a qualidade de vida dos doentes, mas em que a utilização de instrumentos e técnicas está associada ao suporte relacional que lhe confere todo o significado e em que a integração dos processos tecnológicos está indissociável do processo relacional, uma vez que os doentes inseridos num sistema de cuidado de saúde orientado tecnologicamente irão sentir igualmente necessidade de conforto, de serem ouvidos e cuidados com dignidade e respeito (Doenges & Moorhouse, 2010).

Nestas unidades, o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes; porém, não são mais significativos do que a essência humana, pelo que aos enfermeiros é exigida competência para integrar as informações, construir julgamentos clínicos e estabelecer prioridades, para além de que esta prática de cuidados envolve diferentes dimensões relacionadas à presença da tecnologia, à necessidade de se acompanhar a velocidade do avanço do conhecimento e ao equilíbrio entre os aspetos humanos e tecnológicos, obrigando a que os enfermeiros desenvolvam obrigatoriamente as suas competências técnicas, mas também relacionais e formativas num meio cada vez mais exigente.

Na procura da excelência dos cuidados, o enfermeiro vai desenvolvendo competências de forma a poder dar respostas adequadas às necessidades dos seus doentes, uma vez que ajudar o outro é torná-lo mais capacitado, mais forte e com maior autonomia. Cuidar “é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37). No entanto, para que o enfermeiro possa prestar cuidados de excelência, será necessário que desenvolva a perícia, definida por Benner (2001) como a capacidade de testar, aprofundar e melhorar propostas, hipóteses e expectativas, tendo por base princípios fundamentados não só na teoria mas na prática do quotidiano. Deste modo, o processo de enfermagem torna-se o centro das ações, uma vez que é um instrumento para o desenvolvimento do pensamento crítico como estratégia para alcançar resultados desejados (Bork, 2005) e constitui um método eficaz de organização dos processos mentais destinados à tomada de decisão clínica e à resolução de problemas.

O processo de enfermagem aplica-se desde a primeira avaliação do doente e da sua situação clínica, familiar e social, através da recolha e organização dos dados que vão permitir a realização de um planeamento individualizado e científico para resolver situações de saúde, que antecedem a implementação dos cuidados e a avaliação da eficácia dos mesmos face aos resultados esperados. No entanto, estas etapas não estão separadas, elas estão interrelacionadas num contínuo entre o pensamento e a ação (Doenges & Moorhouse, 2010). Uma intervenção de enfermagem é uma ação autónoma, baseada cientificamente, executada para beneficiar o doente de forma previsível em relação ao diagnóstico e à meta de enfermagem (Carpenito-Moyet, 2012) sendo que muitas definições de diagnóstico de enfermagem enfocam o relacionamento de intervenções selecionadas com o diagnóstico.

Por definição, podemos considerar o diagnóstico como o estudo cuidadoso e crítico de algo com o objetivo de determinar a sua natureza (Carpenito-Moyet, 2012). A NANDA, criada com a finalidade de desenvolver uma classificação que padronizasse os diagnósticos de enfermagem e estruturar um referencial comum do uso de um sistema de classificação para a identificação do domínio de enfermagem, cujo objetivo é descrever problemas de saúde reais ou potenciais (NANDA Internacional, 2010) em que os enfermeiros, detentores de autonomia profissional, têm o poder de determinar quais os cuidados e intervenções de enfermagem mais adequados para fazer face a cada diagnóstico. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam um meio de estruturação do conhecimento, numa tentativa de definição do papel e do domínio próprio do enfermeiro. Só através do processo de enfermagem e da elaboração de diagnósticos se pode construir uma linguagem comum na identificação de problemas, ajudando na elaboração de intervenções de enfermagem e consequentemente proporcionando um guia para a avaliação dos cuidados.

No contexto da prestação de cuidados e do processo de enfermagem, é fundamental o planeamento adequado e individualizado das intervenções junto do doente. O modelo conceptual de Collière baseado no CUIDAR fundamenta bem essa prática, uma vez que cuidar é o conceito central na profissão de enfermagem, envolvendo o conhecimento do outro, em relação aos seus poderes, limitações e necessidades, o que contribui para o seu crescimento.

De acordo com Collière “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se” (Collière, 1999, p.235).

Os doentes submetidos a VNI necessitam de cuidados de enfermagem, que de acordo com o pensamento de Collière, podem ser de manutenção ou de reparação de vida. Os cuidados de reparação “não podem fazer sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida, mesmo se temporariamente, em certas circunstâncias, possam ser ‘o primeiro gesto que salva’, quer dizer, os ‘indispensáveis” (Collière, 1999, p.238). Ainda de acordo com Collière, os cuidados de manutenção de vida são definidos como “cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida, reabastecendo-a em energia (...) Estes cuidados representam o tecido, a textura da vida e asseguram a sua permanência, a sua duração” (Collière, 1999, p.237). Estes cuidados podem ser entendidos como atividades que permitem a continuidade da vida, como a higiene, alimentação, hidratação e eliminação, onde todos interagem entre si. Já os cuidados de reparação dizem respeito ao tratamento da doença, “têm como fim limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas” (Collière, 1999, p.238). Estes cuidados centralizam-se na doença e na sua progressão, por forma a conseguir erradicá-la ou atenuá-la, diminuindo assim o que constitui um obstáculo à vida. Contudo, cuidar, sobretudo em ambiente onde a tecnologia está fortemente presente, não se limita a tratar a doença. Por mais grave que ela seja, importa questionar

quais são os elementos, as referências, que podem contribuir para construir o processo de cuidados de enfermagem, a partir das situações vividas pelas pessoas que precisam dos cuidados, tendo em conta a natureza dos cuidados de manutenção da vida e dos cuidados de reparação (Collière, 1999, p.241-2).

O doente internado em UCI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiológicos, mas também para as questões psicossociais e familiares indissociáveis do ambiente e do contexto de crenças, costumes e hábitos de vida de cada doente, uma vez que essa pessoa não é um indivíduo isolado, mas sim um ser inserido numa família e sociedade, com valores próprios e padrões culturais, que irão interferir no seu processo de saúde-doença e, conseqüentemente, no processo de cuidados (Locsin, 2003).

Deste modo, o processo de cuidados de enfermagem vai-se desenvolvendo ao longo de uma construção específica de cada situação entre quem presta e quem recebe cuidados. Ele “cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar” (Collière, 1999, p.293).

As intervenções de enfermagem devem iniciar-se o mais precocemente possível, implicando sempre a pessoa como parceira ativa do processo de cuidados, valorizando-a como um todo, inserida numa família e sociedade e tendo em conta as suas particularidades, uma vez que os cuidados de enfermagem são “indissociáveis das condições de vida das pessoas” (Collière, 1999, p.234).

A família deverá ser envolvida neste processo, uma vez que na perspetiva do doente, este sente-se mais apoiado e as informações fornecidas pelos familiares podem também ajudar a equipa a conhecê-lo e, assim, permitir uma prestação de cuidados mais individualizados e centrados no doente (Blanchard & Alavi, 2008). Só a partir deste conhecimento, o enfermeiro planeia as suas intervenções de forma verdadeiramente global e individualizada e, deste modo, também a família assume responsabilidade na evolução do prognóstico do doente, desempenhando um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional e social, ao mesmo tempo que toma por ele, se necessário, decisões mais informadas (Davidson, 2009).

O cuidar, mesmo que em ambiente hostil, onde a tecnologia de ponta está fortemente presente e a rotina diária e complexa que envolve os cuidados de enfermagem é uma constante, não é um ato isolado. Cuidar é “o conjunto de um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica, assim como das inter-relações e das influências que se estabelecem entre elas” (Collière, 2003, p.241). O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes; contudo, nunca são mais significativos do que a essência humana.

1.2. Doente com Padrão Respiratório Ineficaz, Abordagem Terapêutica

A respiração é a principal necessidade do ser humano, pois sem oxigénio o corpo não realiza as suas funções essenciais à vida.

No processo de respiração, o ar passa pelo nariz, onde é humidificado, aquecido e filtrado, depois é conduzido através da faringe e traqueia, chegando desse modo aos pulmões. A renovação do ar alveolar exige a intervenção da caixa torácica e dos músculos respiratórios, sendo que este processo é controlado por uma série de mecanismos fisiológicos centrais e periféricos (Pinto, 2009), os quais podem ajustar a ventilação, caracterizada pela entrada e saída de ar dos pulmões, obedecendo a uma frequência e ritmo respiratório determinado,

profundidade expiratória e volume expiratório (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2000), apropriado para as necessidades metabólicas do organismo. Neste processo de ventilação, a entrada de ar para os pulmões requer a existência de um gradiente de pressão entre o exterior do corpo e os alvéolos e o fluxo de ar dos alvéolos para o exterior requer a existência de um gradiente de pressão na direção oposta (Pinto, 2009) No início da inspiração, através da contração da musculatura respiratória (músculos intercostais e diafragma que interferem na capacidade de distensão pulmonar, isto é, na *compliance*) o volume torácico amplia-se, o que traduz uma maior negatividade da pressão intrapleural, a qual se transmite ao nível intra-alveolar. Em consequência deste processo, e face à diferença de pressões entre o exterior, que se manterá idêntica, e as regiões alveolares, agora de perfil negativo, verifica-se um fluxo aéreo determinado por este diferencial, com entrada de ar nos alvéolos até ao reequilíbrio do gradiente de pressão. Com a finalização da inspiração, novamente em situação de idênticas pressões externas e alveolares, agora com a maior negatividade intrapleural, predomina a tração elástica pulmonar, condicionando um aumento das pressões intrapulmonares e um fluxo aéreo em sentido oposto, até novo equilíbrio dos valores tensionais atmosféricos e intra-alveolar (Pinto, 2009). No que se refere às trocas gasosas, o oxigénio, depois de difundir-se dos alvéolos para o sangue capilar pulmonar, principalmente em combinação com a hemoglobina, é transportado para os capilares dos tecidos, onde é libertado para uso das células. Por sua vez, nas células teciduais, o oxigénio reage com diversas substâncias nutrientes, dando origem a grandes quantidades de dióxido de carbono que entra nos capilares dos tecidos e é transportado para os pulmões (Seeley, Stephens, & Tate, 2011). Durante a inspiração, há expansão alveolar e na expiração o ar é forçado para fora dos alvéolos, renovando de forma contínua o ar alveolar com o objetivo de eliminar CO₂, o produto final do metabolismo aeróbio. Deste modo, fica cumprida a principal função do aparelho respiratório, que consiste na condução de oxigénio para o sangue que circula no leito capilar pulmonar removendo-lhe o CO₂. No entanto, este objetivo pode estar prejudicado no doente crítico, levando a que o risco de falência de vários órgãos ou funções possa ser eminente.

O doente com padrão respiratório ineficaz é definido pela NANDA Internacional (2010) como possuidor de uma incapacidade do processo de inspiração e expiração que não proporciona uma ventilação adequada para a sustentação da vida, podendo levar a que o doente venha a necessitar de ventilação artificial, seja ela invasiva ou não invasiva.

Nas UCI, a maioria das necessidades de cuidados aos doentes prende-se, para além das relacionadas com a monitorização e administração de fármacos vasoativos, às necessidades ligadas ao suporte ventilatório (Prinou *et al.*, 2005), quer pela falência orgânica, pela insuficiência respiratória, pela necessidade de sedação devido ao estado de agitação, ansiedade e stresse característicos dos doentes internados em UCI (Huey-Ling, Chun-Che, Jen-Jen, Shau-Ting, & Hsing-I, 2008), de entre outras, podendo dar suporte ao tratamento pelo tempo que for necessário para reversão do quadro clínico.

A ventilação mecânica pode ser definida como “a técnica através da qual se realiza artificialmente o movimento gasoso das vias aéreas superiores para as inferiores, acompanhada por uma expiração passiva, reproduzindo o fisiológico” (Pereira, Bivar, & Mendes, 2007, p.21), tendo por objetivo primordial a diminuição do trabalho respiratório, o qual se avalia em termos de consumo de oxigénio. Esta economia consegue-se através da substituição da ventilação espontânea do doente por um ciclo ventilatório artificial, com o qual toda ou parte da energia gasta no ciclo respiratório é fornecida por uma prótese ventilatória (Manno, 2005), isto é, recorrendo-se a um aparelho capaz de administrar ar atmosférico enriquecido com oxigénio a doentes impossibilitados de respirar, ou quando essa função é realizada de forma ineficaz. A utilização desta terapêutica possibilita a melhoria das trocas gasosas, revertendo a hipoxémia e atenuando a acidose respiratória, diminui a dificuldade respiratória, reduzindo o consumo de oxigénio relacionado com a ventilação e revertendo a fadiga muscular, evitando ou revertendo atelectasias e melhorando a *compliance* pulmonar (Pádua & Martinez, 2001).

O uso da ventilação mecânica teve início com ventiladores por pressão negativa, conhecidos por “pulmão de aço,” aplicados na epidemia da poliomielite entre 1930 e 1950, e cuja técnica “consistia na aplicação de pressão subatmosférica externa ao tórax simulando a inspiração, ocorrendo a expiração de forma passiva” (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009, p.656). Contudo, entre o final dos anos 1950 e década de 1960, a ventilação por pressão negativa caiu em desuso, tendo sido substituída pela ventilação por pressão positiva que consistia no fornecimento de “uma pressão positiva às vias aéreas, aumentando a ventilação alveolar e satisfazendo as necessidades de fluxo aéreo do doente” (Nunes & Cunha, 2000, p.12). O grande desenvolvimento tecnológico e aperfeiçoamento dos ventiladores e tubos traqueias decorrido na segunda Guerra Mundial e nos anos de 1960 e 70, fez com que esta terapêutica fosse muito utilizada. Só mais tarde, na década de 1980, surgiu um interesse renovado pela ventilação não invasiva por pressão positiva, no tratamento da insuficiência

respiratória crónica e aguda, devido ao aperfeiçoamento das máscaras e equipamentos para esta técnica, bem como com a introdução do CPAP para tratamento da síndrome de apneia do sono (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009; Nunes & Cunha, 2000).

No que se refere à modalidade de ventilação mecânica a instituir num doente que apresente um padrão respiratório ineficaz, esta dependerá da situação clínica do doente, do tipo de equipamento disponível e da experiência da equipa médica e de enfermagem para o seu manuseamento (Pádua & Martinez, 2001).

A VMI é um dos suportes ventilatórios mais utilizado em UCI, sobretudo no que diz respeito ao doente que se encontra em estado crítico (Wang, Wang, Zhang, & Li, 2008), com insuficiência respiratória grave, ou cujo risco de falência multiorgânica é eminente. Esta terapêutica implica a colocação de um tubo endotraqueal ou traqueostomia e a ventilação pode ser regulada por volume, pressão ou tempo, sendo que, maioritariamente, os parâmetros do ventilador são regulados de acordo com as necessidades e capacidade pulmonar dos doentes (Pereira, Bivar, & Mendes, 2007). No entanto, a VMI, como o próprio nome indica, é um procedimento invasivo com repercussões significativas sobre os vários órgãos e sistemas do doente submetido a esta terapêutica, estando diretamente relacionada a complicações frequentes, algumas das quais potencialmente fatais. As complicações mais comuns relacionadas com a VMI são a PAVM (Grap & ACNP, 2009; Pritt & Jacobs, 2005), o barotrauma, o compromisso cardiovascular, os distúrbios gastrointestinais, a dessincronização entre o doente e o ventilador (Chacón *et al.*, 2012; Manno, 2005) e as relacionadas com os aspetos comunicacionais que podem ter influência no comportamento e adaptação dos doentes submetidos a esta terapêutica, sobretudo no que diz respeito ao stress e ansiedade característicos destes doentes e seus familiares (Happ, Tuite, Dobbin, Thomas, & Kitutu, 2004) dado o ambiente de alta tecnologia.

Os cuidados de enfermagem prestados possuem uma grande relevância, demonstrada pelos resultados das intervenções que os enfermeiros efetuam junto destes doentes, em função dos diagnósticos de enfermagem evidenciados por cada doente e do planeamento e execução com eles relacionados (NANDA Internacional, 2010), bem como das intervenções decorrentes da colaboração com a equipa multidisciplinar (Stoltzfus, 2006) para assegurar as necessidades globais do doente e a sua total recuperação.

Esses cuidados incluem a monitorização adequada (Burns *et al.*, 2010) dos doentes, a prevenção das complicações associadas à VMI (Manno, 2005), a diminuição do tempo de ventilação invasiva (Crocker, 2009), assim como a adoção de estratégias comunicacionais e

aplicação de medidas de conforto, essenciais à redução da dor e stresse comuns nos doentes submetidos a esta terapêutica (Jenabzadeh & Linda, 2011).

A presença de uma via aérea artificial no doente provoca alterações dos mecanismos protetores dessa via, favorecendo a colonização de microrganismos. A PAVM é uma das infeções nosocomiais mais frequentes em UCI, resultando em elevada morbidade, mortalidade e custos em saúde, nas quais os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados, através da implementação de boas práticas com o objetivo de prevenir esta infeção (Matos & Sobral, 2010).

Para além dos aspetos relacionados com a prevenção da infeção, os enfermeiros, sendo os profissionais da equipa de saúde que permanecem mais tempo junto do doente, desenvolvem um papel fundamental no estabelecimento de estratégias comunicacionais com o doente ventilado, de modo a interpretar as suas dificuldades e necessidades, uma vez que este se apresenta impossibilitado de comunicar verbalmente. Deste modo, o enfermeiro é responsável pela adoção de estratégias que permitam compreender as necessidades do doente e promover o maior conforto possível, diminuindo os seus níveis de ansiedade e das suas famílias (Jenabzadeh & Linda, 2011).

Uma situação de internamento será sempre uma situação de crise, mais ou menos sentida de acordo com o papel social do elemento que adocece. A integridade da família é ameaçada pela separação, sentimento de perda ou pela própria sensação de ver um familiar sob suporte ventilatório, necessitando de cuidados especiais. O enfermeiro tem aqui um papel essencial ao procurar integrar a família nos cuidados, uma vez que ao assumir responsabilidade na evolução do prognóstico do doente, prestando apoio físico e emocional e atendendo às necessidades da família, fará com que proporcionem igual apoio e conforto ao seu elemento doente (Stayt, 2009; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005), ajudando-o a ultrapassar mais facilmente o processo de doença (Wang, Wang, Zhang, & Li, 2008).

A relação de ajuda é inerente ao processo de cuidar, sendo fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes. No doente sob VMI, o cuidado individualizado, em que se considera o indivíduo como um todo, numa visão holística e humanista atendendo às suas reais necessidades, tem forte influência na sua recuperação ao proporcionar-lhe uma sensação de segurança e conforto (Wang, Wang, Zhang, & Li, 2008) pois, para além do ambiente hostil que se vive em UCI, o doente crítico é na maior parte das vezes invadido por múltiplas intervenções, muitas delas dolorosas. O doente sob

VMI vê-se impossibilitado de falar, muitas vezes até de se mobilizar, num ambiente estranho e novo, sem saber o que lhe vai acontecer. O cuidado individualizado permite uma interação e relação entre o doente e o enfermeiro, diminuindo a distância entre eles e auxiliando na satisfação das suas necessidades, uma vez que “cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida... estimular, desenvolver capacidades... manter, conservar e compensar o que não está bem” (Collière, 2003, p.134). Apesar da grande tecnologia que envolve os doentes internados em UCI submetidos a VMI, o enfermeiro deve procurar transferir essa tecnologia para aquilo que é a essência dos cuidados de enfermagem (Crocker & Timmons, 2008) procurando envolver o doente e as pessoas que lhe são mais significativas nesse processo.

Com a aplicação de todas estas medidas, os enfermeiros assumem um papel importante nos cuidados que prestam, contribuindo consideravelmente para um maior conforto dos doentes e suas famílias, redução dos custos, da duração do internamento e da morbidade nos doentes sujeitos a VMI, devido à implementação de intervenções que impeçam ou minimizem as complicações, levando assim ao sucesso deste tipo de terapêutica.

A VNI é frequentemente utilizada nos doentes com padrão respiratório ineficaz internados em UCI, por patologia múltipla (Bülow, Thorsager, & Hoejberg, 2007) e, de acordo com alguns autores, este tipo de tratamento deveria ser a primeira opção de suporte ventilatório, sobretudo no que diz respeito à DPOC, ao edema pulmonar (Canadian Critical Care Trials Group, Canadian Critical Care Society & Noninvasive Ventilation Guidelines Group, 2011) e ainda na insuficiência cardíaca congestiva (Stoltzfus, 2006); no entanto, pode também ser considerada como uma opção de escolha, no período pós-operatório (Bülow, Thorsager, & Hoejberg, 2007) e nos períodos pré e pós-VMI (Canadian Critical Care Trials Group, Canadian Critical Care Society, & Noninvasive Ventilation Guidelines Group, 2011).

A VNI consiste, assim, na aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos da via aérea (como a entubação endotraqueal e traqueostomia). Esta terapêutica pode ser administrada de forma contínua ou intermitente, através de máscaras faciais, nasais e bocais, devendo ser praticada naqueles doentes cuja insuficiência respiratória tenha um carácter reversível e que possam retomar a ventilação espontânea a curto prazo.

Na VNI podem ser usadas duas modalidades ventilatórias: a pressão positiva contínua na via aérea (CPAP), que se consegue através de uma válvula expiratória que mantém uma pressão positiva no final da expiração (PEEP), e a ventilação com pressão de suporte, tanto expiratório como inspiratório (BIPAP) (Garcia, Arenas, Rajadell, Casanova, & Valverde, 2006), sendo que estas duas modalidades trazem benefícios para o doente no que diz

respeito à diminuição do esforço, ao repouso dos músculos respiratórios e à melhoria das trocas gasosas (Garcia, Arenas, Rajadell, Casanova, & Valverde, 2006).

