



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTA MARIA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOSÉ DE CLUNY

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL: DA URGÊNCIA À UNIDADE DE DIÁLISE

José Manuel Monteiro Coelho

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde Santa Maria para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Porto, maio de 2024



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTA MARIA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOSÉ DE CLUNY

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL: DA URGÊNCIA À UNIDADE DE DIALISE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde Santa Maria para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientando: José Manuel Monteiro Coelho

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa dos Santos

Porto, maio de 2024

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo”

Fernando Pessoa

À minha **FAMÍLIA**

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa Santos pelo tempo e acompanhamento, sempre com a calma e a compreensão das dificuldades de um percurso exigente, sabendo motivar para a progressão e superação das dificuldades.

Aos professores que lecionaram as aulas teóricas e que transmitiram os seus conhecimentos e criaram as bases para as pesquisas teóricas.

Aos tutores que me acompanharam e que foram determinantes para me tornar um melhor profissional.

À minha família, em especial à minha esposa que soube compensar as horas passadas longe dos meus filhos a quem devo tempos infinitos de brincadeiras e diversão. Vocês são o melhor de mim.

Aos amigos que estiveram presentes nas horas difíceis e que, com o seu companheirismo, impulsionaram e demonstraram o valor da amizade.

SIGLAS/ABREVIATURAS

AVH – acesso vascular de hemodiálise

CCIRA – comissão de controlo de infeção e resistência a antibióticos

CDC – *center of disease control*

CHUdSA – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

CVC – cateter venoso central

DGS – direção geral da saúde

DP – diálise peritoneal

ECMO – *external corporal membrane oxigenation*

EE – enfermeiro especialista

EMC – enfermagem médico-cirúrgica

FAV – fistula arteriovenosa

HD – hemodiálise

HLS – *hospital logistics system*

IACS – infeções associadas aos cuidados de saúde

KDIGO – *kidney disease improving global outcomes*

LRA – lesão renal aguda

OE – ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAV – prótese arteriovenosa

PSC – pessoa em situação crítica

SCI – serviço de cuidados intensivos

SE – sala de emergência

SLED – *sustaine slow efficiency dialysis*

SMIP – serviço de medicina intensiva polivalente

SNS – serviço nacional de saúde

SU – serviço de urgência

TSFR – terapia de substituição da função renal

UCI – unidade de cuidados intensivos

UCIC – unidade de cuidados intensivos coronários

UCIP – unidade de cuidados intensivos polivalente

UD – unidade de diálise

UF – ultrafiltração

UHD – unidade de hemodiálise

RESUMO

O presente relatório é desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Traduz o culminar das aprendizagens e reflexões sobre o percurso formativo ao longo dos estágios realizados no âmbito do curso, com vista à demonstração de competências de mestre e de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área de especialidade do curso, como espelha a mais atual versão do Decreto-Lei nº 65/2018.

Os estágios, situados entre os períodos 14/11/2022 e 16/06/2023, realizados em três serviços: Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e Unidade de Diálise de dois hospitais centrais da região metropolitana do Porto, situam o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica em terapia de substituição renal, respondendo ao preconizado no diploma supracitado.

Norteados pelos objetivos: descrever as atividades desenvolvidas em cada contexto clínico e analisar criticamente o desempenho orientado pelos objetivos educacionais propostas, a fim de alcançar as competências de um cuidado especializado à pessoa em situação crítica, o relato enfatiza a reflexão na ação e sobre a ação suportada em referenciais da profissão que regulam as boas práticas (Regulamento 140/2019 e 429/2018), e na mais recente evidência científica.

Como resultado do percurso efetuado, relata o desenvolvimento de saberes adquiridos para o cuidar especializado à pessoa em situação crítica submetida a terapia de substituição renal, bem como explana o core de competências de mestre desenvolvidas, que suportarão a defesa pública do grau de mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica.