As principais vantagens da VNI consistem em evitar a entubação orotraqueal, com a consequente diminuição dos riscos associados e diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde (Stoltzfus, 2006). Não sendo necessária sedação, permite ao doente falar, manter tosse eficaz e alimentação oral, possibilitando deste modo, diminuir o tempo de internamento, a morbidade e consequentemente os custos (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009). Contudo, este tipo de terapêutica não está indicada em algumas situações, como nos casos em que o doente possua traumatismos da face, secreções brônquicas excessivas, esteja agitado ou com alteração do estado mental, corra risco de aspiração de vômito ou, ainda, se encontre em hipoxia severa (Stoltzfus, 2006). Para além dos aspetos referidos, esta terapêutica pode ver diminuída a sua eficácia em alguns doentes, devido à falta de colaboração, especialmente quando apresentam movimento respiratório dessincronizado com o do ventilador, não permitindo o repouso e relaxamento da musculatura inspiratória (Chacón *et al.*, 2012), dificultando a ventilação, levando frequentemente à necessidade de sedação e instituição da VMI (Callucci, Richard, Wysocki, Lepage, & Bronchard, 2001).

Os doentes com padrão respiratório ineficaz requerem diversos cuidados de enfermagem, quer no que diz respeito à instituição da terapêutica, quer na prevenção de complicações e na recuperação da saúde.

De acordo com a literatura, os enfermeiros são os profissionais que detêm maior competência na implementação desta terapêutica (Bülow, Thorsager, & Hoejberg, 2007), uma vez que são eles os responsáveis pela avaliação e parametrização e ainda porque exercem influência significativa na adaptação do doente a este tipo de tratamento, desempenhando um papel importante para a sua avaliação e efetividade (Caple & Grose, 2011a; de Silva, 2009). Cabe ainda aos enfermeiros educar o doente, de modo a promover uma boa adaptação deste ao tratamento (Caple & Grose, 2011b) e uma boa interação com o doente e família, contribuindo para a eficácia do tratamento (Cabrimi *et al.*, 2012) e, consequentemente, para o sucesso da VNI (Schneider *et al.*, 2006).

Neste capítulo optou-se por não fazer uma revisão exaustiva da literatura no que se refere aos cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz submetido a suporte ventilatório, quer invasivo ou não invasivo, dado que no capítulo seguinte proceder-se-á à descrição e

análise das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, em confrontação com a literatura.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DISCUSSÃO E ANÁLISE DO PERCURSO

As UCI são caracterizadas por um ambiente muito particular, cujo objetivo é combater doenças que põem a vida em perigo, procuram dar resposta a doentes instáveis e em estado crítico, cujas condições clínicas podem alterar-se num curto espaço de tempo.

Nestas unidades, os enfermeiros desempenham um papel fundamental para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado, uma vez que a observação contínua da situação de saúde do doente os coloca numa posição privilegiada para a identificação de problemas, assim como para a iniciação de uma série de procedimentos e intervenções adequadas a cada situação (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

O doente crítico com alteração do padrão respiratório poderá vir a necessitar de suporte ventilatório, em que as causas de insuficiência respiratória podem ser múltiplas, podendo estar relacionadas com a falência mecânica para ventilar ou com alterações das trocas gasosas.

Os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes são cuidados altamente qualificados, exigem observação, recolha e procura contínua e sistemática de dados, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados (Carpenito-Moyet, 2012), de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Deste modo, o enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional, deve procurar desenvolver competências e responsabilidades nos diversos domínios da prática de cuidados, fundamentando-os na melhor evidência (Benner, Tanner, & Chesla, 2009), já que isso o conduz a uma prestação de cuidados de enfermagem especializada e de qualidade.

O desenvolvimento de competências profissionais não resulta de uma aquisição intrínseca, isto é, não resulta apenas de um conjunto de saberes acumulados (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Não basta ser detentor de um grande saber teórico, dado que as “práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (Benner, 2001, p.12).

Tendo em conta a minha experiência profissional, considero que no período antecedente à realização do estágio possuía conhecimentos que me permitiam atuar como enfermeira competente (Benner, 2001), face à vigilância e manutenção da pessoa que vivencia uma situação crítica, nomeadamente com alteração do padrão respiratório. Contudo, com o desenvolvimento contínuo durante o período de estágio, atingi o nível de competências necessárias para o reconhecimento da pessoa com alteração do padrão respiratório, assim como para a organização dos meios adequados para a execução das intervenções de enfermagem específicas para cada doente. Assim sendo, reportando a Benner (2001), considero encontrar-me no nível de proficiente face a esta problemática, dado que neste estado o enfermeiro “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p.54-5), sendo que neste nível de competência, o enfermeiro aprende pela experiência quais os acontecimentos frequentes numa determinada situação específica, assim como possui a capacidade de reconhecer o que era previsto acontecer nessa mesma situação (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

Com base no exposto, este capítulo analisa, de forma reflexiva e à luz da literatura científica, a experiência decorrida nos diversos campos de estágio selecionados, tendo em conta a sua relevância para a temática em estudo, bem como as competências desenvolvidas ao longo desse período de tempo.

2.1. Estágio num Serviço de Urgência

O SU onde realizei estágio é uma urgência polivalente, obedecendo ao Despacho Normativo n.º 11/2002. Trata-se de um serviço multidisciplinar e multiprofissional cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência. Está organizado num nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, articulando-se com as urgências específicas de obstetria, pediatria e psiquiatria, de acordo com o Despacho n.º 727/2007.

O objetivo traçado para o estágio no SU foi **Conhecer a dinâmica que envolve os cuidados de enfermagem ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, em ambiente de serviço de urgência**, sendo que as atividades delineadas para o atingir encontram-se no Apêndice II.

Previamente ao início de estágio tive contacto com o enfermeiro chefe do serviço, com o intuito de conhecer o local e identificar possíveis áreas de intervenção. Dada a dimensão e a grande abrangência de situações, e tendo em conta o objetivo estabelecido para este campo de estágio, delimito a minha área de intervenção direcionando-a para a prestação de cuidados ao doente crítico, permanecendo exclusivamente no SO e salas de reanimação, assim como no acompanhamento do chefe de equipa de enfermagem na área de gestão de cuidados, permitindo-me adquirir competências nesta área e contribuindo para uma visão mais global deste papel do enfermeiro.

O estágio no SU permitiu uma abordagem ao doente crítico, tendo em conta a diversidade de situações, revelando-se um campo de intervenção rico em experiências. O enfermeiro no SU tem que estar apto a identificar rapidamente as necessidades dos doentes e intervir em conformidade, preocupando-se com a estabilização do doente e a manutenção da vida, identificando os focos de instabilidade, os riscos de falência orgânica e ainda a prevenção da doença (Cole & Kleinpell, 2006). É-lhe exigido raciocínio rápido e capacidade de liderança e tomada de decisão, tendo em conta os valores ético-deontológicos e sociais da profissão.

Procurei abordar o doente em estado crítico de uma forma holística, prestando cuidados diferenciados e complexos, integrando a equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Para isso, foi necessário evidenciar todo o meu conhecimento através das minhas intervenções, na assistência ao doente crítico e efetuar uma avaliação contínua dos resultados esperados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), dado que cuidar implica “reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença” (Watson, 2002, p.56). Além disso, cuidar implica conhecer o outro, os seus poderes, limitações e necessidades, bem como saber quais os cuidados mais adequados que contribuem para o seu crescimento “em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas atividades” (Collière, 1999, p.245).

No entanto, cuidar em SU, implica também o desenvolvimento de competências relacionais, fator preponderante que contribuí para a qualidade dos cuidados. No decorrer da minha prestação de cuidados de enfermagem neste serviço, constatei que os doentes são tendencialmente mais exigentes, pois geralmente deparam-se com a doença de uma forma súbita, o que os deixa mais vulneráveis, ansiosos e fragilizados (Alminhas, 2007). Para além destes aspetos, a diversidade cultural e étnica dos doentes que dão entrada neste SU é

muito diversificada, podendo criar alguma dificuldade acrescida no estabelecimento da relação terapêutica. Perante estas circunstâncias, adotei uma postura capaz de criar um clima de confiança, escuta e respeito pela individualidade do doente (Boykin, Bulfin, Baldwin, & Southern, 2004), tendo em conta a forma como este vivenciava o seu processo de saúde-doença procurando “compreender a sua significação, isto é, descodificá-los, procurando o seu sentido em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas actividades” (Collière, 1999, p.245).

Por outro lado, neste serviço, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, o contacto quase permanente com a morte, implicando estratégias específicas para colmatar as necessidades dos doentes em risco e suas famílias (Abien, 2001) e as ameaças de perda, por si só, podem ser indutores de despersonalização dos cuidados (Alminhas, 2007). Contornar esses constrangimentos, tornou-se para mim um desafio, uma vez que “o processo de cuidados de enfermagem, depende de um trabalho que se constrói, a partir de uma constante mobilização de elementos (...) tendo em vista determinar a natureza dos cuidados a fornecer e os meios de os desencadear (...) visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado ambiente” (Collière, 1999, p.244). Esta preocupação contribuiu para desenvolver uma relação de proximidade e confiança, não só com os doentes, mas também com os seus familiares, contribuindo estes aspetos para o aumento da confiança e satisfação para com os cuidados de enfermagem prestados (Ekwall, Gerdtz, & Manias, 2008).

Em SU, a morte é um acontecimento frequente que pude vivenciar, o que obriga ao desenvolvimento não só de competências relacionais, como comunicacionais, quer com o doente, quer com a família. Lidar com a morte implicou o desenvolvimento de técnicas de comunicação adequadas, assim como o estabelecimento de uma relação de ajuda na transmissão de más notícias, de modo a aliviar a dor e o sofrimento (Levetown, 2004) das famílias que sofrem essa perda. A morte em SU caracteriza-se, assim, por um fenómeno singular, no qual estão envolvidos vários atores: a pessoa que morre e sua família; o enfermeiro que cuida; os restantes profissionais de saúde; e o próprio ambiente, no seu sentido mais lato (McLaughlin, 2013). Este é um processo complexo para o doente, família e para o próprio enfermeiro, que nem sempre se sente preparado para lidar com a situação (Bailey, Murphy, & Porock, 2011a) ou para a comunicação de más notícias (Smith *et al.*, 2009). Reportando a Collière (1999), tanto utilizadores, como prestadores de cuidados têm

crenças e hábitos de vida próprios de acordo com os seus diferentes meios de vida pelo que “ todo o processo de cuidados se insere num sistema de crenças e de valores” (p.282) a que os próprios prestadores de cuidados não estão alheios, tornando-se assim num processo nem sempre fácil de gerir. Os cuidados a doentes com doença terminal tornam-se emocionalmente difíceis e os profissionais sentem-se muitas vezes pouco preparados para lidar com estas situações (Bailey, Murphy, & Porock, 2011b). Frequentemente os enfermeiros adotam posturas de evitamento, procurando afastar-se do doente e da família, ou seja, da sua própria confrontação com a morte, limitando-se a executar procedimentos técnicos e apressados (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009). Pude constatar este tipo de comportamentos, contudo, pude também perceber que são reações emocionais inibidoras do estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente em fase final de vida que, tal como referem Smith *et al.*(2009), é utilizado como mecanismo de defesa para controlar os seus sentimentos e evitar o seu próprio sofrimento com a perda. No entanto, perante as minhas próprias dificuldades, procurei “mobilizar as capacidades da pessoa, da família e dos que o cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-lo competente e capaz” (Collière, 1999, p.290). Esta atitude permitiu que ultrapassasse os meus próprios receios e permitiu ainda que proporcionasse ao doente e família um cuidado centrado nas suas necessidades, baseado na relação de ajuda, o que permitiu que noutras situações semelhantes, sentisse a confiança e segurança necessárias para prestar todo o apoio de modo a que o doente e família ultrapassassem de forma menos dolorosa este processo.

No decorrer do período de estágio, várias foram as oportunidades de desenvolver competências comunicacionais e relacionais, pois para além do constante contacto com os doentes e famílias em situação de stresse e incerteza próprios de um SU, pude lidar também com situação de morte e contactar com um potencial dador de órgãos e tecidos. Esta situação despertou-me particular interesse por questões pessoais, motivo pelo qual considerei pertinente a realização de um jornal de aprendizagem cuja reflexão e análise me ajudou a identificar e colmatar algumas limitações. Lidar com esta situação contribuiu não só para a aquisição de competências técnicas, comunicacionais e relacionais, bem como para aprofundar os meus conhecimentos acerca dos termos legais envolvidos neste processo de doação de órgãos e transplantação, assim como permitiu-me criar uma perspetiva mais aprofundada e alargada sobre esta temática, que não é usual na minha prática diária de cuidados. Para lidar com todo este processo, foi necessário preparar-me para prestar

cuidados ao dador e aos seus familiares, inteirando-me de todo o processo que envolve o conhecimento da fisiopatologia e das alterações fisiológicas decorrentes da morte cerebral, do processo de doação, colheita e transplantação (Mendes, Roza, Barbosa, Schirmer, & Galvão, 2012), pois só deste modo se pode fundamentar os cuidados para com o dador, assim como explicar todo o processo à família, prestando-lhe o apoio emocional que ela necessita (Santana, Clênia, & Espindola, 2010). Tornou-se importante conhecer as políticas e os procedimentos para a doação de órgãos (Dochterman & Buleckek, 2008), bem como os procedimentos necessários para a manutenção dos mesmos, permitindo-me esses conhecimentos desenvolver as competências técnicas para manter a estabilidade hemodinâmica do dador e a viabilidade dos seus órgãos (Henneman & Karras, 2004) através dos “meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011c, p.8656). Pude também constatar que a prestação de cuidados ao potencial dador é igualmente complexa quando comparada aos cuidados prestados a um doente em estado crítico, sendo que neste caso específico, os principais cuidados de enfermagem prendem-se essencialmente com a oxigenação dos órgãos, manter a estabilidade hemodinâmica, manter o equilíbrio hidro-eletrolítico e manter a temperatura adequada do dador (Guetti & Marques, 2008).

Para além dos aspetos acima referidos, verifiquei que as intervenções de enfermagem na doação de órgãos estão também relacionadas com o processo de seleção e identificação das contra-indicações para a doação, assim como com a deteção precoce de eventuais complicações (Guetti & Marques, 2008; Santana, Clênia, & Espindola, 2010). No entanto, desempenham também um papel fundamental no fornecimento de informação aos outros membros da equipa pela posição privilegiada de proximidade junto dos doentes e famílias (Santana, Clênia, & Espindola, 2010). É esta relação de proximidade com os familiares do dador que permite participar no apoio emocional e nos cuidados à família, de forma a adequar as intervenções (Mendes, Roza, Barbosa, Schirmer, & Galvão, 2012). Este aspeto contribuiu para ajudar a família a compreender o conceito de morte cerebral, assim como permitiu criar um clima de confiança de modo a proceder ao esclarecimento de dúvidas e preocupações que surgiram neste momento de crise. Apesar de nunca ter lidado com uma situação de cuidados semelhante, intervimos junto da família no sentido de criar uma relação terapêutica que a ajudasse a ultrapassar o momento de crise que estava a vivenciar, tendo em conta que até à situação, o seu familiar se encontrava inserido numa sociedade, comunidade e nesta família, com hábitos de vida próprios, crenças e valores.

Vivenciar esta situação de cuidados, para além de ser uma experiência nova para mim, permitiu o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional. Contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais mas, também, para o desenvolvimento da relação de ajuda e cuidado para com aquela família. Permitiu ainda a prestação de cuidados de enfermagem ao potencial dador, tendo em conta todos as intervenções necessárias para a manutenção, estabilização e viabilização dos órgãos (Henneman & Karras, 2004), assim como interagir com a equipa multidisciplinar para a eventual colheita, bem como inteirar-me acerca das políticas e procedimentos essenciais para este processo, tornando-se numa experiência extremamente enriquecedora para o meu percurso profissional.

No que diz respeito aos cuidados diferenciados ao doente em situação crítica de médio e alto risco (doentes em paragem cardiorespiratória, em choque, queimados, politraumatizados, ou em sépsis, entre outras situações), os cuidados desenvolvem-se nas salas de reanimação, onde o enfermeiro começa por acionar o sinal sonoro, de modo a ativar a equipa e assegurar a prestação de cuidados no sentido da estabilização e tratamento do doente, obedecendo a uma regra sistematizada de cuidados ABCDE (*Airway*/Via aérea; *Breathing*/Ventilação; *Circulation*/circulação; *Disability*/Disfunção Neurológica; *Exposure*/Exposição com controlo de temperatura) enquanto metodologia de abordagem para a avaliação primária das vítimas (American College of Surgeons, 2008; Conselho Português de Ressuscitação, 2011; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011; Society of Trauma Nurses, 2008).

Tendo em conta a especificidade dos cuidados exigidos a estes doentes e dado não possuir experiência profissional em SU, foi valorizada a formação realizada anteriormente direcionada ao doente crítico, como o Curso de Suporte Avançado de Vida e o *Advanced Trauma Care for Nurses*, que se evidenciaram como mais-valias na melhoria da especificidade dos cuidados de enfermagem que pude prestar a estes doentes, uma vez que, de acordo com Collière (1999), o processo de enfermagem constrói-se a partir de uma constante mobilização de conhecimentos e elementos, com vista a desencadear os cuidados adequados que podem satisfazer ou compensar as necessidades vitais de uma pessoa, família ou grupo.

Ao longo da minha permanência no SU tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico vítima de trauma, pois é aqui que são prestados os primeiros cuidados à maior parte das vítimas. O trauma acarreta consequências sociais e económicas

significativas tanto para o indivíduo como para a sociedade, dado que as lesões relacionadas com o trauma podem ocasionar incapacidades físicas ou mentais temporárias ou permanentes e podem mesmo levar à morte. A intervenção de uma equipa multidisciplinar, treinada e capacitada, fundamentando a sua intervenção em *guidelines* atuais, permite a padronização dos cuidados e contribuí para a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes (Miller, 2010) assim como para a obtenção de melhores resultados. O enfermeiro, como parte integrante desta equipa, tem um papel fundamental na prestação de cuidados a estes doentes, onde a aplicação do processo de enfermagem possibilita a prestação de cuidados individualizados e favorece a tomada de decisão (Doenges & Moorhouse, 2010). O processo de cuidados constrói-se a partir de cada situação específica “elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação (...) manejando as informações provenientes da situação, descodificando-as (...) para compreender o seu significado e como as utilizar na acção de cuidar” (Collière, 1999, p.293). Dado apresentar uma maior dificuldade nos cuidados às vítimas de trauma, por se tratar de uma realidade de cuidados pouco frequente no meu quotidiano profissional, desenvolvi as etapas do processo de enfermagem incorporando-as no ABCDE em trauma (American College of Surgeons, 2008; Society of Trauma Nurses, 2008), tendo os diagnósticos e as intervenções planeadas, um papel de destaque no atendimento a estas vítimas, onde uma intervenção rápida e eficaz fornece bases para a elaboração de diagnósticos e intervenções que minimizem a mortalidade e a ocorrência de sequelas nas vítimas, uma vez que “ o campo de competências de enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios” (Collière, 1999, p.287), tendo em conta a complexidade e a gravidade do seu estado. A mesma autora reforça ainda que a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem não deve ter em conta apenas o grau de gravidade de uma doença ou limitação, mas sim a “inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa” (idem, p.287) no momento da vida em que se encontra.

As salas de reanimação recebem frequentemente doentes trazidos pelo INEM, tratando-se de um meio específico quer pela tripulação que o compõe, quer pelo equipamento que transporta, permitindo assegurar o suporte imediato de vida recorrendo a uma monitorização intensiva e suporte farmacológico específico, assim como abordagem avançada da via aérea nos casos em que são usados meios mais diferenciados como a VMER. Estes meios dão suporte a doentes instáveis hemodinamicamente, sendo que, durante a minha permanência,

a grande maioria eram doentes politraumatizados, o que permitiu colaborar nos cuidados de abordagem às vítimas e na sua estabilização tendo em conta o ABCDE em trauma (American College of Surgeons, 2008; Society of Trauma Nurses, 2008), permitindo desse modo desenvolver as minhas competências e conhecimentos nesta área.

O SU é o local onde frequentemente se procede ao suporte ventilatório dos doentes cuja situação de saúde compromete a capacidade de manter uma via aérea permeável (Rose & Gerdtz, 2009b). Esta situação ocorre com alguma frequência nos doentes vítimas de trauma, onde a insuficiência respiratória, em geral, é devida a problemas de ventilação e oxigenação (Society of Trauma Nurses, 2008). O objetivo da prestação de cuidados a estes doentes na sala de reanimação é o de estabilizar o doente, prevenindo complicações que ponham em risco a vida, otimizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos. Neste processo o enfermeiro tem um papel fundamental, não só na gestão dos conhecimentos e técnicas para cuidar, mas também em “compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença” (Collière, 1999, p. 241). Esta foi a minha primeira experiência de cuidados em SU com o doente submetido a suporte ventilatório, e onde tive oportunidade de desenvolver competências nos cuidados prestados ao doente submetido quer a VMI quer a VNI e as suas implicações para a sua saúde (Chlan, Tracy, & Grossbach, 2011), tanto no que diz respeito aos benefícios do seu uso, como nos cuidados à prevenção das complicações associadas (Chung *et al.*, 2012). Para este processo, também contribuiu como uma mais-valia a experiência proporcionada pela equipa de enfermagem ao cuidar dos doentes submetidos a suporte ventilatório, apoiando as minhas decisões e promovendo a qualidade dos cuidados por mim prestados, tornando esta experiência extremamente enriquecedora para o meu percurso de aprendizagem. Contudo, pude desenvolver maiores competências na implementação e monitorização da VMI e VNI no estágio em UCI, que abordarei no ponto 2.2.

Durante a minha permanência na sala de reanimação tive oportunidade de prestar cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz devido a insuficiência respiratória aguda, sendo esta uma das causas mais frequentes pelas quais os doentes recorrem ao SU (McBrien, 2009). As causas mais comuns de insuficiência respiratória no SU são o Edema Agudo do Pulmão, a Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva ou ainda a Insuficiência Cardíaca, situações em que a VNI é considerada como terapêutica eficaz na melhoria clínica da situação de saúde destes doentes (Carvalho, Pinheiro, Aragão, & Martins, 2008; McBrien, 2009; Rose &

Gerdtz, 2009a) e onde o enfermeiro tem um papel essencial na implementação, monitorização e avaliação dos resultados (Caple & Grose, 2011a; Caple & Grose, 2011b). Uma vez que a maioria dos conceitos implicados na utilização desta terapêutica foram já descritos no enquadramento teórico, realço apenas a importância que este primeiro contacto teve para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências nesta área. Neste processo, pude colaborar e enriquecer os meus conhecimentos com outros enfermeiros mais experientes nos cuidados de enfermagem imediatos a doentes submetidos a esta terapêutica, assim como acompanhar toda a implementação e monitorização deste tratamento. Para além disso, pude constatar como as intervenções de enfermagem, através do ensino que é feito ao doente, implementação e monitorização da terapêutica com VNI, são de extrema importância para o sucesso deste tratamento (McBrien, 2009; Rose & Gerdtz, 2009a), assim como contribuem consideravelmente para a evolução positiva do estado de saúde destes doentes.

Ainda no que diz respeito às salas de reanimação, devo referir que todo o material é verificado, assim como a sua operacionalidade a cada início de turno pelo enfermeiro destacado para essas salas, pelo que durante a minha permanência pude também efetuar essa tarefa e constatar a sua importância para uma prestação de cuidados mais eficaz e segura. Tratando-se de um local em que o doente crítico entra com necessidade de intervenção imediata, todo o material de emergência deverá encontrar-se bem visível, de acesso fácil e operacional, pois favorece a atuação imediata, dá segurança à equipa e promove a qualidade dos cuidados aí prestados.

Durante a realização deste estágio, houve também a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem aos doentes internados em SO, a vivenciar um processo de doença crítica, necessitando de monitorização hemodinâmica, ou apenas gestão de medidas terapêuticas. Nesta sala mantêm-se em observação durante algumas horas os doentes cuja evolução do estado de saúde deve ser verificada e monitorizada até à tomada de decisão, ou de uma eventual transferência para outro serviço. Apesar de a aprendizagem no SO ter sido enriquecedora, acabou por não proporcionar muitas experiências diferentes daquelas que experiencio no meu local de trabalho; contudo, possibilitou a partilha de conhecimentos e vivências decorrentes dos anos da minha experiência na prestação de cuidados, assim como momentos de reflexão sobre as práticas de cuidados, que têm “como fim questionar a maneira como os cuidados dinamizam as capacidades das pessoas para responder às suas

necessidades de saúde” e o “ousar argumentar o sentido e o porquê da ação de enfermagem (Collière, 1999, p.315-316), pois só com este constante questionar se poderá evoluir efetivamente para a implementação de cuidados de qualidade.

Para se tornar especialista, um enfermeiro deve adquirir competências ao nível da gestão e supervisão de cuidados, quer a nível da liderança, articulação de recursos humanos, materiais e tomada de decisão, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011b). Como tal, considere pertinente o acompanhamento do chefe de equipa de enfermagem no SU, de modo a que também eu pudesse adquirir algumas competências nesta área. O enfermeiro chefe de equipa não assume um posto, circula por todo o SU, dispondo assim de um conhecimento alargado acerca de tudo o que nele se passa, o que lhe permite a qualquer momento tomar decisões que otimizem a resposta da equipa multidisciplinar, garantindo desse modo a segurança e qualidade dos cuidados. Durante este período pude acompanhar o processo de coordenação da equipa de enfermagem, quer ao nível da otimização e tomada de decisão no processo de cuidados, quer ao nível da orientação e supervisão das tarefas delegadas, assim como participei na gestão dos recursos humanos e materiais, garantindo desse modo a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SU. Cabe também ao chefe de equipa o papel de definir diariamente os postos de trabalho de cada enfermeiro pelos diferentes setores do SU, estabelecendo prioridades de ação durante o decorrer do turno, reajustamento de recursos humanos em função das necessidades e identificação de situações problema conjuntamente com a restante equipa multidisciplinar, bem como em articulação com o CODU. Durante este acompanhamento, pude constatar como o papel deste enfermeiro é fundamental na gestão de cuidados, rentabilizando e melhorando o funcionamento do serviço e a motivação da equipa, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados no SU.

Após a conclusão desta etapa do estágio, considero que se tratou de um campo enriquecedor pela diversidade de experiências que proporcionou, contribuindo para o desenvolvimento/consolidação de competências específicas na área de especialização (OE, 2011a, 2011b), bem como na gestão das várias experiências de cuidados, onde as competências técnicas estão aliadas às competências relacionais. A necessidade de atuar rapidamente, o elevado número de doentes admitidos, o curto internamento, o medo, a insegurança e ansiedade dos doentes e familiares, onde todo o ambiente lhes é desconhecido, pode condicionar a prestação de cuidados. No entanto, ultrapassei esta

dinâmica complexa e desgastante utilizando estratégias facilitadoras do processo de cuidados, como a criação de um clima de confiança, o respeito pela individualidade do doente no estabelecimento da relação terapêutica, aliado ao uso da evidência e dos conhecimentos técnico-científicos (Alminhas, 2007), contribuindo desse modo para que proporcionasse cuidados técnicos e humanizados de qualidade à pessoa em situação crítica.

2.2. Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

A UCI está inserida no serviço de pneumologia de um hospital central, integrando-se no conceito de unidade de cuidados, dispondo de áreas distintas e organizadas com tecnologia específica e avançada, onde a concentração de saberes e competências diferenciadas na qualidade de recursos humanos permite dar resposta aos objetivos para que foi criada, como é referido nas recomendações para o desenvolvimento dos cuidados intensivos, emanadas pelo Ministério da Saúde (DGS, 2003). Tal como acontece com outras UCI, trata-se de uma unidade diferenciada e multidisciplinar, direcionada para os doentes com patologia do foro respiratório, onde se prestam cuidados a doentes com compromisso fisiopatológico, em risco de falência de uma ou mais funções vitais e portanto com risco de vida para a pessoa.

Os objetivos para o estágio na UCI foram **Conhecer o processo de cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz** e **Prestar cuidados especializados ao doente submetido a tratamento com VNI e VMI**, sendo que as principais atividades delineadas para o atingir encontram-se no Apêndice III.

A dinâmica de trabalho em UCI é muitas vezes caracterizada como intensa e de elevada imprevisibilidade. A possibilidade de agravamento da situação de saúde, já de si instável, dos doentes internados, pode desencadear-se abruptamente. Também a ocorrência da admissão de um doente que envolve uma série de procedimentos que têm a ver com a preparação da unidade de cuidados do doente, a preparação do material necessário para o seu acolhimento, assim como com o conhecimento da sua situação de saúde e necessidade de cuidados, procedimentos estes que obedecem a protocolos pré-estabelecidos, próprios de cada UCI, têm um forte contributo para a qualidade dos cuidados (Ludgrén-Laine, Suominen, Kontio, & Salantena, 2009), mas são também fonte de movimento e agitação na planificação dos cuidados de enfermagem, assim como um momento stressante para o próprio doente e família.

A admissão de um doente em UCI, por norma, requer uma rápida intervenção, tal como pode constatar ao longo da minha prestação de cuidados nesta unidade, uma vez que o doente apresenta alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com possíveis riscos para a saúde, encontrando-se muitas vezes no limite com a morte (OE, 2011c). Este cuidado voltado para os aspectos físicos, orgânicos e biológicos, com controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso da tecnologia, contribui para um entendimento dos doentes e famílias, da UCI como um local hostil, impessoal e distante, onde a experiência de internamento dadas as suas características e rotinas rígidas e ainda o ambiente tecnológico que se vive, podem gerar no doente “desconforto, impessoalidade, dependência de tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade e de autonomia” (Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Lorenzini, 2011, p.26), rompendo com o seu modo habitual de vida. No entanto, perante um ambiente tecnologicamente avançado, desenvolvi competências ao nível do estabelecimento da relação terapêutica com o doente e família de modo a contemplar o reconhecimento da sua individualidade própria, em que a tecnologia em enfermagem compreende o conhecimento humano em todas as suas dimensões, apresentando-se de forma dialética entre o cuidado humano e o domínio da técnica inserido no ato de cuidar (Locsin, 1999). Ao cuidar de cada doente, intervimos de uma forma holística, tendo em conta a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que estava inserido e a sua coparticipação no processo de cuidados, sendo estes aspetos considerados como positivos no processo de cuidar (Bailey, 2009).

Um dos aspectos fundamentais na admissão dos doentes em UCI prende-se com o significado do internamento para o doente e seus familiares. Vários autores apresentam este processo como gerador de stresse, ansiedade e medo (Eggenberger & Nelms, 2007; Stayt, 2009; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005). Collière (2003) caracteriza a vida como uma sucessão de passagens; logo, o internamento em UCI é uma passagem que marca a vida, provocando um período de crise e tumulto, pelo que as experiências emocionais e psicológicas vividas em situação crítica podem, de certo modo, estar relacionadas com a quantidade de apoio que os doentes e familiares recebem da equipa de cuidados intensivos, em resposta às suas necessidades de saúde (Kinrade, Jackson, & Tommay, 2009). Deste modo, considere sempre as dificuldades apresentadas pelos doentes e familiares no processo de cuidados.

O doente necessita de ser reconhecido como integrante de uma família, contribuindo esse facto para que se sinta protegido e seguro. Contudo, verifiquei que muitas vezes a família também é afetada pela experiência vivida durante o internamento de um familiar. Em UCI o ambiente é novo, cheio de máquinas, tubos e sons que os familiares não conhecem. Os cuidados que Collière (1999) designa de reparação exigem nas UCI o recurso a tecnologia avançada e invasiva, englobando desde os instrumentos mais simples até às máquinas mais complexas que intimidam os familiares, que se encontram num período de fragilidade e angústia e também com necessidades de cuidados (Keenan & Joseph, 2010).

O envolvimento das famílias no processo de cuidar é essencial, tendo um efeito positivo sobre o doente e sobre os membros da família. Deste modo, desenvolvi ações junto do doente e sua família que me permitiram diminuir a distância e promover a satisfação das suas necessidades. “Se cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida (...) estimular, desenvolver capacidade (...) manter, conservar e compensar o que não está bem (...) supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja situar o que torna os cuidados necessários” (Collière, 2003, p.134). Assim sendo, procurei igualmente envolver a família no cuidado que desenvolvi junto dos doentes, uma vez que, se as suas necessidades forem conhecidas e atendidas eficazmente, proporcionarão igual apoio e conforto ao seu elemento doente (Stayt, 2009; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Gryndonck, 2005).

Da minha experiência na UCI, os familiares recorrem aos enfermeiros essencialmente para pedir informações relacionadas sobre como é que o seu familiar se alimenta, como é que ele passou a noite, se tem dores, o que é que ele consegue fazer, ou seja, informações relacionadas com os designados cuidados de manutenção, cuidados quotidianos e habituais ligados às funções de manutenção e da continuidade de vida como classifica Collière (1999). Procurei que os cuidados de enfermagem não fossem meros atos isolados, uma vez que não podemos separar relação e técnica, dado que “todo o instrumento de reparação exige uma justificação para ser usado” (Collière, 1999, p.266), porque senão a técnica fica vazia de conteúdo. Segundo Bench, Day, & Griffiths (2011), uma família que não está devidamente informada é incapaz de ajudar no processo de recuperação do doente, de o representar com sentido, de o cuidar. Isto porque, “os cuidados de enfermagem veiculam um poder redutor de cada vez que há redução das capacidades dos utilizadores, da sua família” pelo que, utilizar “tudo o que os motiva, os mobiliza, lhes dá desejo e gosto de viver, lhes faz descobrir a sua própria capacidade, ganhar confiança em si próprios e construir um sentimento de

valorização pessoal” (Collière, 1999, p.312) é uma forma de os envolver no processo de cuidados. A minha experiência de cuidados também veio ao encontro desse facto. Uma família cuja necessidade de informação vai sendo satisfeita, torna-se parceira dos cuidados, garantindo à pessoa doente cuidados personalizados e de qualidade, refletindo que “o poder veiculado pelos cuidados de enfermagem é libertador de cada vez que: permite aos utilizadores utilizar o poder que lhes resta; restitui ou aumenta um poder de ser, de autonomia; reconhece o saber das pessoas tratadas” (Collière, 1999, p.314).

Ao longo da minha prestação de cuidados na UCI, desenvolvi competências relacionais junto da família, estabelecendo uma relação terapêutica, informando e recolhendo a informação necessária para prestar os cuidados apropriados, estabelecendo laços entre as diferentes informações obtidas para lhes compreender o sentido, pois de acordo com Blanchard & Alavi (2008) as famílias partilham também informação sobre elas próprias e sobre o seu familiar, o que é essencial à prestação de cuidados e à integração de tais informações nos cuidados prestados.

Durante a minha permanência na UCI, e tal como é referido por Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck (2005), verifiquei que uma das preocupações dos familiares, é a certeza de que o seu familiar é cuidado por pessoas competentes e dedicadas e que recebe o melhor tratamento. Também Engström & Söderberg (2007) referem que se os familiares verificarem que os cuidados prestados são personalizados, centrados na pessoa/família e que a equipa de saúde está a integrar as informações fornecidas, a sua confiança na equipa aumenta. Foi esta confiança nos cuidados de enfermagem que desenvolvi junto dos familiares dos doentes de quem cuidei ao longo do tempo de permanência na UCI. Citando Collière (1999, p.149), “conhecer melhor a pessoa tratada, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objeto incondicional dos cuidados, mas como sujeito” é indispensável ao processo de cuidar. Prestar cuidados sem conhecer a pessoa, “a experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo” (Collière, 1999, p.47), leva-nos apenas a tratar de um corpo objeto em vez de cuidarmos do corpo sujeito, afastamo-nos assim do cuidar, que passa pelo toque, pela palavra, pela relação com o outro, que garante o seu conhecimento.

Na adoção destas estratégias, tal como Auerbach *et al.* (2005) e Huffiner *et al.* (2013) sugerem, constatei que os familiares ao terem as suas necessidades satisfeitas participavam ativamente nos cuidados, funcionando como parceiros, tomando decisões mais ponderadas

na representação do seu familiar e com maiores benefícios para ele. Deste modo, confirmei que envolver a família na tomada de decisão e nos cuidados ao doente engrandece o seu papel durante o internamento e, conseqüentemente, minimiza as suas necessidades e contribui para a recuperação dos doentes.

A aquisição de competências comunicacionais foi também um aspeto desenvolvido, uma vez que é a “relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados” (Collière, 1999, p.152). O processo comunicacional teve assim importância, não só pela relação que estabeleci com o doente e família, mas também pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados (Slatore *et al.*, 2012), uma vez que um dos aspetos de insatisfação dos doentes está muitas vezes relacionado com as competências comunicacionais do desempenho dos profissionais de saúde (Happ *et al.*, 2011). Os familiares dos doentes recorrem muitas vezes aos enfermeiros para que estes auxiliem a perceber o seu familiar doente (Slatore *et al.*, 2012; Smith, 2011), uma vez que os principais problemas de comunicação nestas unidades relacionam-se com o facto de os doentes serem frequentemente submetidos a VMI, ficando impossibilitados de comunicar oralmente (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011) e por vezes apresentarem limitações motoras, devido à sedação que lhes diminui os movimentos, afetando desse modo o processo de comunicação (Balas *et al.*, 2012).

Ao longo do estágio, verifiquei que uma das maiores preocupações do doente internado em UCI é a de não poder falar quando está entubado endotraquealmente. Esta impossibilidade de comunicar através de linguagem verbal coloca-o numa posição de desvantagem, não só por não conseguir fazer perguntas acerca do seu estado de saúde, como também por não conseguir partilhar as suas preocupações e receios. O doente entubado endotraquealmente por via nasal ou oral sofre alteração da comunicação verbal que se manifesta pela não emissão de sons. Quando o tubo endotraqueal é introduzido, as cordas vocais ficam estiradas, impedindo a formação de sons. O doente fica desse modo privado de comunicar oralmente, uma vez que as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011). Embora verificasse que a maioria dos doentes que não estão sedados tenta um esforço verbal, movendo os lábios, constatei que nem sempre conseguem fazer-se perceber. A ansiedade e o nervosismo são característicos nestes doentes pelo esforço que fazem para serem compreendidos e pelo desespero quando não se conseguem fazer entender

(Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011). Ao cuidar de doentes submetido a VMI, verifiquei que eles vivenciam a comunicação como um impedimento, pelo que observar como é que o doente se sente devido ao facto de não conseguir falar, assim como perceber como é que se sente quando experiencia outros métodos de comunicação, que não a verbal, tornam-se estratégias facilitadoras neste processo (Cagle, 2013a).

Deste modo, procedi à utilização de todos os tipos de comunicação no estabelecimento da relação terapêutica que desenvolvi com os doentes, uma vez que demonstraram ser essenciais para o estabelecimento de uma comunicação eficaz. A multiplicidade de canais de comunicação, verbais e não-verbais associam-se para obter uma comunicação total e dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso, e às mensagens não-verbais transmitidas pelos gestos, mímica e postura (Cagle, 2013a; Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011; Pullen, 2007). Reconhecer a importância da comunicação não-verbal permitiu-me compreender melhor os doentes, bem como estar mais atenta aos gestos, às mímicas, às posturas corporais, que funcionaram como “pistas” permitindo-me compreender melhor os seus estados emocionais. A compreensão da informação que o doente transmite tornou-se essencial para uma prestação de cuidados individualizada, tendo em conta todas as suas necessidades (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011) e dimensões, pois de acordo com Collière (1999) a utilização das informações recolhidas na relação que estabelecemos permite “conhecer o doente e de compreender o que ele tem” (p.152) e ainda “determinar a ajuda a prestar” (p.152). Neste processo, tive ainda em atenção o facto de que a comunicação que estabelecemos com os nossos doentes tem de estar adaptada às suas capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional, às necessidades individuais, emocionais e linguísticas (Cagle, 2013a & Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011), caso contrário o processo de comunicação será ineficaz por falta de compreensão. Também Collière (1999) alerta para a importância de considerar “o vivido sociocultural e socioeconómico (...) hábitos, crenças e valores” (p.281) na conceção dos cuidados de enfermagem e a sua incidência sobre a prática. As intervenções de enfermagem escolhidas para ultrapassar as dificuldades na comunicação com o doente ventilado basearam-se nas necessidades individuais de cada doente, pois cada um vivencia esta experiência individualmente e de modo diferente. Assim o método alternativo para comunicar foi escolhido em colaboração com o doente, tendo em consideração a sua condição física e psicológica (Krimshstein, *et al.*, 2011). Em alguns doentes optei pela utilização da mímica gestual, noutros utilizei cartões em que o doente podia escrever ou fazer pequenos

desenhos. Através destas estratégias facilitadoras do processo comunicacional (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011) pude perceber se o doente estava confortável, tinha dor, estava ansioso ou com alguma situação que o perturbasse de modo a direcionar as minhas intervenções através do plano individual de cuidados (Doenges & Moorhouse, 2010). Ao ter em conta todos estes aspetos na relação terapêutica que estabeleci com os doentes, melhorei a compreensão das suas necessidades e preocupações (Shuldham, 2013) e individualizei o estabelecimento de ações de modo a que o doente pudesse lidar melhor com a sua doença, reduzindo assim os estados de ansiedade (Slatore *et al.*, 2012), preservando o respeito pela dignidade, promovendo a satisfação, o sentimento de segurança, aumentando a adesão a procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do doente e sua família no processo terapêutico (Smith, 2011 & Slatore *et al.*, 2012).

No que se refere ao doente submetido a terapêutica com VNI, o processo comunicacional está facilitado, uma vez que o doente sujeito a esta terapêutica não fica impedido de comunicar oralmente, dada a natureza deste tipo de tratamento (Pertab, 2009). No entanto, na prestação de cuidados, tive igualmente em conta todos os aspetos acima referidos. Apesar da comunicação oral estar facilitada, atribuí de igual modo importância aos aspetos da comunicação não verbal. Os doentes sujeitos a esta terapêutica apresentam igualmente preocupações e angústias que muitas vezes não são verbalizadas, para além disso, esta é também considerada como uma experiência stressante para os doentes (Preston, 2013). Tendo em conta estes aspetos, fui adquirindo a sensibilidade para interpretar as dificuldades e necessidades sentidas pelo doente, criando um ambiente de confiança de modo a “perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação (...) procurando o seu sentido em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida” (Collière, 1999, p.245). As dificuldades referidas por estes doentes têm essencialmente a ver com a ansiedade e sensação de claustrofobia causada pela pressão do ar que é lançado e pela utilização da máscara facial ou facial total (Caple & Grose, 2011a), contudo apesar de causarem maior desconforto em relação às máscaras nasais e bocais, são as mais utilizadas em situações agudas quando é difícil manter o encerramento da boca (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009). Deste modo, foi importante desenvolver intervenções de modo a facilitar o processo de cuidados para que o doente pudesse aderir e adaptar-se facilmente ao tratamento. Foi necessário explicar ao doente que numa fase inicial sente maior desconforto mas que se vai dissipando à medida que se adapta ao tratamento. Para facilitar este processo, pode-se incrementar inicialmente pressões de EPAP e IPAP

mais baixas e ir aumentado de acordo com a tolerância do doente (Caple & Grose, 2011a). Foi necessário utilizar máscara facial ou nasal de tamanho e formato adequado ao tipo de face do doente (Preston, 2013), para que se sentisse o mais confortável possível e não houvesse a possibilidade de fugas de ar que põe em causa a eficácia do tratamento. Ensinar o doente para que mantivesse a sua respiração sincronizada com o ventilador (Caple & Grose 2011b) foi importante para promover a sua adaptação, dado que tentar contrariar as pressões de ar lançadas causa maior ansiedade, desconforto e cansaço. Outro dos ensinamentos essenciais que promovi ao doente aquando do início desta terapêutica prende-se com a remoção da máscara. O doente submetido a VNI por vezes faz grandes ingestões de ar pela boca, podendo provocar distensão abdominal, causando desconforto. Se tiver vontade de vomitar, é necessário que saiba remover eficazmente a máscara, impedindo a aspiração de vômito (Caple & Grose, 2011a) e as consequências que tal complicação acarreta para o seu estado de saúde. A utilização da máscara facial afeta também a comunicação verbal. Apesar de serem perceptíveis palavras simples, há dificuldade em perceber frases longas, pelo que foi necessário utilizar outros tipos de comunicação de acordo com as capacidades do doente, como a mímica gestual ou o uso de cartões onde pudesse escrever. Contudo, assim que o doente se apresentava mais estabilizado a nível respiratório, foi possível incrementar pequenas pausas no tratamento, para alívio das zonas de pressão, para poder alimentar-se e comunicar as suas preocupações (de Silva, 2009), medida esta que facilitou a tolerância ao tratamento assim como possibilitou ir ao encontro das necessidades do doente tendo em vista o desenvolvimento do seu potencial de saúde e bem-estar.

Para além dos aspetos acima referidos existem outras medidas essenciais que tive em conta na monitorização da terapêutica com VNI. Para além dos ensinamentos referidos, foi essencial a monitorização do tratamento. Ao iniciar esta terapêutica, para além de previamente ter explicado o procedimento ao doente, foi importante posicioná-lo confortavelmente sentado no leito ou com a cabeceira elevada de modo a facilitar a expansão torácica (Caple & Grose, 2011a). Cada doente foi monitorizado com oximetria de pulso, frequência respiratória, monitorização electrocardiográfica, tensão arterial e alarmes de fugas de ar (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009). O ventilador deve estar ligado a uma fonte de oxigénio e deve ser programado inicialmente com pressões mínimas de EPAP e IPAP, a cujo reajustamento procedi de acordo com a evolução clínica e gasimétrica do doente (Caple & Grose, 2011b), assim como de acordo com a sua tolerância ao tratamento. A monitorização de gases no sangue é efetuada cerca de 30 a 60 minutos após o início da terapêutica (Caple

& Grose, 2011a) a fim de avaliar a evolução do tratamento. Para além destes aspetos, para uma boa monitorização desta terapêutica foi essencial estar atenta aos valores de oximetria de pulso, ao aumento da frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e vigilante sobre a utilização de musculatura acessória na respiração pelo doente (de Silva, 2009), assim como do seu nível do estado de consciência, pois a alteração destes aspetos pode ser indicativa de desadaptação e/ou ineficácia do tratamento, sendo nestes casos essencial ponderar a utilização de terapêutica com VMI.

A dor descrita como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial” (OE, 2008, p.11) é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e interferindo no seu estado físico e psicossocial. A sua experiência subjetiva é considerada uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes sensoriais, afetivos cognitivos, sociais e comportamentais (Alspach, 2010). O doente internado em UCI, “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais” (OE, 2010, p.1), está frequentemente sujeito a elevada intervenção clínica, implicando o frequente recurso a técnicas invasivas essenciais à recuperação do estado de saúde ou à prevenção de eventuais complicações, mas que na maior parte das vezes são fonte geradora de dor (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012). O enfermeiro, enquanto profissional de saúde privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o doente, encontra-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Subramanion, Allcock, James, & Lathlean, 2011), tendo sempre em linha de conta que a dor é sempre uma experiência subjetiva e pessoal e aprendida pela experiência de cada doente (Alspach, 2010). Este conceito é essencial para a definição de métodos a serem utilizados na avaliação do doente com dor e na seleção das intervenções de enfermagem para o controlo e alívio das queixas álgicas (Wang & Tsai, 2010), devendo o tratamento ser individualizado, de acordo com as necessidades do doente e dirigido à causa da dor. Assim sendo, tornou-se importante identificar as características das queixas álgicas, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do doente, a identificação de fatores de agravamento ou alívio das queixas, a seleção de alternativas de tratamento quer através de administração de analgesia quer através de medidas não farmacológicas que proporcionam conforto e a verificação da eficácia das terapias implementadas (Alspach, 2010), como elementos favoráveis na prevenção e alívio da dor nos doentes internados.

Sendo a experiência dolorosa um fenómeno individual, deve ser caracterizada e sujeita a avaliações sistemáticas, pelo que ao longo da prestação de cuidados procedi ao seu registo através de instrumentos de avaliação da dor, de modo a permitir que os dados recolhidos fossem partilhados no sentido de uma abordagem multidisciplinar no controlo da dor do doente, envolvendo o doente e a família como parceiros ativos no plano de cuidados no controlo da dor (OE, 2008).

A prestação de cuidados à pessoa com dor tem expressão regular e formal nos padrões de documentação de cuidados de enfermagem (OE, 2008). Contudo, foi importante escolher o instrumento de avaliação da dor, tendo em conta os vários aspetos da situação particular de cada doente, como a idade, a situação clínica e o tipo de dor. Tornou-se um desafio adaptar cada instrumento de avaliação à capacidade cognitiva e psicomotora de cada doente (Alspach, 2010), podendo usar-se uma grande variedade de escalas unidimensionais para mensurar a intensidade da dor, de modo a que os dados possam ser traduzidos da forma mais objetiva possível e atendendo a protocolos padronizados para que todos possam avaliar de forma sistemática as experiências dos doentes (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012). Nesta UCI, e de acordo com o recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), são utilizadas duas escalas de avaliação da dor, a *Escala Visual Numérica* e a *Behavioral Pain Scale*. Na *Escala Visual Numérica*, o doente avalia a sua dor com base numa escala de 0 a 10, em que o “0” corresponde a nenhuma dor e o “10” é considerado como a pior dor imaginável, utilizada para avaliar a dor em doentes que comunicam verbalmente (Alspach, 2010), normalmente utilizada na avaliação nos doentes submetidos a VNI; contudo, quando a utilização da máscara facial tornava imperceptível a compreensão, é utilizada a *Escala de Faces* (Circular Normativa Nº:09/DGDC, 2003). A *Behavioral Pain Scale*, baseada numa pontuação que soma três itens: a expressão facial, os movimentos dos membros e a adaptação ao ventilador, utilizada para avaliação da dor por meio subjetivo da observação de comportamentos em doentes sedados e submetidos a VMI (Kabes, Graves, & Norris, 2009). De acordo com a minha experiência de cuidados nesta unidade, estas escalas permitiam uma avaliação adequada da dor no doente crítico, promovendo a interação enfermeiro-doente, implicando desse modo a existência de relação terapêutica com benefícios para o doente e capaz de produzir um indicador do estado clínico do doente e da qualidade de cuidados de enfermagem prestados na unidade.

Após a avaliação da dor, desenvolvi intervenções de enfermagem por forma a ir ao encontro das necessidades individuais de cada doente (Carpenito-Moyet, 2012). Cuidar de alguém com dor implica muito mais que administração de terapêutica analgésica; é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica com o intuito de aliviar, confortar, apoiar, promover e restabelecer o bem-estar do doente (Chang, Chen, & Su, 2011), tendo “efeitos terapêuticos insubstituíveis” (Collière, 1999, p.164). Neste processo, foi importante perceber quando ocorre a dor e como ela afeta o bem-estar do doente para poder ajudá-lo. Durante o processo de avaliação da dor, utilizei técnicas de comunicação que facilitaram o estabelecimento de uma relação terapêutica, no sentido de melhorar a compreensão da situação particular de cada doente, pois de acordo com Collière (1999) “uma boa compreensão das informações que vêm do doente traduz-se num ganho de tempo inestimável” (p.163) assim como na definição das “necessidades vitais de uma pessoa” (idem, p.244). No doente submetido a VNI são compreensíveis palavras simples; quando tal compreensão era dificultada pela utilização da máscara, procedi à utilização de mímica gestual ou cartões de escrita, no sentido de averiguar a existência da dor e suas características em termos de localização, intensidade, descrição, duração e recorrência (Alspach, 2010), mas também recorri às técnicas de saber escutar e estar atenta ao que a linguagem não verbal me transmitia, no sentido de compreender melhor a dor sentida pelo doente. Da minha experiência de cuidados, a dor nestes doentes para além de estar relacionada com procedimentos invasivos, muitas vezes é influenciada pela pressão exercida pela máscara, podendo causar zonas de ulceração na região do nariz e da boca (Caple & Grose, 2011a). Assim, foi essencial proteger essas zonas com placas hidrocolóides (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009) sempre que a pele se apresentava fragilizada, e utilizar em alternância máscaras de tamanhos diferentes (de Silva, 2009) para promover o alívio das zonas de pressão e a integridade da pele, minimizando o desconforto. Outra das queixas referidas por estes doentes tem a ver com a congestão nasal e secura das mucosas causada pela constante entrada de ar, pelo que nestas situações tornou-se benéfico proceder à humedificação do circuito (Caple & Grose, 2011a). A ocorrência de conjuntivites, devido à saída de ar da máscara na região ocular (Caple & Grose, 2011a), também costuma ser frequente, pelo que a utilização de colírios ajuda no desconforto e prevenção desta inflamação.

No que se refere ao doente submetido a VMI, dado a comunicação verbal estar afetada, estive atenta, essencialmente à observação dos aspetos comportamentais do doente

(Kabes, Graves, & Norris, 2009) que são concretos e observáveis e dão indicações acerca do que ele possa estar a sentir, tal como a expressão facial e os fatores fisiológicos associados à dor que podem manifestar-se com taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipneia, palidez, sudorese, inquietação, alteração da tensão muscular, entre outras (Alspach, 2010; Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012). O doente submetido a VMI muitas vezes sofre de dor, agitação, ansiedade e dificuldade em dormir pela constante estimulação existente no ambiente que o rodeia. Para além destes aspetos, o doente que não esteja sob sedação e que apresente dor, vai estar limitado na colaboração nos cuidados que lhe são prestados, assim como em terapias respiratórias essenciais à sua recuperação (Vázquez *et al.*, 2011), pelo que ao mobilizar intervenções que ajudem a minimizar estes efeitos favorecemos a sua recuperação. De acordo com cada situação, desenvolvi ações de enfermagem que pudessem proporcionar alívio das queixas, como a administração de analgesia e sedação, intervenções essas interdependentes e sujeitas a prescrição médica, cabendo-me a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorização dos seus efeitos (OE, 2008). Contudo, sempre que possível optei pela abordagem não farmacológica, como a promoção de um ambiente calmo, a criação de sensação de conforto geral, alternância de posicionamentos, alteração da condução do estímulo doloroso (Tracy & Chlan, 2011), estabelecimento de uma boa comunicação-empatia, estabelecimento de apoio emocional ao doente e sua família, assim como facilitar o apoio da família junto do doente, sendo estas medidas facilitadoras no alívio da dor e do sofrimento (Dreyer & Nortvedt, 2007). No entanto, devo realçar que a implementação de todas as intervenções de enfermagem tiveram sempre em conta a avaliação e julgamento clínico das intervenções (Doenges & Moorhouse, 2010) que melhor se adequavam às necessidades individuais de cada doente.

A ventilação mecânica, tal como referido anteriormente, é um dos recursos mais utilizados em UCI (Danckers, *et al.*, 2013) com o intuito de suprimir as atividades e necessidades respiratórias do doente em estado crítico. Apesar do grande benefício no uso de VMI, utilizada na substituição da atividade respiratória dos doentes e indicada nos casos de insuficiência respiratória grave (Manno, 2005), ela também acarreta algumas consequências negativas, como a possibilidade de ocorrência da PAVM. Este tipo de pneumonia é uma infeção grave que atinge o parênquima pulmonar (HeathCare Infection Control Practicer Advisory Committe, 2003), podendo desenvolver-se a partir de 48 horas após a entubação endotraqueal e a ventilação mecânica (Gallagher, 2012). Apesar dos avanços nas técnicas para a manutenção dos doentes submetidos a VMI e no uso de procedimentos para limpeza

e esterilização do equipamento respiratório, a PAVM é uma preocupante infecção associada aos cuidados de saúde que ocorre em 12 a 33,8% dos doentes sob ventilação mecânica (Jonsson, Ala-Kokko, Ylipalosaari, Hannu, & Kyngäs, 2013), sendo responsável por uma elevada taxa de mortalidade (Sinuff, Muscedere, Cook, Dodek, & Heyland, 2008), com consequências no aumento da taxa de permanência hospitalar, ocorrência de infecções e consequente risco de aumento da resistência bacteriana (Marra, *et al.*, 2009), elevando os custos com o tratamento e funcionamento da unidade hospitalar (Micik, *et al.*, 2013).

A presença de uma via aérea artificial provoca alterações dos mecanismos protetores da mesma, estabelecendo um acesso direto às vias aéreas inferiores. Para além disso, diminui as defesas locais pela interferência no mecanismo da tosse (Cavalcanti, Valencia, & Torres, 2007). A sua presença promove ainda a disfunção mucociliar, o doente fica impossibilitado de prevenir a aspiração, favorece a colonização por microrganismos, produz inflamação das vias aéreas e provoca lesão do epitélio da traqueia (O'Keefe-McCarthy, Santiago, & Lau, 2008). Existem ainda outros fatores de risco da PAVM, como a manipulação do equipamento ventilatório, a sedação excessiva que prolonga a necessidade do suporte ventilatório, a reentubação, a presença de sondas gástricas, a pressão inadequada do cuff e a contaminação oral (Jonsson, Ala-Kokko, Ylipalosaari, Hannu, & Kyngäs, 2013), além dos fatores inerentes como a doença subjacente ao internamento. Perante esta problemática procedi à adoção de medidas preventivas, repercutidas nos cuidados de enfermagem prestados aos doentes (Micik, *et al.*, 2013) através da implementação de boas práticas que prevenissem esta infecção, uma vez que uma grande parte das medidas está relacionada com intervenções de enfermagem (Yücel, Eser, Güler, & Khorshid, 2011). Para tal, recorri a intervenções, baseadas numa rigorosa revisão da melhor evidência sobre a PAVM (Dawson & Endacott, 2011), no sentido de diminuir a variabilidade do cuidado com a utilização de práticas adequadas que auxiliassem na tomada de decisão sobre os melhores cuidados a prestar (Gerrish & Lacey, 2006) e com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados (Krueger, Funk, Green, & Kuznar, 2013) e a redução de custos com o internamento.

Foi com este propósito que ao longo da minha prestação de cuidados na UCI procurei intervir não só junto do doente e sua família, bem como junto da equipa de saúde, no sentido de uma abordagem multidisciplinar no combate à PAVM (Sinuff, Muscedere, Cook, Dodek, & Heyland, 2008), recorrendo a uma reflexão sobre a prática diária de cuidados, salientando a

importância das intervenções de enfermagem como estratégia na prevenção da PAVM, traduzindo-se em ganhos em saúde.

No doente crítico, submetido a VMI, foi importante avaliar diariamente as suas condições para uma ventilação espontânea ou início do desmame ventilatório recorrendo à possibilidade de utilização da VNI (Canadian Critical Care Trials Group; Canadian Critical Care Society; Noninvasive Ventilation Guidelines Group, 2011), com a consequente diminuição dos riscos de infeção associados a esta terapêutica (Stoltzfus, 2006). A maior parte dos doentes submetidos a VMI encontram-se com algum nível de sedação com o objetivo de prevenir a agitação e ansiedade característicos do doente crítico (Anifantaki, *et al.*, 2009), de forma a evitar o risco de possível extubação por agitação, evitando desse modo as extubações acidentais e reentubações (Aitken, Marsall, Elliott, & McKinley, 2008). Contudo, torna-se importante evitar a sedação excessiva, pelo que foi importante durante a prestação de cuidados, e em colaboração com a avaliação da equipa multidisciplinar, proceder à sua redução gradual, uma vez que um nível de sedação elevado prolonga o tempo de necessidade de suporte ventilatório, com o consequente risco de infeção associado (O'Keefe-McCarthy, Santiago, & Lau, 2008).

O próprio ambiente de UCI, onde a tecnologia de ponta impera, e a elevada necessidade de cuidados implicados no doente crítico (Kelly, Kutney-Lee, Lake, & Aiken, 2013) leva muitas vezes à necessidade de sujeitá-lo a variadas técnicas e monitorização invasiva, aumentando o risco de infeção (Cavalcanti, Valencia, & Torres, 2007), pelo que dosear o seu uso apenas ao estritamente necessário, torna-se benéfico para o doente.

Outra das medidas de prevenção por mim adotada nos cuidados foi a diminuição de transmissão de microrganismos aos doentes, com a higienização das mãos antes e após o contacto com o doente e a utilização de luvas, bata e máscara sempre que necessário (Cason, Tyner, Sounders, & Broome, 2007), intervenções ligadas à diminuição da colonização do tubo digestivo, como o uso da clorhexidina para a higiene oral (Cason, Tyner, Sounders, & Broome, 2007), assim como os cuidados com os circuitos respiratórios, presentes nos ventiladores (Centre for Health Protection, 2010).

Para além dos aspetos referidos, os doentes com VMI requerem um outro cuidado essencial que consiste na aspiração traqueal sempre que tal se justifique, a fim de manter a permeabilidade das vias aéreas. No entanto, a técnica de aspiração de secreções requer algumas recomendações para diminuir a incidência de infeção, destacando-se a utilização de

técnica asséptica para aspiração com sistema aberto e técnica limpa quando se utiliza um sistema de aspiração fechado (Matos & Sobral, 2010), normalmente em doentes infetados com microrganismos multirresistentes.

Uma grande parte dos doentes submetidos a VMI apresenta depressão do nível de consciência devido à necessidade de sedação, ficando com o reflexo de vômito prejudicado. Deste modo, intervimos, ao manter a cabeceira dos doentes elevada a 30-45°, uma vez que é benéfico na redução do risco de refluxo e aspiração do conteúdo gástrico (Gallagher, 2012). Outro dos procedimentos foi a instituição precoce da nutrição entérica, que, quando comparada com a nutrição parentérica, está associada a uma redução significativa da incidência de complicações infecciosas (Matos & Sobral, 2010). Ainda no que se refere às medidas por mim adotadas para prevenção da aspiração, tive em atenção a adequada pressão no cuff, que era avaliada a cada turno, assim como a aspiração das secreções acima do cuff antes da mobilização do doente e da desinsuflação do cuff, nos casos de extubação (Gallagher, 2012).

Estas são apenas algumas das muitas medidas essenciais que promovi na prestação de cuidados ao doente, prevenindo a PAVM. Apesar de muitas recomendações estarem agrupadas em *bundles*, as medidas que adotei ao longo da prestação de cuidados foram as que o Centre for Health Protection (2010) considera como de maior exequibilidade e impacto na prevenção da PAVM.

Dado o risco de PAVM, torna-se fundamental o início do desmame ventilatório assim que o doente apresente condições clínicas para tal (Delgado, Navarrete, Palma, & Colmenero, 2012). Alguns estudos referem que cerca de 40% do tempo em que o doente permanece sob VMI é destinado ao desmame ventilatório, que muitas vezes é um processo exaustivo e prolongado (Lavelle & Dowling, 2011), exigindo a colaboração do doente e implicando a equipa multidisciplinar.

Entende-se por desmame ventilatório o processo de readaptação em que o suporte ventilatório mecânico é retirado do doente de forma abrupta ou progressiva com o objetivo final da extubação, isto é, da retirada da prótese respiratória para que o doente retome a respiração espontânea (Taylor, 2006).

Para que o desmame seja realizado com sucesso é necessário que a avaliação da situação clínica global do doente seja favorável (Roh *et al.*, 2012), tenha sido iniciado o desmame de sedação e o doente se apresente totalmente consciente (Aitken, Marsall, Elliott, & McKinley,

2008; Jakob *et al.*, 2007). É também essencial a sua preparação psicológica para o início do processo, que normalmente causa alguma ansiedade e desconforto (Taylor, 2006), evitando tentativas mal sucedidas consequentes de falhas na abordagem ou no planeamento do desmame e com consequências negativas para o doente. No entanto, fatores como alterações nas trocas gasosas, sedação, dor, privação do sono e fatores emocionais podem estar associados a um tempo mais prolongado de ventilação mecânica e consequentes dificuldades no início do desmame ventilatório (Lavelle & Dowling, 2011).

Na UCI o desmame ventilatório é iniciado no período diurno, quando a vigilância clínica é mais intensa e toda a equipe multidisciplinar está presente, uma vez que as principais causas de insucesso no desmame são multifatoriais (Roh *et al.*, 2012). Para além desse aspeto, a noite é um fator de maior ansiedade para o doente, pelo que a realização do desmame pela manhã, num ambiente tranquilo, é favorável ao sucesso do mesmo (Eckerblad, Eriksson, Kärner, & Edéll-Gustafsson, 2009).

A PSV é uma das modalidades ventilatórias de desmame mais utilizada na UCI, oferecendo suporte assistido por pressão, limitado a fluxo, em que são determinados os níveis de pressão positiva na fase inspiratória. Ao longo da minha intervenção no processo de desmame dos doentes, e apesar da minha inexperiência nesta intervenção, verifiquei que a PSV permitia uma transição gradual da ventilação assistida para a espontânea (Santos, Hoff, Condessa, Kaufmann, & Vieira, 2011) em que era o doente quem determinava a frequência ventilatória e, por extensão, o tempo e o fluxo inspiratórios, tomando-se esta uma modalidade ventilatória mais confortável e favorável ao gradual desmame ventilatório do doente. Contudo, o tubo em T ainda é usado como possibilidade de desmame, sobretudo nos doentes submetidos a um curto período de VMI, ou após algumas horas de PSV (Santos, Hoff, Condessa, Kaufmann, & Vieira, 2011). Para a realização desta técnica, utiliza-se uma fonte de oxigénio ligada à prótese respiratória com três saídas (em T), fazendo com que o doente inicie a ventilação espontânea sem auxílio de pressão positiva. Ainda assim, esta técnica apresenta alguns problemas associados ao risco de colapso alveolar, pela ausência de pressão respiratória residual e sobrecarga de trabalho respiratório (Santos, Hoff, Condessa, Kaufmann, & Vieira, 2011). Além disso, dado o facto de a maioria dos doentes internado na UCI estar submetida a períodos mais longos de VMI e possuir patologia respiratória, raramente foi adotada esta modalidade de desmame.

Durante a minha participação no processo de desmame ventilatório, fiz uso do protocolo utilizado na UCI que preconizava o uso imediato de VNI após a extubação, tal como recomendado na literatura (Centre for Health Protection, 2010), e pude verificar que, ao proceder desta forma, estava a diminuir o risco de insucesso no desmame e oferecendo o suporte ventilatório necessário ao doente nesta fase após o desmame (Su *et al.*, 2012). No entanto, qualquer que seja o método de escolha do desmame, de acordo com a técnica na qual os profissionais de saúde envolvidos se sintam mais familiarizados, a deteção de sinais como ansiedade, taquipneia, fadiga muscular, sudorese, cianose, arritmias e parâmetros gasimétricos desfavoráveis são indicativos para o retorno à ventilação mecânica do doente (Taylor, 2006).

Esta situação aconteceu durante a minha prestação de cuidados a um doente em fase de desmame, o que me causou alguma ansiedade, motivada pela minha inexperiência neste processo. No entanto, com a ajuda da equipa multidisciplinar e com o apoio do meu orientador, perito nesta área de cuidados, procedeu-se às intervenções necessárias e o doente retomou a terapêutica com VMI. O desmame foi, posteriormente, reiniciado, assim que o doente apresentou condições clínicas mais favoráveis, evitando-se o desmame ventilatório precoce, com o risco de necessidade de reentubação e as consequências negativas que tal procedimento acarreta para o doente (Krayem, Butter, & Martin, 2006).

O estabelecimento de rotinas e protocolos de desmame envolvendo os enfermeiros torna-se favorável ao processo de desmame. Eles são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto do doente e que melhor conhecem as suas potencialidades e fragilidades, conhecimentos esses inerentes ao processo de cuidados (Collière, 1999; Collière, 2003), para além de serem quem melhor conhece a sua situação de saúde (Roh *et al.*, 2012), o que facilita na identificação dos doentes que podem iniciar o processo de desmame, contribuindo desse modo para a diminuição do insucesso e eventos adversos como a reentubação (Danckers *et al.*, 2013).

Na UCI pude constatar que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no processo de desmame ventilatório através das intervenções junto do doente, mantendo uma vigilância contínua e sistemática, evitando e/ou detetando eventuais complicações (Taylor, 2006). As minhas intervenções basearam-se no estabelecimento de numa monitorização rigorosa, registo dos sinais vitais, padrão e frequência respiratória, sons respiratórios, posicionamento confortável e com cabeceira elevada do doente, aspiração de secreções

acima do cuff antes da retirada do tubo endotraqueal para prevenção de infecções (Gallagher, 2012), avaliação do esforço ventilatório espontâneo e evidência potencial de hipóxia, para além da permanente observação das condições clínicas do doente, tal como é recomendado pela evidência (Roh *et al.*, 2012). Para além destes aspetos, mantive-me vigilante aos sinais de dor no doente durante o processo de desmame, bem como à necessidade de administração de analgesia sempre que verifiquei ser necessário, tal como a adoção de outras medidas não farmacológicas de alívio das queixas (Tracy & Chlan, 2011), uma vez que o doente com dor é incapaz de efetuar inspirações profundas e apresenta fadiga aumentada e mobilidade diminuída, sendo desfavorável ao sucesso do desmame (Jakob *et al.*, 2007).

A ventilação assistida pode precipitar dependência psicológica nos doentes portadores de transtornos respiratórios primários. Como tal, durante o processo de desmame, tive em atenção esse aspeto, ao esclarecer e informar o doente sobre o que poderia sentir, através de uma comunicação efetiva e afetiva (Grossbach, Stranberg, & Chlan, 2011) que diminuisse os níveis de ansiedade do doente, mostrando ser um meio facilitador e de extrema importância no sucesso do desmame ventilatório.

Para a aquisição de competências nesta área do desmame ventilatório foi fundamental o contributo da experiência e conhecimentos dos enfermeiros peritos nesta área (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), que facilitaram o meu processo de desenvolvimento na prestação de cuidados a estes doentes, dadas as minhas dificuldades pelo facto de ser uma experiência de cuidados nova para mim.

Para além do desenvolvimento de competências nas áreas anteriormente abordadas durante o período de estágio na UCI, pude realizar um estudo de caso com o respetivo plano de cuidados. Este estudo surgiu da necessidade de aprofundar a situação de cuidados de um doente com alteração do padrão respiratório, com necessidade de terapêutica com VNI por Pneumonia Adquirida na Comunidade, o qual acompanhei durante um período de estágio nesta unidade. Este acompanhamento permitiu-me desenvolver competências nos cuidados ao doente crítico submetido a esta terapêutica, nomeadamente ao nível dos ensinamentos, adaptação do doente à terapêutica e monitorização do tratamento, assim como no estabelecimento de uma relação terapêutica facilitadora dos cuidados. O estudo de caso permitiu fundamentar as minhas intervenções (Doenges & Moorhouse, 2010),

proporcionando um cuidado individualizado no qual o doente é visto tendo em conta todas as suas dimensões e inserido num ambiente cultural e social próprios (Collière, 1999).

Na UCI, responsabilizei-me também por ser elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2010). Deste modo, e após a equipa de enfermagem ter identificado necessidades formativas na área do Algoritmo do Suporte Avançado de Vida (SAV), realizei em conjunto com uma colega da ESEL que também se encontrava a efetuar estágio na UCI no âmbito do CMEPSC, uma sessão de formação (Apêndice IV) com o objetivo de que todos os enfermeiros da UCI desenvolvessem conhecimentos sobre o SAV, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados em situações de emergência. Esta ação de formação teve por parte dos enfermeiros presentes um feedback muito positivo, em que a maioria verbalizou que a temática abordada foi extremamente útil para a sua prática, embora referissem não ser muito frequente existirem situações de peri-paragem ou paragem cardíaca. Referiram ainda que a sessão veio preencher algumas lacunas em relação aos conhecimentos acerca das novas *guidelines* sobre o algoritmo de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011). Para além destes aspetos, esta sessão fomentou a motivação por parte de toda a equipa e do enfermeiro responsável pela formação, à realização em colaboração com ESEL, de outras sessões ligadas à temática de Suporte Básico de vida e SAV mas incluindo a sua componente prática, que não foi possível desenvolver durante a realização do estágio por questões de logística.

Ao longo do período de permanência na UCI, colaborei ainda na elaboração e organização de um “*dossier* de aprendizagem”, uma vez que a equipa mostrou interesse em manter na UCI um *dossier* com artigos científicos atuais e de consulta rápida, que facilitasse o acesso à melhor evidência e de modo a que cada elemento da equipa multidisciplinar pudesse colaborar ativamente na pesquisa de artigos científicos e assim dar o seu contributo para o enriquecimento de práticas atuais (Newell & Burnard, 2006). Este *dossier* foi dividido por diversos temas, como os cuidados ao doente submetido a VMI e VNI, os cuidados na prevenção da PAVM, algoritmo de SAV, comunicação com o doente submetido a VMI, entre outras temáticas, direcionadas aos cuidados ao doente crítico internado em UCI. Os artigos foram arquivados pelos diversos temas a fim de proporcionar uma consulta fácil e rápida por parte dos profissionais da equipa, assim como pelos estudantes de enfermagem, dado tratar-se de um serviço que recebe com frequência alunos da ESEL. Esta iniciativa foi considerada pelos alunos que na altura também se encontravam a realizar estágio na UCI, como uma

atividade positiva por contribuir para o enriquecimento dos seus conhecimentos e sobre a qual também mostraram interesse em contribuir com futuras pesquisas.

2.3. Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP insere-se num hospital privado, constituído por enfermarias e quartos particulares, 2 blocos operatórios, 2 unidades de recobro, uma UCI, serviço de urgência e um departamento de consultas, abrangendo várias especialidades.

Os objetivos para o estágio na UCIP foram **Conhecer o processo de cuidados e prestar cuidados especializados ao doente crítico com patologia diversificada**, sendo que as atividades delineadas para o atingir encontram-se no Apêndice V.

Na UCIP são prestados cuidados globais aos doentes com patologia múltipla, encontrando-se também doentes submetidos a cirurgias de grande e médio porte, uma vez que a recuperação pós-anestésica implica internamento em UCI, visando não somente a estabilização, como também o atendimento a possíveis intercorrências decorrentes do stresse cirúrgico que pode levar a mudanças na homeostase orgânica, tal como hipotermia, alterações dos níveis de pressão arterial, arritmias cardíacas (Evenson & Farnsworth, 2010), desconforto respiratório, alterações hidro-electrolíticas, entre outras (Rosser, Parnell, & Massey, 2012), em que o enfermeiro, pela posição privilegiada que ocupa junto dos doentes, tem um papel importante na deteção precoce de complicações (Adler, 2012a). Este local de estágio serviu como um complemento ao meu percurso de aprendizagem. O facto de o estágio anterior ter sido realizado em UCI vocacionada para pessoas com patologia respiratória permitiu-me a aquisição de competências nos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica especialmente direccionados ao doente com patologia respiratória, pelo que considereei pertinente incluir este campo de estágio, no sentido do desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica com patologia múltipla, afim de complementar o meu processo de aquisição de competências.

No decorrer do período de estágio, e uma vez que a experiência anterior em UCI proporcionou-me um diversificado leque de experiências, direcionei os meus cuidados para o doente cirúrgico, dado tratar-se de uma experiência sobre a qual não tinha tido contacto anteriormente. Este estágio permitiu-me a consolidação e o desenvolvimento de

competências, sobretudo no que se refere ao doente submetido a cirurgia cardíaca, uma vez que uma grande parte dos doentes internados durante a minha permanência na UCIP apresentava patologia cardíaca com necessidade de intervenção cirúrgica.

A cirurgia cardíaca constitui-se como um procedimento de alta complexidade em que o período pós-operatório exige cuidados de reparação e manutenção (Collière, 1999), tendo em conta a “tempestade” hemodinâmica, causada por alterações fisiológicas em todos os sistemas, sendo necessária monitorização rigorosa de todas as funções orgânicas vitais do doente (Adler, 2012b), assim como uma prestação de cuidados que vá ao encontro das necessidades do outro, uma vez que “toda a pessoa que se confronta com um problema de saúde, deixa perceber numerosos sinais indicadores do que a preocupa ou do que lhe causa problema” (Collière, 1999, p.298). As necessidades fisiológicas mais afetadas estão relacionadas com o conforto, sono e repouso (Caple, 2012a), alívio da dor, manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico, regulação da temperatura, alimentação, movimentação e eliminação.

No período pós-operatório no qual ocorre a recuperação do doente, os cuidados de enfermagem assumem especial relevância para a estabilização hemodinâmica e recuperação do doente (Adler, 2012a). Estes cuidados estão relacionados com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações associadas à cirurgia, assim como em “mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes” (Collière, 1999, p.290).

Tal como no estágio anterior, constatei que o momento de admissão de um doente pós-cirúrgico na UCIP apresenta-se como um momento stressante, dada a necessidade urgente de um conjunto de intervenções de enfermagem de modo a prevenir e detetar complicações limitando incapacidades, uma vez que o doente apresenta alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos (Kornusky & Richards, 2013). Ao longo da minha prestação de cuidados, percebi que os cuidados pós-operatórios do doente submetido a cirurgia cardíaca são fundamentais para a sua recuperação. O facto de eu não possuir experiência de cuidados ao doente cirúrgico, exigiu da minha parte um esforço adicional para uma vigilância apertada e monitorização contínua devido ao elevado risco de complicações no período pós-cirúrgico.

Devido ao efeito da anestesia, estes doentes entram na UCIP com necessidade de manter VMI até que o mesmo cesse, implicando, deste modo, intervenções de enfermagem específicas e individualizadas nos cuidados a estes doentes. O facto de anteriormente ter adquirido competências nos cuidados ao doente com necessidade de VMI, facilitou a minha abordagem na realização de um conjunto de intervenções com vista a monitorizar e otimizar os cuidados ao doente submetido a esta terapêutica (Caple, 2013a; Caple 2013b), assim como na adoção de medidas que prevenissem eventuais complicações decorrentes do suporte ventilatório (Caple, 2012). Por norma, este período de suporte ventilatório é curto e inferior a 5 horas e a extubação faz-se o mais precocemente possível (Kornusky, 2011), de modo a evitar complicações advindas da utilização desta terapêutica, como a PAVM (Cabrera, 2013). O processo de desmame ventilatório vai sendo feito à medida que o doente apresenta estabilidade hemodinâmica para tal. Assim que o efeito da anestesia se vai dissipando e o doente assume capacidade para iniciar a ventilação espontânea, dá-se início ao desmame (Jaffe, 2013). A presença do tubo endotraqueal gera desconforto devido à incapacidade para falar e comunicar, provocando por vezes reações de inquietação. Assim, durante a prestação de cuidados, à medida que o doente ia acordando dos efeitos da anestesia, procurei o estabelecimento de estratégias facilitadoras de uma comunicação eficaz, ao mesmo tempo que esclarecia acerca do seu estado clínico e da necessidade da sua colaboração no processo de desmame ventilatório, o que influenciou positivamente no conforto e diminuição do estado de ansiedade e agitação do doente, permitindo uma maior colaboração no processo de cuidados.

Na UCIP, uma das técnicas mais utilizadas para o desmame ventilatório é a utilização do tubo em T (técnica referenciada anteriormente), fazendo com que o doente inicie ventilação espontânea sem auxílio de pressão positiva. Normalmente esta técnica de desmame, ao contrário do que verifiquei no estágio anterior, pelas características próprias dos doentes com patologia respiratória, é bem tolerada pelos doentes cirúrgicos. No entanto, no doente cirúrgico antes de iniciar o desmame ventilatório foi importante ter conhecimentos sobre a ação dos fármacos usados na indução anestésica e certificar-me da recuperação completa da anestesia, da sedação e dos relaxantes musculares usados. Para tal, procedi a uma avaliação sistemática quanto à recuperação anestésica através da observação do doente no que se refere ao nível de consciência; alteração pupilar, em que a presença de miose sugere que o anestésico ainda permanece em circulação, o que limita a capacidade do doente em colaborar; reflexo de tosse, uma vez que a sua presença reflete a capacidade de eliminar

secreções; estabilidade hemodinâmica e interpretação dos valores gasimétricos, assim como da radiografia de tórax. Ter em conta estas medidas facilitou não só a decisão quanto ao início do processo de desmame ventilatório (Ribeiro Bráz, Luzia Leite, Carvalho Dantas, Andrade Conceição Stipp & Rubio Tyrrell, 2005), como facilitou a transição do doente para ventilação espontânea sem necessidade de recurso a VNI, o que viabilizou com sucesso o processo de desmame.

Durante a minha prestação de cuidados ao doente no período pós-cirúrgico, constatei que este, ao despertar da anestesia, vivencia sensações diversas devido à extensa utilização de tecnologia que o suporta. Estar ligado a tubos, drenos, cateteres e monitores é um fator gerador de angústia e medo (Godfrey, Parten, & Buckner, 2006). E cuidar compreende uma interação do enfermeiro com o doente numa relação de proximidade e ajuda (Collière, 1999). Pelo que, intervimos estabelecendo uma relação de ajuda com o doente no sentido de minimizar o sentimento de medo, explicando e informando sobre todos os procedimentos a que ia estar sujeito, que as máquinas utilizadas e a presença dos drenos eram destinadas a monitorizar o seu estado de saúde e que seriam removidas assim que recuperasse as condições clínicas favoráveis. Promovi a presença da família, tendo sido já descrito em capítulo anterior a sua importância na recuperação do doente, e proporcionei apoio e confiança (O'Keefe-McCarthy, 2009). Estas medidas revelaram ser fundamentais na colaboração do doente no processo de cuidados e na recuperação do seu estado de saúde.

Apesar do incómodo causado pela presença de drenos e cateteres nas primeiras horas após a cirurgia, estes facilitam a vigilância e deteção de eventuais alterações nas condições gerais do doente, tais como a ocorrência de hemorragias ou infeção. Contudo, são fatores de desconforto e dor, o que implica não só o uso de instrumentos para avaliação da dor, como de intervenções para o alívio das queixas. Comparativamente à minha experiência de cuidados no estágio anterior, quase todos os doentes cirúrgicos apresentavam analgesia contínua, que se justificava pelo trauma cirúrgico, causador de maior desconforto. Uma das medidas importantes foi o facto de informar e preparar o doente para a possibilidade de dor no período após a cirurgia, assim como das possíveis intervenções para o seu alívio. Tal como referido no estudo realizado por Strode, Seimane, & Biksāne (2012), a adoção destas medidas diminui a ansiedade do doente e proporciona tranquilidade sobre as possibilidades de dor no pós-operatório.

As minhas intervenções nos cuidados durante o período pós-operatório, incidiram sobretudo na avaliação e monitorização da dor e na adoção de medidas não farmacológicas no alívio das queixas, tais como massagem terapêutica e proporcionar um ambiente tranquilo para o doente. No entanto, a presença de drenos, sobretudo os torácicos, causam desconforto e impedem movimentos livres, implicando a adoção da posição dorsal pela maioria dos doentes e limitando os movimentos respiratórios. Neste sentido, a minha intervenção passou também pelo ensino de alguns exercícios a realizar neste período, de modo a facilitar a mobilização e o alívio do desconforto, revelando ser fundamentais na prevenção de eventuais complicações advindas das limitações físicas da cirurgia e facilitando a recuperação do doente (Engelke & Schub, 2012).

A tecnologia aplicada aos doentes em UCI aumenta os fatores determinantes do risco de infeção. A elevada intervenção terapêutica para diagnóstico, assim como os efeitos traumáticos da cirurgia, aumenta a suscetibilidade destes doentes contraírem infeção.

A sépsis é uma síndrome complexa causada pela resposta inflamatória sistémica descontrolada do indivíduo, de origem infecciosa, caracterizada por manifestações múltiplas e que podem determinar disfunção ou falência de um ou mais órgãos (Durthaler, Ernest, & Johnston, 2009), ou mesmo levar à morte. Esta é uma das causas de mortalidade tardia mais frequente em UCI (Westphal *et al.*, 2011), essencialmente devido ao aumento da população idosa, a maior sobrevida de diversas doenças debilitantes, o recurso cada vez maior a técnicas invasivas (Robson & Daniels, 2008) e o cuidado a maior número de doentes imunossuprimidos (Cheek, McGehee-Smith, Cunneen, & Cartwright, 2005). Mesmo com recursos de diagnóstico, como a monitorização hemodinâmica e metabólica intensiva associada a novos recursos terapêuticos, a mortalidade mantém-se elevada, para além dos elevados custos associados ao seu tratamento (Moore, Moore, Jones, Xu, & Bass, 2009). Torna-se evidente a necessidade da sua profilaxia, sendo que a deteção precoce da infeção é essencial para um bom prognóstico (Shiramizo *et al.*, 2012). Neste domínio, a DGS adaptou as orientações internacionais à realidade nacional, com a emissão da circular normativa que criou a Via Verde da Sépsis, pretendendo dar resposta às necessidades de intervenção precoce na identificação dos casos suspeitos de sépsis (DGS, 2010). Contudo, apesar de nesta instituição de saúde não estar implementada esta via, constatei que os profissionais da UCIP implementavam medidas terapêuticas com vista à sua prevenção e deteção.

Da minha experiência de cuidados na UCIP, uma das medidas essenciais para reduzir a mortalidade em relação à sépsis é a sua rápida deteção, sendo essencial que nas primeiras horas após a suspeita haja uma atuação eficiente da equipa multidisciplinar (Westphal *et al.*, 2011) e com a qual pude colaborar. Essa atuação passa pela deteção de critérios de SIRS, onde pude desempenhar um papel importante na formulação de diagnósticos de enfermagem através da interpretação e valorização dos dados recolhidos pela monitorização de parâmetros como a frequência respiratória, frequência cardíaca e a temperatura corporal (Cheek, McGehee-Smith, Cunneen, & Cartwright, 2005).

Para além destes aspetos, foi importante durante a minha prestação de cuidados, ter em conta o Programa nacional de controlo de infeção (DGS, 2008), assim como cumprir as normas e recomendações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção existente nesta unidade hospitalar. Permaneci ainda vigilante face à possibilidade de manifestações clínicas à ativação inflamatória que pudessem ocorrer, dado o risco de incidência desta complicação ser aumentada no doente com trauma cirúrgico e em ambiente de UCI (Moore, Moore, Jones, Xu, & Bass, 2009). Durante o tempo de permanência na UCIP, tive oportunidade de prestar cuidados a um doente que apresentava critérios de SIRS, cujas manifestações clínicas incluíam a alteração do seu estado de consciência e alterações fisiológicas (Wood, Laveri, & Durkin, 2007) manifestadas com hipertermia, taquicardia, hipotensão, taquipneia, hipoperfusão sistémica, sendo que o efeito fundamental do choque séptico consistia na má perfusão dos órgãos vitais por hipóxia celular e falência metabólica. Após a deteção dos sinais e em colaboração com a equipa multidisciplinar, procedi às intervenções terapêuticas que consistiram na reposição da volémia e administração de suporte ionotrópico (Robson & Newell, 2007) para aumento do débito cardíaco com a finalidade de melhorar o aporte de oxigénio aos tecidos (Picard, O'Donoghue, & Russell, 2006), assim como à administração de antimicrobianos que são os agentes mais específicos e acessíveis para o tratamento do doente com infeção, dado apresentarem uma considerável redução da morbilidade e mortalidade (Schub & Schub, 2013a). Para além destas intervenções, a interpretação dos dados fornecidos pela monitorização hemodinâmica mostrou ser essencial neste processo, não só para averiguar necessidades, como o aparecimento de eventuais disfunções orgânicas.

O contacto com o doente com sépsis tornou-se num desafio, especialmente porque permitiu efetuar a identificação precoce de critérios de SIRS, o que levou a uma intervenção rápida,

evitando o choque, falência orgânica ou até a morte do doente (Schub & Schub, 2013b). Contudo, e dado a minha experiência de cuidados, reconheço que o diagnóstico precoce da sépsis continua a ser uma tarefa difícil, quer porque as suas manifestações clínicas podem passar despercebidas, quer porque podem ser confundidas com outros processos infecciosos. Por outro lado, os avanços tecnológicos de suporte de vida aos doentes internados em UCI trouxeram benefícios para o prognóstico dos doentes com sépsis, mas também aumentaram o risco de infeções associadas aos procedimentos invasivos utilizados para tratamento e diagnóstico da sépsis. Como tal, considero importante na minimização dos riscos a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, onde nós, enfermeiros, temos um papel fundamental ao “liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções” (OE, 2010, p.4).

3. CONCLUSÃO

O processo de cuidados em UCI pode sofrer influência do ambiente fortemente tecnológico que se vive nessas unidades. No entanto, o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica possui um papel fundamental para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado, através da observação e interpretação contínua dos dados fornecidos pela monitorização da situação de saúde de cada doente, tendo em conta as suas necessidades e a dimensão humana do cuidado. A proximidade dos doentes e familiares coloca o enfermeiro numa posição privilegiada para a identificação de problemas e construção do processo de enfermagem. No que se refere ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, o enfermeiro desempenha um papel importante através do planeamento das intervenções que efectua junto do doente com necessidade de suporte ventilatório, seja ele invasivo ou não invasivo. No que se refere à terapêutica com VNI são os enfermeiros quem maior domínio apresenta na implementação desta terapêutica, contribuindo consideravelmente para a avaliação, monitorização e adaptação do doente ao tratamento, assim como pelos ensinamentos efetuados ao doente e no apoio que lhe prestam e à sua família.

Ao longo do percurso de desenvolvimento de competências realizado em três locais de estágio foi possível desenvolver conhecimentos articulando as aprendizagens apreendidas com o contexto da prática de cuidados através da concretização de ações em situação real, assumindo uma atitude assertiva e reflexiva. Este percurso esteve relacionado com a prestação de cuidados especializados ao doente crítico, em geral e ao doente com padrão respiratório ineficaz com necessidade de terapêutica com VNI em particular. Para orientar todo este percurso, foram definidos dois objetivos gerais que nortearam o desenvolvimento dos objetivos específicos dos vários campos de estágio. Estes foram atingidos, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível proficiente na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica e no âmbito da prestação de cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz.

Cada campo de estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais a partir da realidade das práticas clínicas. A aquisição de competências nos cuidados ao doente crítico, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz com necessidade de terapêutica com VNI foi sendo adquirida progressivamente nos diferentes

locais de estágio, tendo lugar nas diferentes experiências de prestação de cuidados com recurso permanente à pesquisa bibliográfica, reflexão individual e coletiva com o professor tutor, os enfermeiros orientadores de estágio e em colaboração com os pares e diferentes membros da equipa multidisciplinar. Este processo de reflexão na, para e sobre a prática, assim como o desenvolvimento de atividades para problemas complexos de saúde, baseados na evidência e em colaboração com a equipa multidisciplinar, teve por objetivo a melhoria e o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como permitiu que desenvolvesse competências de formação e supervisão clínica na área do doente crítico, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz.

A aquisição e aperfeiçoamento das competências adquiridas, refletidas com espírito crítico pessoal e em contexto de equipa, permitem-me extrapolar para o meu contexto profissional saberes e conhecimentos específicos nos cuidados ao doente crítico, nomeadamente aos cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz com necessidade de VNI, que se querem objetivados de mudança positiva na equipa multidisciplinar que integro no meu contexto profissional. Deste modo, e porque durante o período de estágio, tal não me foi permitido por questões de tempo, pretendo implementar no meu centro hospitalar um grupo de trabalho, constituído por enfermeiros que tal como eu realizaram formação pós-graduada na área do doente crítico, de modo a estudar as necessidades formativas e implementar, de acordo com as necessidades detetadas, formação e protocolos terapêuticos de modo a promover práticas comuns, baseadas na melhor evidência, levando a uma melhoria dos cuidados prestados naquela instituição. Por outro lado, e dada a necessidade por mim sentida, assim como dos meus pares, o que levou à escolha deste tema, pretendo extrapolar para a minha prática os conhecimentos e competências adquiridas na área dos cuidados ao doente com padrão respiratório ineficaz e implementar um projeto de formação, de modo a capacitar a equipa para uma melhor prática aos cuidados a estes doentes, assim como nas intervenções de enfermagem necessárias à implementação e monitorização da terapêutica com VNI.

Tal como refere Collière (1999), uma profissão só pode evoluir quando constrói novos conhecimentos através do constante questionamento e investigação e quando partilha e reflete na prática os resultados da mesma. Deste modo, considero que adquirir capacidade de análise e de mobilizar conhecimentos adquiridos, indispensáveis na adaptação a novas situações e na resolução de problemas diários. Estas capacidades refletem-se, assim, em

mudanças efetivas na minha prática de cuidados, as quais partilho com a minha equipa numa procura conjunta da qualidade dos cuidados no meu contexto profissional e da conseqüente valorização da profissão de enfermagem.

Ao longo deste percurso de aquisição de competências devo realçar vários obstáculos e constrangimentos que foram surgindo. A integração nos diferentes locais de estágio, com meios técnicos avançados e recursos humanos tão diferenciados em relação ao meu contexto de trabalho, causou numa fase inicial algum constrangimento que facilmente foi ultrapassado com a excelente integração promovida no seio da equipa multidisciplinar pelos orientadores de estágio, assim como pela minha disponibilidade e facilidade de integração, passando a ser vista como um recurso e um estímulo ao desenvolvimento de competências das equipas. Considero, ainda, a necessidade de atualização e procura permanente de informação em áreas onde não tinha experiência prévia e onde os conhecimentos que detinha eram menos específicos, tais como no que se refere aos cuidados ao potencial dador de órgãos que me proporcionou um maior conhecimento dos termos legais envolvidos no processo de doação, dos cuidados ao potencial dador para preservação dos órgãos e no apoio dos seus familiares. Para além destes aspetos, permitiu ainda que pudesse estar alerta no meu local de trabalho para possíveis referências de dadores de órgãos ou tecidos e das implicações desse processo. O processo de cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca foi também uma realidade nova para mim, o que obrigou à adequação dos objetivos previamente traçados para o estágio desenvolvido na UCIP, dada a experiência de cuidados proporcionada nesse local. Contudo considero que esta experiência foi extremamente enriquecedora para o meu percurso de aquisição de competências na área do doente crítico, permitindo que complementasse os conhecimentos e experiências desenvolvidas nos locais de estágio anteriores. Para além dos aspetos referidos anteriormente, reconheço como limitação a dificuldade de sintetizar todo o meu percurso de desenvolvimento profissional em estágio através de um relatório escrito, assim como o tempo que demorei na sua concretização, que se deveu à necessidade de efetuar várias pausas ao longo da produção escrita por motivos pessoais.

Pela experiência vivida ao longo deste percurso formativo, agora com maior perícia e competência nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e, mais especificamente, ao doente com padrão respiratório ineficaz, pretendo continuar a caminhar, junto dos meus pares e da equipa multidisciplinar que integro, no sentido de uma prestação

de cuidados de enfermagem de maior qualidade, baseados na melhor evidência e tendo em conta as necessidades individuais e dimensões humanas de cada doente e sua família. Considero como ganhos deste trabalho para a profissão de enfermagem, a relevância demonstrada pelas intervenções de enfermagem efetuadas junto do doente crítico, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz, assim como das intervenções e resultados decorrentes da colaboração com a equipa multidisciplinar para assegurar as necessidades globais do doente e sua família. Para além destes aspetos, ficou demonstrado que cuidar em UCI, onde a tecnologia de ponta está fortemente presente e a rotina diária e complexa que envolve os cuidados de enfermagem é uma constante, é possível cuidar tendo em conta o ser humano em toda a sua complexidade, com as suas determinantes culturais, sociais e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abien, M. (2001). *Para uma Morte mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- Adler, A. (2012a). Postoperative Care: Giving Immediate. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Adler, A. (2012b). Postoperative Care: Patients Undergoing Cardiovascular Surgery. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Aitken, L., Marsall, A., Elliott, R., & McKinley, S. (2008). Critical Care Nurses' Decision Making: Sedation Assessment and Management in Intensive Care. *Journal of Critical Nursing*, 18, pp. 36-45.
- Alminhas, S. M. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 75, pp. 57-60.
- Alspach, G. (2010). Expanding Our Understanding, and Perhaps Our Empathy, For a Patient's Pain. *Critical Nurse*, 30(3), pp. 11-19.
- American College of Surgeons. (2008). *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual* (8ª Edição). Chicago: ACS.
- Anifantaki, S., Prinianakis, G., Vitsaksaki, E., Katsouli, V., Mari, S., Symianakis, A., . . . Georgopoulos, D. (2009). Daily Interruption of Sedative Infusions in an Adult-Medical-Surgical Intensive Care Unit: Randomized Controlled Trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), pp. 1054-1060.
- Auerbach, S., Kiesler, D., Wartella, J., Mausch, S., Ward, K., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), pp. 202-210.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Lorenzini, A. (2011). Privacidade em Unidade de Terapia Intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), pp. 25-30.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011a). Professional Tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 3364-3372.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011b). Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 57, pp. 362-369.
- Bailey, D. N. (2009). Caring Defined: A Comparison and Analysis. *International Journal for Human Caring*, 13(1), pp. 16-31.
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., . . . Wesley, E. (2012). Critical Care Nurses' Role in Implementing the "ABCDE Bundle" Into Practice. *Critical Care Nurse*, 32(2), pp. 35-48.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: a thinking-in-action approach* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment & ethics* (2ª Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Blanchard, D., & Alavin, D. (2008). Asymmetry in the Intensive Care Unit: Redressing Imbalance and Meeting the Needs of Family. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 13(5), pp. 225-231.
- Bork, A. M. (2005). *Enfermagem Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming Care in the Emergency Department. *Topic in Emergency Medicine*, 20(4), pp. 331-336.
- Bülow, H. H., Thorsager, B., & Hoejberg, J. M. (2007). Experiences from introducing non-invasive ventilation in the intensive care unit: a 2-year prospective consecutive cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 51, pp. 165-170.
- Burns, S., Fisher, S., Lewis, R., Merrel, P., Conaway, M., & Beleck, T. (2010). Multifactor Clinical Score and Outcomes of Mechanical Ventilation Weaning Trials: Burns Wean Assessment Program. *American Journal of Critical Care*, 19 (5), pp. 431-442.
- Cabrera, G. (2013). Pneumonia, Ventilator-Associated: Prevention. *Evidence-Based Care Sheet*. Cinahl Information Systems.
- Cabrini, L., Moizo, E., Nicelli, E., Licini, G., Tuni, S., Londoni, G., . . . Zagrillo, A. (2012). Noninvasive Ventilation Outside The Intensive Care Unit from Patient Point of View: A Pilot Study. *Respiratory Care*, 57(5), pp. 704-709.
- Callucci, A., Richard, J., Wysocki, M., Lepage, E., & Bronchard, L. (2001). Noninvasive versus conventional mechanical ventilation. An epidemiologic survey. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, pp. 874-80.
- Canadian Critical Care Trials Group; Canadian Critical Care Society; Noninvasive Ventilation Guidelines Group. (2011). Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive positive airway pressure in the acute care setting. *Canadian Medical Association Journal*, 183 (3), pp. 195-214.
- Caple, C. (2012). Mechanical Ventilation: Complications-Preventing. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Caple, C. (2013a). Mechanical Ventilation: Patient Communication-Facilitating. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Caple, C. (2013b). Mechanical Ventilation: Patient Assessment-Performing. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Caple, C., & Grose, S. (2011a). Noninvasive Assisted Ventilation: Patient Preparation in Adults. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Caple, C., & Grose, S. (2011b). Noninvasive Assisted Ventilation: Belevel Positive Airway Pressure (BIPAP). *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.

- Carpenito-Moyet, L. J. (2012). *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica* (13ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, L. F., Pinheiro, P., Aragão, I., & Martins, A. (2008). Ventilação Não-Invasiva no Edema Agudo do Pulmão no Serviço de Urgência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(2), pp. 191-198.
- Cason, C. L., Tyner, T., Sounders, S., & Broome, L. (2007). Nurses's Implementation of Guidelines for Ventilator-Associated Pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of Critical Care*, 16, pp. 28-37.
- Cavalcanti, M., Valencia, M., & Torres, A. (2007). Respiratory Nosocomial Infections in the Medical Intensive Care Unit. *Microbes and Infection*, 7, pp. 292-301.
- Centre for Health Protection. (2010). Recommendations on Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. *Scientific Committee on Infection Control, and Infection Control Branch, Centre for Health Protection, Department of Health*.
- Chacón, E., Estruga, A., Murias, G., Sales, B., Montanya, J., Lucangelo, U., . . . Jam, R. (2012). Nurses' Detection of Ineffective Inspiratory Efforts During Mechanical Ventilation. 21(4), pp. 89-93.
- Chang, C. W., Chen, Y.-M., & Su, C.-C. (2011). Care of Older Patients in the Intensive Care Units. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 825-832.
- Cheek, D. J., McGehee-Smith, H., Cunneen, J., & Cartwright, M. (2005). Sepsis Taking a Deeper Look. *Nursing*, 35(1), pp. 38-42.
- Chung, T. N., Yoon, I., You, J. S., Lee, J. Y., Park, I., Cung, S. P., & Kim, S. H. (2012). Mechanical Ventilation in the Emergency Department for 24 hours or Longer is Associated with Delayed Weaning. *Journal of Critical Care*, 27, pp. 740.e9-740.e15.
- Circular Normativa Nº:09/DGDC. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. *Direcção-Geral da Saúde*.
- Cole, F. L., & Kleinpell, R. (2006). Expanding acute care nurses practitioner practice: focus on emergency department practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, pp. 187-189.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (5ª Edição). Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda. e SEP.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2011). *Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Coimbra: Paula Grácio, Revista Saúde Infantil/ASIC- Associação de Saúde Infantil de Coimbra.
- Crocker, C., & Timmons, S. (2008). The Role of Technology in Critical Care Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), pp. 52-61.
- Crocker, C., & Scholer, J. (2009). The Importance of Knowing the Patient in Weaning from Mechanical Ventilation. *British Association of Critical Care, Nursing in Critical Care*, 14(6), pp. 289-296.

- Danckers, M., Grosu, H., Jean, R., Cruz, R., Fidellaga, A., Han, O., Khouli, H. (2013). Nurse-Driven, Protocol-Directed Weaning from Mechanical Ventilation Improves Clinical Outcomes and is Well Accepted by Intensive Care Unit Physicians. *Journal of Critical Care*, 28, pp. 433-441.
- Davidson, J. (2009). Family - Centered Care Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurses*, 29(3), pp. 24-28.
- Dawson, D., & Endacott, R. (2011). Implementing Quality Initiatives Using a Bundle Approach. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 117-120.
- de Silva, S. J. (2009). Delivering Non-Invasive Respiratory Support to Patients in Hospital. *Nursing Standard*, 23-37, pp. 35-39.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). Diário da República n.º60/2006, I Série A. *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Lisboa.
- Delgado, M. G., Navarrete, I., Palma, M. J., & Colmenero, M. (2012). Postoperative Respiratory Failure After Cardiac Surgery: Use of Noninvasive Ventilation. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25(3), pp. 443-447.
- Despacho n.º 18459/2006 (2006). Diário da República n.º 176/2006, 2ª Série. *Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Despacho n.º 727/2007 do Gabinete do Ministro (2007). Diário da República n.º 10/2007, 2ª Série. *Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Despacho Normativo n.º 11/2002 (2002). Diário da República n.º 55/2002, 2ª Série. *Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: recomendação para o seu desenvolvimento. *Direção de Serviços de Planeamento, Ministério da Saúde*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa nº 01 /DQS/ DQCO. *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis*. Lisboa: DGS.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC (4ª Edição)*. Porto Alegre: Artemed.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem- Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico (5ª Edição)*. Loures: Lusociência.
- Dreyer, A., & Nortvedt, P. (2007). Sedation of Ventilated Patients in Intensive Care Units: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), pp. 549-556.
- Durthaler, J. M., Ernest, F. R., & Johnston, J. A. (2009). Managing Severe Sepsis: A National Survey of Current Practices. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(1), pp. 45-53.
- Eckerblad, J., Eriksson, H., Kämer, A., & Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' Conceptions of Facilitative Strategies of Weaning Patients from Mechanical Ventilation- A Phenomenographic Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, pp. 225-232.

- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being Family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp. 1618-1628.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The Influence of Patient Acuity on Satisfaction with Emergency Care: perspective of family, friend and carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 800-809.
- Engelke, Z., & Schub, T. (2012). Patient Education: teaching the patient postoperative exercises. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Close Relatives in Intensive Care from the Perspective of Critical Care Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp. 1651-1659.
- Evenson, L., & Farnsworth. (2010). Skiller Cardiac Monitoring at the Bedside: an algorithm for nurses. *Critical Care Nurse*, 30(5), pp. 14-22.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV(4), pp. 655-667.
- Gallagher, J. A. (2012). Implementation of Ventilator-Associated Pneumonia Clinical Guideline (Bundle). *The Journal for Nurses Practitioners*, 8(5), pp. 377-382.
- Garcia, M., Arenas, E. R., Rajadell, P., Casanova, I., & Valverde, L. (2006). Insuficiencia Respiratoria com Ventilación No Invasiva. *Revista de Enfermaria ROL*, 29(1), pp. 23-26.
- Gerrish, K., & Lacey, A. (2006). *The Research Process in Nursing* (5ª Edição). Oxford: Asia: Blackwell Publication.
- Godfrey, B., Parten, C., & Buckner, E. B. (2006). Identification of Special Care Needs: the comparison of the cardiothoracic intensive care unit patient and nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(6), pp. 275-282.
- Grap, M., RN, PhD, & ACNP. (2009). Not-so-Trivial Pursuit: mechanical ventilation risk reduction. *American Journal of Critical Care*, 18(4), pp. 299-309.
- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), pp. 46-61.
- Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos em Morte Encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), pp. 91-97.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., . . . Sereika, S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 20, pp. 28-40.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., Thomas, D. D.-T., & Kitutu, J. (2004). Communication Ability Method and Content Among Nonspeaking Nonsurviving Patients Treated With Mechanical Ventilation in the Intensive Care. *American Journal of Critical Care*, 13, pp. 210-220.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2012). Pain Descriptors for Critically Ill Patients Unable to Self-Report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), pp. 1082-1089.

- HeathCare Infection Control Practicer Advisory Committe. (2003). Guedelines for Preventing Heath-Care-Associated Pneumonia. *Recommendations of CDC and the HealthCare Infection Control*.
- Henneman, E., & Karras, G. (2004). Determining Brain Death in Adults: a guideline for use in critical care. *Critical Care Nurse*, 24(5), pp. 50-56.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Huey-Ling, L., Chun-Che, S., Jen-Jen, T., Shau-Ting, L., & Hsing-I, C. (2008). Comparasion of the effect of protocol-directed sedation with propofol vs. midazolam by nurses in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 1510-1517.
- Huffiner, M., Johnson, K. L., Naranjo, L. L., Lissaver, M. E., Fishel, M. A.-M., Howes, S. M., . . . Smith, M. (2013). Improving family satisfaction and participation in decision making in an intensive care. *Critical Care Nurse*, 33(5), pp. 56-59.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Jaffe, S. E. (2013). Extubation, Adult: Assisting With. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Jakob, S. M., Lubszky, S., Friolet, R., Rothem, H. U., Kolarova, A., & Takala, J. (2007). Sedation and Weaning from Mechanical Ventilation: Effects of Process Optimization Outside a Clinical Trial. *Journal of Critical Care*, 22, pp. 219-228.
- Jenabzadeh, N., & Linda, C. (2011). A Nurse´s Experience Being Intubated and Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(6), pp. 51-54.
- Jonsson, M., Ala-Kokko, T., Ylipalosaari, P., Hannu, S., & Kyngäs, H. (2013). Critical Care Nurses´Knowledge of Adherence to and Barriers Towards Evidence-Based Guidelines for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia- A Survey Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, pp. 216-227.
- Kabes, A. M., Graves, J. K., & Norris, J. (2009). Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, 29(1), pp. 59-66.
- Keenan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumac brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(3), pp. 25-35.
- Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The Critical Care Work Environment and Nurse-Reported Health Care-Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22, pp. 482-488.
- Kinrade, T., Jackson, A. C., & Tommay, J. E. (2009). The Psychosocial Needs of Families during Critical Illness: Comparison of nurses´and family members´Perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), pp. 82-88.
- Kornusky, J. (2011). Quick Lesson About Open Heart Surgery: An Guerview. *Nursing Practice Council*. Cinahl Information Systems.
- Kornusky, J., & Richards, S. (2013). Admission: Admitting Patients to Intensive Care. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.

- Krayem, A., Butter, R., & Martin, C. (2006). Unplanned Extubation in the ICU: Impact on Outcome and Nursing Workload. *Annals of Thoracic Medicine*, 1(2), pp. 71-75.
- Krimshtein, N. S., Luhrs, C. A., Puntillo, K. A., Cortez, T. B., Livote, E. E., Penrod, J. D., & Nelson, J. E. (2011). Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), pp. 1325-1332.
- Krueger, L., Funk, C., Green, J., & Kuznar, K. (2013). With Patient Outcomes: A Review of the Literature 2006-2012. *Teaching and Learning in Nursing*, 8, pp. 120-127.
- Lavelle, C., & Dowling, M. (2011). The Factors Which Influence Nurses When Weaning Patients from Mechanical Ventilation: Findings from a Qualitative Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 244-252.
- Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho. (s.d.). Diário da República n.º 134/2009, 1ª Série. *Assembleia da República*. Lisboa.
- Levetown, M. (2004). Breaking Bad News in the Emergency Department: When Seconds Count. *Topics in Emergency Medicine*, 26(1), pp. 35-43.
- Locsin, R. C. (1999). Development of an instrument to measure technological caring in nursing. *Nursing and Health Sciences*, 1, pp. 27-34.
- Locsin, R. C. (2002). Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice? *Holistic Nursing Practice*, 16(2), pp. 1-4.
- Locsin, R. C. (2003). The integration of family health, culture, and nursing: prescriptions and practices. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), pp. 8-10.
- Ludgrén-Laine, H., Suominen, H., Kontio, E., & Salantena, S. (2009). Intensive Care Admission and Discharge-Critical Decision-Making Points. *Connecting Health and Humans*, pp. 358-361.
- Manno, M. (2005). Managing Mechanical Ventilation. *Nursing*, 35(1), pp. 36-41.
- Marra, A. R., Cal, R. G., Silva, C. V., Caserta, R. A., Paes, Â. T., Moura, D. F., . . . Durão, M. S. (2009). Successful Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia in an Intensive Care Setting. *Am J Infect Control*, 37, pp. 619-625.
- Matos, A., & Sobral, A. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17(1), pp. 61-65.
- McBrien, B. (2009). Non-invasive ventilation: a nurse-led service. *Emergency Nurse*, 17(6), pp. 30-35.
- McLaughlin, K. (2013). Family-Centred Care: review of opinions among staff. *Emergency Nurse*, 20(9), pp. 20-25.
- Mendes, K. D., Roza, B. d., Barbosa, S. d., Schirmer, J., & Galvão, C. M. (2012). Transplantação de Órgãos e Tecidos: responsabilidades do Enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), pp. 945-953.
- Micik, S., Besic, N., Johnson, N., Han, M., Hamlyn, S., & Ball, H. (2013). Reducing Risk for Ventilator Associated Pneumonia Through Nursing Sensitive Interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, pp. 261-265.

- Miller, S. (2010). How Trauma Networks Can Improve Patient Care. *Emergency Nurse*, 18 (6), pp. 14-18.
- Moore, L., Moore, F. A., Jones, S. L., Xu, J., & Bass, B. L. (2009). Sepsis in General Surgery: a deadly complication. *American Journal of Surgery*, 198, pp. 868-874.
- NANDA Internacional. (2010). *Diagnósticos de Enfermagem do NANDA Definição e Classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed.
- Newell, R., & Burnard, P. (2006). *Vital Notes for Nurse: Reseach for Evidence-Based Practice*. Victoria: Austrália: Blackwell Publishing.
- Nunes, I., & Cunha, I. (2000). Ventilação Não-Invasiva: Um novo desafio para os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos. *Enfermagem*, 17(2ª Série), pp. 12-16.
- Nunes, L., Amara, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-Mediated Nursing Care: the Impact on Moral Agency. *Nursing Ethics*, 16(6), pp. 786-796.
- O'Keefe-McCarthy, S., Santiago, C., & Lau, G. (2008). Ventilator-Associated Pneumonia Bundle Strategies: An Evidence-Based Preactice. *Woldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), pp. 193-204.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *DIVULGAR: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais* (Ordem dos Enfermeiros).
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Um Novo Modelo de desenvolvimento Profissional Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros-Suplemento*, 26, p. 24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor-Guia Orientador de Boas Práticas* (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Proposta do Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, 8656-8657.
- Pádua, A. I., & Martinez, J. A. (2001). Modos de Assistência Ventilatória. *Medicina*, 34, pp. 133-142.
- Pereira, A., Bivar, C., & Mendes, J. (2007). Noções Básicas de Ventilação Mecânica: modalidades ventilatórias em neonatologia. *Sinais Vitais*, 72, pp. 20-24.
- Pertab, D. (2009). Principles of Mechanical Ventilation- a critical review. *British Journal of Nursing*, 18(15), pp. 915-918.

- Picard, K. M., O' Donoghue, S. C., & Russell, K. J. (2006). Development and Implementation of a Multidisciplinary Sepsis Protocol. *Critical Care Nurse*, 26(3), pp. 43-54.
- Pinto, A. M. (2009). *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações*. Lousã: LIDEL-Edições Técnicas, IDA.
- Preston, W. (2013). The Increasing use of Non-Invasive Ventilation. *Nursing Practice*, 24(3), pp. 114-119.
- Prinou, A., Maliouki, M., Androutsopoulou, C., Papahatzi, A., Pouloupoulou, M., & Kiekkas, P. (2005). Workload of Postanaesthesia Care Unit Nurses and Intensive Care Overflow. *British Journal of Nursing*, 14 (8), pp. 434-438.
- Pritt, W., & Jacobs, M. (2005). Can You Prevent Ventilator-Associated. *Nursing: Supplement Critical Choice*, 35 (5), pp. 4-7.
- Pullen, R. L. (2007). Communicating with a Patient on Mechanical Ventilation. *Nursing*, 37(4), p. 22.
- Ribeiro Bráz, M.; Luzia Leite, J.; Carvalho Dantas, C.; Andrade Conceição Stipp, M.; Rubio Tyrrell, M.A. (2005). Atualização em Desmame Ventilatório no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: A Prática de Enfermagem Baseada em Evidências. *Enfermaria Global*, 6, pp. 1-12.
- Robson, W. P., & Daniels, R. (2008). The Sepsis Six: helping patients to survive sepsis. *British Journal of Nursing*, 17(1), pp. 16-21.
- Robson, W., & Newell, J. (2007). Severe Sepsis: Do Emergency Departments Offer Patients Optimal Care? *Emergency Nurse*, 15(1), pp. 30-33.
- Roh, J. H., Synn, A., Lim, C.-M., Suh, H. J., Hong, S.-B., Hub, J. W., & Koh, Y. (2012). A Weaning Protocol Administered by Critical Care Nurses for the Weaning of Patients from Mechanical Ventilation. *Journal of Critical Care*, 27, pp. 549-555.
- Rose, L., & Gerdtz, M. F. (2009a). Review of Non-Invasive Ventilation in the Emergency Department: clinical considerations and management priorities. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 3216-3224.
- Rose, L., & Gerdtz, M. F. (2009b). Use of Invasive Mechanical Ventilation in Australian Emergency Departments. *Emergency Medicine Australasia*, 21, pp. 108-116.
- Rosser, J. H., Parnell, A. D., & Massey, N. J. (2012). Postoperative Care of the Adult Cardiac Surgical Patient. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 13(10), pp. 503-509.
- Santana, M. A., Clênia, C. D., & Espindola, B. M. (2010). Assistência de Enfermagem na Manutenção do Potencial Doador de Órgãos. *Revista eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 1(1).
- Santos, L. J., Hoff, F. C., Condessa, R. L., Kaufmann, M. L., & Vieira, S. R. (2011). Energy Expenditure During Weaning from Mechanical Ventilation: Is There Any Difference Between Pressure Support and T-Tube? *Journal of Critical Care*, 26, pp. 34-41.
- Schneider, E., Dualéc, C., Vaille, J. L., Gillart, T., Guélan, D., & Schoffler, C. (2006). Comparison of Tolerance of Facemask vs. Mouthpiece for Non-Invasive Ventilation. *Anaesthesia*, 61, pp. 20-23.

- Schub, E., & Schub, T. (2013a). Sepsis and Septic Shock. *Nursing Executive Practice Council*. Cinahl Information Systems.
- Schub, E., & Schub, T. (2013b). Systemic Inflammatory Response. *Nursing Executive Practice Council*. Cinahl Information Systems.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia* (8ª Edição). Loures: Lusociência.
- Shiramizo, S. C., Assunção, M. S., Pardini, A., Santos, A. M., Neto, A. C., & Silva, E. (2012). Keep Your Eyes on Sepsis. *Critical Care Nurse*, 32(6), pp. 74-75.
- Shuldham, C. (2013). Working with Patients to Make Things Better. *British Journal of Cardiac Nursing*, 8(3), p. 109.
- Silva, M. G., & Colaço, G. (2010). Os Desafios da Implementação da Evidência na Prática Clínica, 1(0). (fisioline, Ed.) I.
- Sinuff, T., Muscedere, J., Cook, D., Dodek, P., & Heyland, D. (2008). Ventilator-Associated Pneumonia: Improving Outcomes Through Guideline Implementation. *Journal of Critical Care*, 23, pp. 118-125.
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Nancy, P., Osborne, R. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient- Centered Care. *American Journal of Critical Care*, 21(3), pp. 410-418.
- Smith, A., Fisher, J., Schonberg, M., Pallin, D., Block, S., Forrow, L., . . . Mccarthy, E. (2009). Am doing the right thing? Provide perspective on improving palliative care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 54 (1), pp. 86-93.
- Smith, N. (2011). Communication: Communicating with Patients who are Anxious. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Plano Nacional da Avaliação da Dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Society of Trauma Nurses. (2008). *Advanced Trauma Care for Nures Student Manual*. Lexington: STN.
- Stayt, L. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 1267-1275.
- Stoltzfus, S. (2006). The Role of Noninvasive Ventilation: CPAP and BIPAP: in the Treatment of Congestive Heart Failure. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(2), pp. 66-70.
- Strode, I., Seimane, S., & Biksāne, D. (2012). Pain Management in Nursing Practice of Intensive Care Post-Operational Stage Patients. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(6), pp. 892-900.
- Su, C.-L., Chiang, L.-L., Yang, S.-H., Lin, H.-I., Cheng, K.-C., & Huang, Y.-C. (2012). Preventive use of Noninvasive Ventilation after extubation: a prospective, multicenter randomized controlled trial. *Respiratory Care*, 57(2), pp. 204-210.
- Subramanion, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2011). Challenges Faced by Nurse in Managing Pain in a Critical Setting. *Journal Clinical Nursing*, 21, pp. 1254-1262.

- Taylor, F. (2006). A Comparative Study Examining the Decision-Making Processes of Medical and Nursing Staff in Weaning Patients From Mechanical Ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, pp. 253-263.
- Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), pp. 19-28.
- Vázquez, M., Pardavila, M.-I., Lucia, M., Aguado, Y., Magall, M. Á., & Asiain, M. C. (2011). Pain Assessment in Turning Procedures for Patients With Invasive Mechanical Ventilation. *Nursing in Critical Care*, 16(4), pp. 178-185.
- Veiga, A. A., Barros, C. A., Couto, P. J., & Vieira, P. M. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referência, II Série, nº 10*, pp. 47-56.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 501-509.
- Wang, C., Wang, K., Zhang, B., & Li, C. (2008). Patients and Families Perspectives: Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Critical Nursing*, 18, pp. 183-190.
- Wang, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2010). Nurses' Knowledge and Barriers Regarding Pain Management in Intensive Care Units. *Journal of Critical Nursing*, 19, pp. 3188-3196.
- Watson, J. (2002). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Westphal, G. A., Koenig, Á., Filho, M. G., Feijó, J., Oliveira, L. T., Nunes, F., . . . Gonçalves, A. R. (2011). Reduced mortality after the implementation of a protocol for the early detection of several sepsis. *Journal of Critical Care*, 26, pp. 76-81.
- Wood, S., Lavieri, M., & Durkin, T. (2007). What you need to know about sepsis. *Nursing*, 37(3), pp. 46-51.
- Yücel, S. C., Eser, I., Güler, E. K., & Khorshid, L. (2011). Nursing Diagnoses in Patients Having Mechanical Ventilation Support in a Respiratory Intensive Care Unit in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 7, pp. 502-508.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

APÊNDICE II
Plano de Atividades de Estágio em SU

URGÊNCIA

Objetivo Geral: Conhecer a dinâmica que envolve os cuidados de enfermagem ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, em ambiente de serviço de urgência

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>- Observar a dinâmica funcional e organizacional do Serviço de Urgência, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, identificando o papel do enfermeiro perito na prestação de cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz;</p> <p>- Compreender os cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz;</p> <p>- Perceber o percurso do doente crítico com padrão respiratório ineficaz ao longo do período de internamento no serviço de urgência até à sua transferência</p>	<p>- conhecer a equipa multidisciplinar e respetivos papéis no seio da equipa;</p> <p>- consultar documentação, tal como: protocolos, escalas, registos de enfermagem;</p> <p>- conhecer a articulação entre o enfermeiro perito nos cuidados ao doente crítico e a restante equipa multidisciplinar;</p> <p>- conhecer as funções do enfermeiro perito nos cuidados ao doente crítico, com padrão respiratório ineficaz;</p> <p>- observar a prestação de cuidados do enfermeiro perito ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz;</p> <p>- conhecer o percurso do doente crítico no Serviço de urgência, desde a entrada até à sua transferência;</p> <p>- consultar bibliografia e realizar pesquisa sobre os cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz e respetiva terapêutica</p>	<p>Humanos: enf^o chefe, enf^o peritos nos cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: bibliografia, manuais, normas, protocolos, instrumentos de registo, escalas, instrumentos de avaliação;</p> <p>Físicos: serviço de urgência</p> <p>Temporais: de 17 de set. a 12 de out. de 2012</p>	<p>- apresentar conhecimentos acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço de urgência;</p> <p>- apresentar conhecimentos sobre a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz;</p> <p>- identificar o papel do enf^o perito nos cuidados ao doente crítico no seio da equipa multidisciplinar do serviço de urgência;</p> <p>- compreender o percurso do doente crítico durante a permanência no serviço de urgência</p>

APÊNDICE III
Plano de Atividades de Estágio para a UCIR

CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS (UCIR)

Objetivo Geral: Conhecer o processo de cuidados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz e prestar cuidados especializados ao doente submetido a tratamento com VNI e VMI

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
-Compreender a dinâmica funcional e organizacional da UCIR, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, integrando gradualmente a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões informais com o orientador, assim como com a restante equipa; -consulta de documentação: instrumentos de colheita de dados e registo, protocolos, organogramas, por forma a conhecer os projetos desenvolvidos no serviço; - conhecer a articulação entre o enfº perito nos cuidados ao doente crítico, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz; - conhecer as funções do enfº perito no seio da equipa multidisciplinar; - conhecer os recursos materiais essenciais aos cuidados ao doente crítico (ventiladores, monitores cardíacos, equipamento para técnicas , etc) 	<p>Humanos: enfº chefe, enfº orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIR, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores);</p> <p>Físicos: UCIP;</p> <p>Temporais: 15 de out. a 26 de Out. de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - apresentar conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço; - participar em atividades promotoras de melhoria e continuidade de cuidados;
- Colaborar e realizar o acolhimento e respetiva colheita de dados ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, bem como família, integrando-me no seio da equipa multidisciplinar do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - observar e identificar o papel do enfº perito no acolhimento do doente crítico; -acolher o doente crítico em ambiente de UCI; - elucidar o utente/família sobre a dinâmica funcional da unidade; - promover espaço para esclarecimento de dúvidas e receios por parte do doente e família; - realizar registos adequados à situação de saúde do doente crítico; - participar em reuniões multidisciplinares para definição de estratégias e objectivos; 	<p>Humanos: enfº orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: instrumento de registo, processo de internamento do doente, normas, protocolos da UCIR, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc);</p> <p>Físicos: UCIR;</p> <p>Temporais: 26 de out. a 16 de dez. de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar as necessidades de formação da pessoa e família corretamente; - cumprir e validar plano de intervenção formativa; - monitorizar o processo de aprendizagem da pessoa e família; - avaliar cuidados prestados conjuntamente com o enfº orientador em reuniões informais ou formais;

<p>- Identificar estratégias de intervenção do enfermeiro perito nos cuidados ao doente crítico, com padrão respiratório ineficaz;</p>	<p>- avaliar as necessidades de saúde do doente crítico; - realizar planos de intervenção para a optimização do estado de saúde do doente crítico;</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIR, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc); Físicos: UCIR Temporais: 26 de out. a 16 dez.de 2012</p>	<p>- efectuar avaliação inicial adequada do doente crítico e elaborar respectivo plano de intervenção;</p>
<p>- Implementar estratégias de intervenção adequadas ao doente crítico, submetido a VNI e VMI de modo, à estabilização e optimização do seu estado de saúde;</p>	<p>- implementar plano de cuidados ao doente crítico, nomeadamente com necessidade de VNI e VMI</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIR, organogramas, equipamentos (ventiladores, monitores, etc); Físicos: UCIR; Temporais: 26 de out. a 16 dez.de 2012</p>	<p>- implementar plano de cuidados de forma adequada às necessidades do doente crítico; - efectuar reformulação do plano de intervenção em função dos resultados esperados; - mobilizar eficazmente recursos existentes;</p>
<p>- desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados adequada ao doente crítico com padrão respiratório ineficaz, nomeadamente com necessidade de VNI e VMI</p>	<p>- prestar cuidados de enfermagem globais ao doente crítico; - efectuar a monitorização, parametrização e ensinios adequados aos cuidados ao doente crítico com necessidade de VNI e VMI - avaliar os resultados das intervenções realizadas ao doente crítico;</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIR, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc); Físicos: UCIR; Temporais: 26 de out. a 16 dez.de 2012</p>	<p>- prestar cuidados de enfermagem globais e adequados às necessidades do doente crítico; - avaliar os cuidados prestados conjuntamente com o enf^o orientador em reuniões informais e formais;</p>

APÊNDICE IV
Cronograma, Plano e Sessão de Formação

CRONOGRAMA

	08/10 a 14/10	15/10 a 21/10	22/10 a 28/10	29/10 a 04/11	05/11 a 11/11	12/11 a 18/11	19/11 a 25/11
Identificação das necessidades do serviço	/	/	/				
Recolha bibliográfica, formulação do enquadramento teórico			/	/	/	/	
Seleção do tema					/		
Preparação da formação						/	/
Realização da formação							23

PLANO DE SESSÃO

Tema: Algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV)

População Alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios e Alunos de Enfermagem

Data: 23 de Novembro de 2012

Tempo Previsto: 30-40 minutos

Objetivo Geral: Que no final da sessão os enfermeiros demonstrem conhecimentos sobre o Algoritmo de Suporte Avançado de Vida de forma a melhorar a qualidade e rapidez da prestação de cuidados em situações de emergência.

Objetivos Específicos: Os formandos deverão ser capazes de:

- Identificar os principais ritmos de paragem cardíaca;
- Definir a atuação imediata em situações de assistolia ou atividade elétrica sem pulso;
- Definir a atuação imediata em situações de fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso;
- Identificar 4 das principais causas reversíveis de paragem cardiorespiratória (PCR) no adulto.

Nome dos Formadores: ESPIRITO-SANTO, A., & LOPES, D.

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos formadores.	Expositivo	Computador, <i>Data Show</i> , TV, USB	2 minutos
Enquadramento Teórico	<ul style="list-style-type: none">• Importância da reanimação rápida e eficaz;• “Big-points” das guidelines de 2010;• Interpretação de ritmos da paragem cardíaca;• Identificação das principais causas de PCR no adulto;• Passos do Algoritmo de SAV.	Interrogativo Expositivo		20 minutos
Síntese da sessão – Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Algoritmo base do SAV;• Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo Interrogativo		3 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Entrega de questionários;• Correção de questionários.	Expositivo	Questionários	5 minutos

SESSÃO DE FORMAÇÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização da Pessoa em Situação Crítica

Suporte Avançado de Vida no Adulto

Algoritmo de Actuação

Alexandra Espírito Santo
Dina Lopes

Tutores:
Prof. Teresa Leal
Prof. Cândida Durão

23 de Novembro de 2012

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Sumário

- Importância da Reanimação Cardiorespiratória
- Grandes alterações nas *Guidelines* de 2010 (*European Resuscitation Council*)
- Ritmos de paragem cardíaca
- As principais causas de PCR
- O Algoritmo de SAV
- Cuidados pós-reanimação
- Resumo

Paragem Cardiorespiratória



Definição

A paragem cardiorespiratória (PCR) *“é a cessação de uma circulação eficaz e do esforço respiratório”*.

Hartchett & Thompson (2006, p. 531)

As causas de PCR podem ser várias, no entanto, entre as mais frequentes está o Enfarte Agudo do Miocárdio.



Paragem Cardiorespiratória



Factores Associados:

- Doença coronária;
- Doenças respiratórias crónicas;
- Consumo de drogas/tóxicos;
- Afogamento;
- Anomalias electrolíticas;
- Ritmos pré-paragem – Bradicárdias e Taquicárdias



Reanimação Cardiorespiratória



Finalidade

Proporcionar um aporte adequado de sangue aos órgãos vitais, o mais rápido possível, de modo a preservá-los.

Reanimação Cardiorespiratória



Perante uma PCR, imediatamente após o colapso, o ritmo mais frequente é a Fibrilhação Ventricular (FV), cujo tratamento é a desfibrilhação;

INEM (2011)

Australian Resuscitation Council and Zealand Resuscitation Council. (2011)

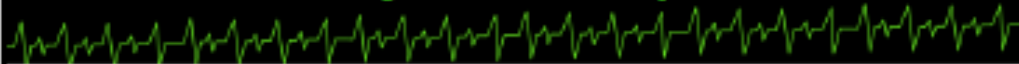
**A eficácia da desfibrilhação eléctrica diminui cerca de 10%
por cada minuto que passa.**

Reanimação Cardiopulmonar



É fundamental reconhecer os pacientes em risco de PCR (Intra-hospitalar – UCI/SU), bem como actuar de imediato nas situações de PCR confirmada;

Reanimação Cardiopulmonar



Vários estudos demonstram que os profissionais de saúde apresentam com frequência procedimentos inadequados no que diz respeito:

- Compressões cardíacas inadequadas;
- Ventilação excessiva;
- Excessivas interrupções nas compressões cardíacas.

Reanimação Cardiorespiratória



As compressões cardíacas provocam um grande desgaste físico, logo é recomendado que haja substituição a cada 2 minutos ou ao fim de cada ciclo.

Australian Resuscitation Council and Zealand Resuscitation Council. (2011)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

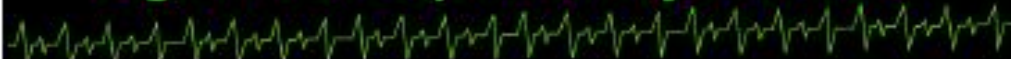


Alterações nas *Guidelines* de 2010

Avaliação da Ventilação	Início de SBV na Ausência de Ventilação ou Ventilação Anormal
Sequência da RCP	A B C → C A B
Frequência das Compressões Cardíacas Externas	100 – 120 por minuto
Profundidade das compressões	Mínimo de 5 cm (2 polegadas)
Medicação	Abolido uso de Atropina na PCR
Capnometria/Capnografia	Reforçado o seu uso
Cuidados Pós-reanimação	Incluídos no Algoritmo

Leman, P., & Jacobs, L. (2011)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Ritmos de Paragem Cardiorespiratória



Assistolia

Confirmar:

- Derivação
- Ganhos
- Conexões

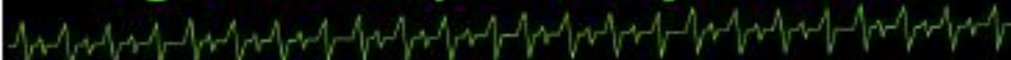


Actividade Eléctrica sem Pulso (DEM)

Palpar Pulso

Central

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Ritmos de Paragem Cardiorespiratória



Taquicárdia Ventricular

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Ritmos de Paragem Cardiorespiratória



Fibrilhação Ventricular Fina



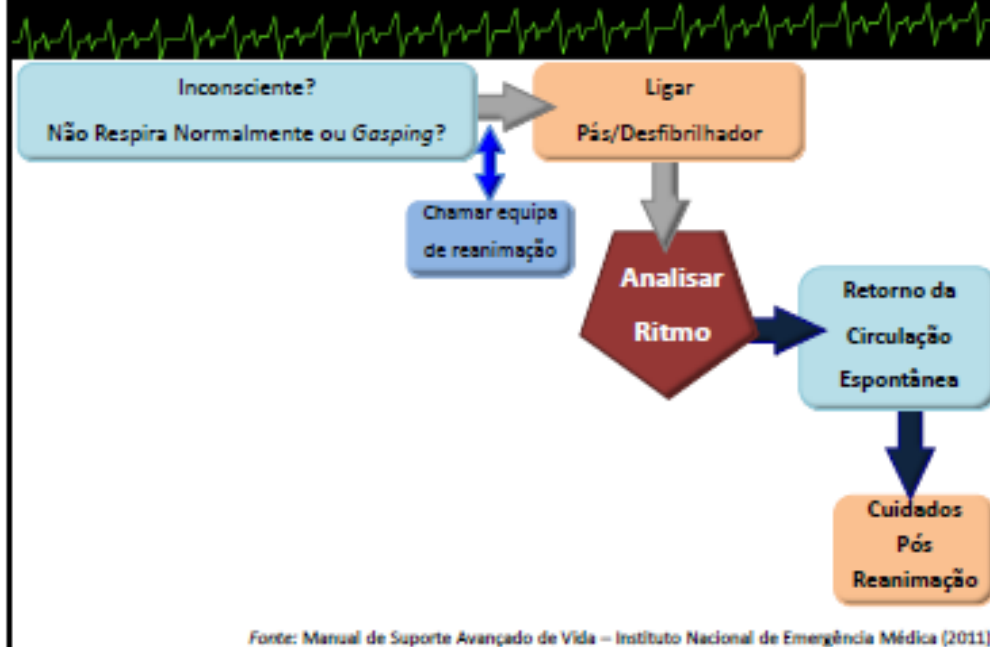
Fibrilhação Ventricular Grosseira

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Principais Causas Reversíveis de PCR

4 H's	4 T's
Hipóxia	Tromboembolismo Pulmonar
Hipovolémia	Tamponamento Cardíaco
Hipo/Hipercaleiémia / Metabólica	Tóxicos / iatrogenia
Hipotermia	PneumoTórax Hipertensivo

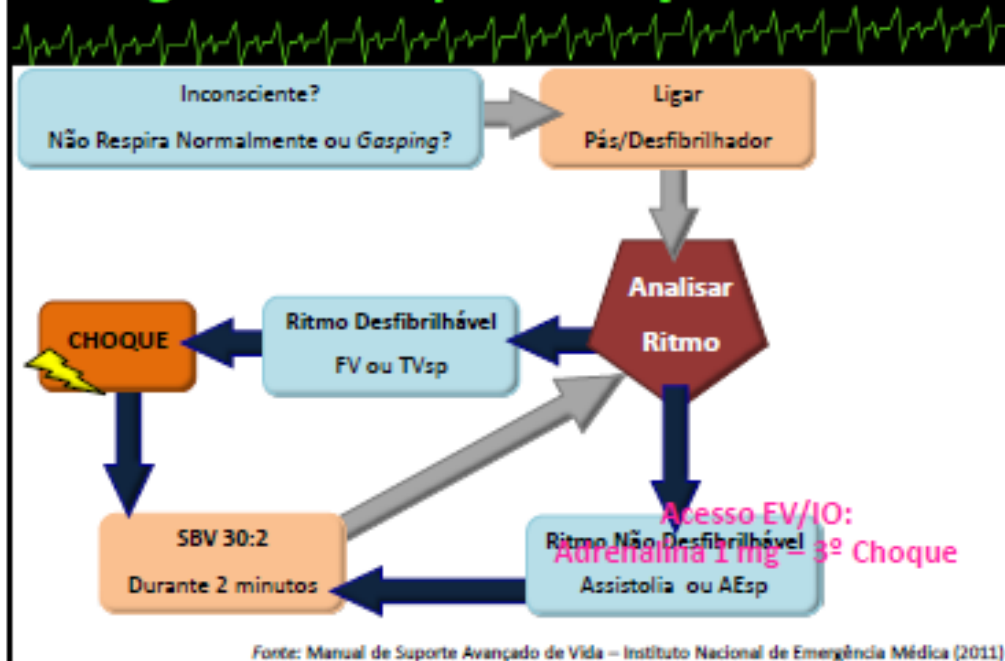
Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



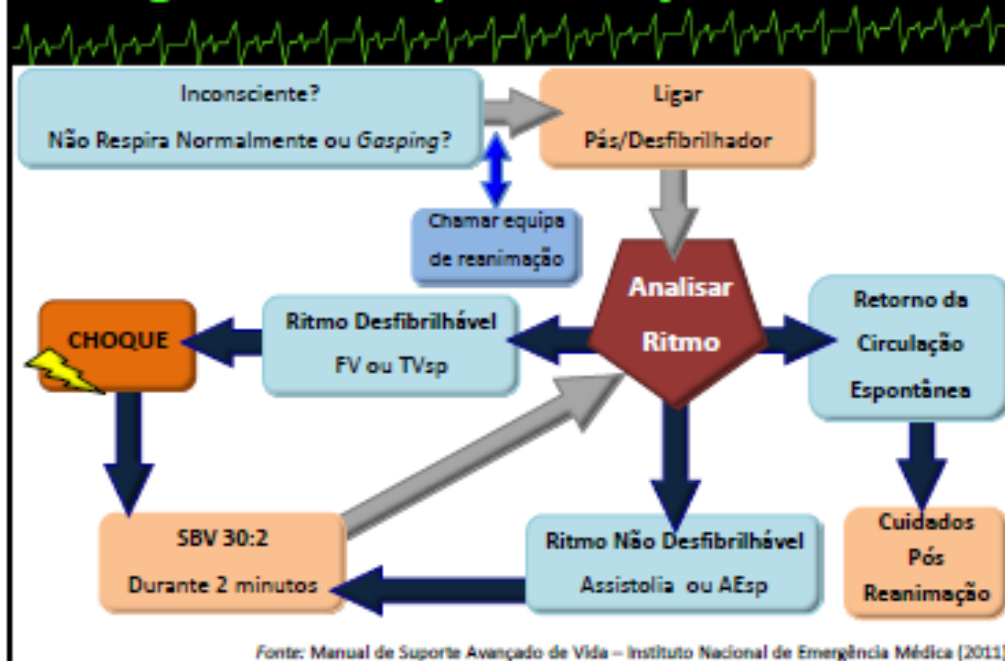
Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Durante a reanimação:

- Garantir qualidade do SBV:
 - frequência e profundidade das compressões
 - retorno do tórax
- Minimizar interrupções:
 - Planejar acções antes de interromper o SBV
- Administrar O₂
- Assegurar VA:
 - Considerar Entubação Orotraqueal
 - Capnografia/Capnometria

Leman, P., & Jacobs, L. (2011)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Durante a reanimação:

- Compressões ininterruptas após VA segura
- Acesso Vascular: Endovenoso ou Intraósseo
 - Adrenalina cada 3-5 minutos
 - Ponderar Amiodarona (ritmos desfibrilháveis) 300 mg/ 150 mg
 - Ponderar Iões
- Corrigir causas reversíveis

Leman, P., & Jacobs, L. (2011)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Cuidados Pós-reanimação

- ABCDE
- Sinais Vitais – Monitorização contínua
- Exames complementares de diagnóstico
 - ECG 12 derivações
 - Gasimetria arterial
 - Rx-torác
 - Análises sanguíneas (bioquímica, hemograma e coagulação)
- Controlar a temperatura
- Tratar a causa de PCR
- Hipotermia terapêutica
- Família

“Debriefing”

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Formação da Equipa

Os enfermeiros são quem mais tempo permanece junto do doente, tendo um papel fundamental no início e sucesso das manobras de reanimação, contudo:

- Vários estudos indicam que ao fim de 6 meses perdemos cerca de 3% das competências em SAV e ao fim de 1 ano cerca de 86%;

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Formação da Equipa

Os enfermeiros são quem mais tempo permanece junto do doente, tendo um papel fundamental no início e sucesso das manobras de reanimação, contudo:

- Ao longo do tempo as competências adquiridas em SAV vão-se perdendo, vários estudos indicam que 30% perdem-se nos primeiros 6 meses após formação e 86% após 1 ano;
- Torna-se necessário uma nova requalificação a cada 2 anos.

American Association of Critical Care Nurses. (2012)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida

Aspectos fundamentais do SAV

Frequência das Compressões Cardíacas Externas	100 – 120 por minuto
Profundidade das compressões	Mínimo de 5 cm (2 polegadas)
Retorno do tórax	Total retorno do tórax
Troca de socorristas	Em cada 2 minutos Minimizar o tempo sem compressões
Capnometria/Capnografia	Correcto posicionamento do tubo Eficácia das compressões
Identificação das possíveis causas de PCR	4 H's 4 T's
Cuidados Pós-reanimação	Tem um grande ênfase

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Referências Bibliográficas

- American Heart Association. (2011). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual para profissionais de saúde*. Bonsucesso-Brasil: Artes Gráficas e Editora Sesil LTDA.
- American Association of Critical Care Nurses. (2012). Resuscitating Competence in Advanced Life Support. *Critical Care Nurse*, 23 (3).
- Australian Resuscitation Council and New Zealand Resuscitation Council. (2011). Introduction to Advanced Life Support. ARC and NZRC Guidelines 2010. *Emergency Medicine Australasia*, 23, pp. 261-263.
- Australian Resuscitation Council and Zealand Resuscitation Council. (2011). Cardiopulmonary Resuscitation for Advanced Life Support Providers. ARC and NZRC Guidelines 2010. *Emergency Medicine Australasia*, 23, pp. 264-270.
- Australian Resuscitation Council and Zealand Resuscitation Council. (2011). Protocols for Adult Advanced Life Support. ARC and NZRC Guideline 2010. *Emergency Medicine Australasia*, 23, pp. 271-274.
- Grupo de trauma e Emergência. (2008). *Abordagem Avançada de Paragem Cardiorespiratória*. Departamento de Formação- GTE/AAPCR.
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca: Um guia polivalente*. Lusociência: Loures.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida (2ª Edição ed.)*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Leman, P., & Jacobs, L. (2011). What is new in the Australasian Adult Resuscitation Guidelines for 2010. *Emergency Medicine Australasia*, 23, pp. 237-239.

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



"Os homens recebem a morte tal como as crianças recebem o escuro (...)"

Francis Bacon



Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Correcção

1. Identifique os ritmos de paragem cardíaca.
 - Fibrilhação Ventricular
 - Taquicardia Ventricular Sem Pulso
 - Assistolia
 - Actividade Eléctrica Sem Pulso (Dissociação Electro-mecânica)
2. Qual é a actuação imediata (manobra adequada) a realizar perante uma situação de assistolia ou actividade eléctrica sem pulso?
 - Suporte Básico de Vida (30 Compressões: 2 Ventilações)

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Correcção

3. Qual é a actuação imediata (manobra adequada) a realizar perante a detecção de uma Fibrilhação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem pulso?

Desfibrilhação

4. Identifique 4 das principais causas reversíveis de paragem cardiorespiratória:

Hipóxia; Hipovolémia; Hipo/Hipercaliémia; Hipotermia;

Tamponamento Cardíaco; PneumTórax Hipertensivo; Tóxicos/IaTrógenia;

Tromboembolismo Pulmonar.

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



Muito Obrigado!



Fim!

APÊNDICE V
Plano de Atividades de Estágio na UCIP

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

Objetivo Geral: Conhecer o processo de cuidados e prestar cuidados especializados ao doente crítico com patologia diversificada.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a dinâmica funcional e organizacional da UCIP, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, integrando gradualmente a equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões informais com o orientador, assim como com a restante equipa; - consulta de documentação: instrumento de colheita de dados e registo, protocolos, organogramas, por forma a conhecer os projetos desenvolvidos no serviço; - conhecer a articulação entre o enf^o perito nos cuidados ao doente crítico, nomeadamente com padrão respiratório ineficaz; - conhecer as funções do enf^o perito no seio da equipa multidisciplinar; - conhecer os recursos materiais essenciais aos cuidados ao doente crítico (ventiladores, monitores cardíacos, equipamento para técnicas , etc.) 	<p>Humanos: Enf^o chefe, enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIP, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc.);</p> <p>Físicos: UCIP;</p> <p>Temporais: 3 de jan. a 7 de jan. de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - apresentar conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço; - participar em atividades promotoras de melhoria e continuidade de cuidados;
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar e realizar o acolhimento e respetiva colheita de dados ao doente crítico com patologia múltipla, bem como família, integrando-me no seio da equipa multidisciplinar do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> - observar e identificar o papel do enf^o perito no acolhimento do doente crítico; - acolher o doente crítico em ambiente de UCI; - elucidar o utente/família sobre a dinâmica funcional da unidade; - promover espaço para esclarecimento de dúvidas e receios por parte do doente e família; - realizar registos adequados à situação de saúde do doente crítico; - participar em reuniões multidisciplinares para definição de estratégias e objetivos; 	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: instrumento de registo, processo de internamento do doente, normas, protocolos da UCIP, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc.);</p> <p>Físicos: UCIP;</p> <p>Temporais: 3 de jan. a 1 fev. de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar as necessidades de formação da pessoa e família corretamente; - cumprir e validar plano de intervenção formativa; - monitorizar o processo de aprendizagem da pessoa e família; - avaliar cuidados prestados conjuntamente com o enf^o orientador em reuniões informais ou formais;

<p>- Identificar estratégias de intervenção do enfermeiro perito nos cuidados ao doente crítico, com padrão patologia diversificada;</p>	<p>- avaliar necessidades de saúde do doente crítico com patologia múltipla; - realizar planos de intervenção para a otimização do estado de saúde do doente crítico com patologia múltipla;</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIP, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc.); Físicos: UCIP Temporais: 3 de jan. a 1 fev. de 2013</p>	<p>- efetuar avaliação inicial adequada do doente crítico e elaborar respetivo plano de cuidados; - efetuar avaliação inicial adequada do doente crítico com patologia diversificada e elaborar respetivo plano de intervenção;</p>
<p>- Implementar estratégias de intervenção adequadas ao doente crítico com patologia diversificada de modo à estabilização e otimização do seu estado de saúde;</p>	<p>- implementar plano de cuidados ao doente crítico, com patologia múltipla;</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIP, organogramas, equipamentos (ventiladores, monitores, etc.); Físicos: UCIP; Temporais: 3 de jan. a 1 fev. de 2013</p>	<p>- implementar plano de cuidados de forma adequada às necessidades do doente crítico com patologia diversificada - efetuar reformulação do plano de intervenção em função dos resultados esperados; - mobilizar eficazmente recursos existentes</p>
<p>- desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados adequada ao doente crítico com patologia múltipla</p>	<p>- prestar cuidados de enfermagem globais ao doente crítico; -- efetuar a monitorização, parametrização e ensinios adequados aos cuidados ao doente crítico com patologia múltipla; - avaliar os resultados das intervenções realizadas ao doente crítico;</p>	<p>Humanos: enf^o orientador, equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar; Materiais: instrumento de registo, normas, protocolos da UCIP, organogramas, recursos tecnológicos (ventiladores, monitores, etc.); Físicos: UCIP; Temporais: 3 jan. a 1 fev. de 2013</p>	<p>- prestar cuidados de enfermagem globais e adequados às necessidades do doente crítico com patologia diversificada; - avaliar os cuidados prestados conjuntamente com o enf^o orientador em reuniões informais e formais;</p>

ANEXOS

ANEXO I
Avaliação de Estágio em SU

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna ao longo do estágio revelou competências profissionais nas áreas de enfermagem generalista mas também em enfermagem especializada em Pessoa em Situação Crítica. Desenvolveu um bom estágio demonstrando competências:

- relacionais/comunicacionais - demonstrou capacidade de integração na equipa de enfermagem demonstrando espírito de ajuda colaboração e cooperação não somente com os enfermeiros mas também com a restante equipa multidisciplinar. Todo o seu desempenho revelou conhecimentos científicos/técnicos no campo do estágio realizado com os outros profissionais partilhando conhecimentos da sua prática diária. Foi toda a sua actuação recorreu a técnicas de comunicação adequadas atendendo à pessoa tendo em conta toda a sua multiculturalidade de utilizando uma visão holística perante o cliente, família ou pessoa significante.

- científico/técnicas - foi uma aluna que tal como foi referido anteriormente aplicou sempre os seus conhecimentos da sua prática diária e adquiriu e aprofundou conhecimentos como por exemplo na área de abordagem à pessoa vítima de trauma, resultados não inferiores. Atingiu de forma plena os objectivos delineados para este estágio compreendendo toda a dinâmica do serviço e a sua articulação com os restantes serviços da instituição em questões e restantes instituições de saúde, o que lhe permitiu dar continuidade ao seu projecto de estágio e a sua concretização no estágio seguinte.

Data:

Tutor

Assinatura

12/10/2012

MARIA TERESA SARRÊIRA LEAL

M. S. Sarrêira Leal

Orientador

Graf.ª Esp. Idúcio Nunes

Idúcio Nunes Rodrigues Nunes

Estudante

Alexandra Nunes da Espírito Santo

Alc

Globalmente o meu ver atribuiu as competências de furdas
pela Ordem dos Engenheiros e promulgado em Diário da
República para Engenheiros Especialistas em Pormo em Jwax
Cnhs. _____

ANEXO II
Avaliação de Estágio na UCIR



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 avaliação inicial da ALEXANDRA procurei não só conhecer os objetivos pretendidos para o estágio como também os conhecimentos que possui.

Perante as limitações pontuais que o serviço possa ter tido em algumas alturas de estágio e as minhas próprias limitações como orientador, tentei colocar a ALEXANDRA em contacto direto com o conteúdo a ser explorado, proporcionando a mobilização e utilização dos seus conhecimentos.

Considero ser uma das melhores maneiras de se adquirir competências, é propondo situações, no qual ela iria tentar resolver dentro dos limites dos seus conhecimentos. Considero que a ALEXANDRA, manifesta de forma sistemática, um excelente desempenho em termos de trabalho, interesse, respeito, empenho e responsabilidade.

Adquire muito bem os conhecimentos e as competências
Participa com autonomia e iniciativa.

Face a isto considero que conseguiu desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente com necessidade de VNI e adquiriu as competências necessárias para a área da formação e supervisão clínica.

Continua assim, obrigado.

Data:	Tutor	Assinatura
10-12-12	<u>NANIA TERESA SAMPEIRA LEAL</u> Orientador	<u>[Assinatura]</u>
	<u>CARLOS PARREIRA</u> Estudante	<u>[Assinatura]</u>
	<u>Alexandra Almeida do Espírito Santo</u>	<u>[Assinatura]</u>

ANEXO III
Avaliação de Estágio na UCIP



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 ENF^ª ALEXANDRA ESPIRITO SANTO INTEGROU-
SE BEM NA DINÂMICA FUNCIONAL DO SERVIÇO E
EQUIPA

DEMONSTROU MUITO BOA ATITUDE PESSOAL E
PROFISSIONAL, BEM COMO ELEVADO INTERESSE NA
APRENDIZAGEM.

PRESTOU CUIDADOS GLOBAIS E DIFERENCIADOS A DOENTES
DE MÉDIO E ALTO RISCO E/OU EM SITUAÇÃO CRÍTICA,
INTERVINDO NA UCIP, TENDO SEMPRE A PREOCUPAÇÃO
DE OS FUNDAMENTAR CIENTIFICAMENTE

O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO DOENTE
E, DE ACORDO COM AS LIMITAÇÕES ORGANIZACIONAIS E DO
SERVIÇO, FORAM UMA CONSTANTE DA SUA ATUAÇÃO
FOMENTOU SEMPRE A TROCA DE EXPERIÊNCIAS, NO SEIO
DA EQUIPA EM QUE ESTAVA INTEGRADA.

BOAS QUALIDADES COMUNICACIONAIS

INDEPREENHÍVEL NA ASSIDUIDADE, PONTUALIDADE E
APRESENTAÇÃO

(VSTH →)

Data:
08/02/2013

Tutor

João Carlos Lopes Pinho
Orientador

Assinatura

Estudante

Alexandra Noeira do Espírito Santo

EM MEU ENTENJER ATINGIU PLENAMENTE OS
OBJECTIVOS PROPOSTOS

PROPONHO COMO CLASSIFICAÇÃO FINAL PARA ESTE
ESTAGIO MUITO BOM

—————