Palavras – chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista, Terapia de Substituição da Função Renal, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

This report is developed within the scope of the 1st Medical-Surgical Nursing Master's degree course, in nursing critically ill people, at the Escola Superior de Saúde de Santa Maria in consortium with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. It translates the culmination of learning and reflections on the training path throughout the nursing placements carried out within the scope of the course, with a view to demonstrate master's skills and common and specific skills of specialist nurses in the course's specialty area, as mirrored by the most current version of Decree-Law n° 65/2018.

The nursing placements, between the 14/11/2022 and 16/06/2023, were carried out in three services: Multipurpose Emergency Service, Multipurpose Intensive Medicine Service and Dialysis Unit of two central hospitals in the metropolitan region of Porto, describe the path taken to acquire and develop specialised skills in caring for people in critical situations undergoing renal replacement therapy, responding to what is recommended in the diploma.

Guided by the objectives: describe the activities developed in each clinical context and critically analyse the performance guided by the proposed educational objectives, to achieve the skills of specialized care for people in critical situations, the report emphasizes reflection in action and on action supported by professional references that regulate good practices (Regulation 140/2019 and 429/2018), and the most recent scientific evidence.

As a result of the journey undertaken, it reports the development of knowledge acquired for specialized care for critical ill people undergoing renal replacement therapy, as well as explaining the core master's skills developed, which will support the public defense of the master's degree in Nursing Medical Surgical in the area of nursing for critically ill people.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Specialist Nurse, Renal Replacement Therapy, Person in Critical Situation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL	16
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	27
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	27
2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE	29
2.3 UNIDADE DE HEMODIÁLISE	32
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	35
3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	37
3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS	42
3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	44
3.4 DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	52
4. EDIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	58
4.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	61
4.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	65
4.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS	68
5. PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	72
6. CONCLUSÃO	76
7. BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 1º curso de mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em consórcio com a Escola Superior de Saúde S. José de Cluny e tem como finalidade a demonstração da aquisição de competências de Especialista no cuidar da pessoa em situação crítica e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A área da saúde distingue-se por se encontrar em constante atualização. O quotidiano de um profissional de enfermagem decorre de um conjunto de atitudes e intervenções que requerem uma prática comprovada, baseada na evidência científica, com o intuito de promover ou devolver a saúde à pessoa. A longevidade do ser humano faculta desafios aos profissionais, de forma a proporcionarem os melhores cuidados possíveis. Uma sociedade, simultaneamente mais exigente, leva a que os profissionais procurem formação constante quer pelo conhecimento e pelas tecnologias mais avançadas, quer pelos procedimentos mais efetivos.

A lesão renal aguda (LRA) muitas vezes associada à patologia cardíaca, traduz-se na necessidade de execução de terapias de substituição da função renal (TSFR) de forma temporária e, por vezes, definitiva. A ocorrência cada vez maior desta descompensação metabólica despertou o interesse em me formar no cuidado à pessoa submetida a TSFR procurando a evidência mais recente de forma a dar resposta adequada à necessidade de pessoas e famílias a quem dedico o meu exercício profissional.

Tendo-me formado enfermeiro em 2008, ingressei, nesse mesmo ano, no serviço de Cardiologia de um hospital central da cidade do Porto onde, até hoje, tenho tido a oportunidade de cuidar de pessoas que passam por processos complexos de doença. Em 2010 iniciei funções na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia da mesma instituição, deparando-me com doentes ainda mais instáveis e a necessitar de cuidados mais complexos. Não tendo ainda completado dois anos de experiência profissional, que me permitisse ingressar numa especialidade, decidi desenvolver os meus conhecimentos no cuidado ao doente crítico numa formação pós-graduada, tendo completado o curso de

Pós-graduação em Emergência e Catástrofe na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, no ano de 2011. No ano de 2016, ingressei na equipa de Hemodinâmica fazendo parte do grupo de enfermeiros que assegura a via verde coronária acumulando funções com as descritas anteriormente, pelo que, a escolha de efetuar formação especializada foi o percurso natural de um desenvolvimento profissional com vista a prestar cuidados mais complexos e de melhor qualidade às pessoas que recorriam à instituição onde desenvolvo a minha prática profissional.

Durante o atual percurso formativo desfrutei de três ensinamentos clínicos que constituem a matéria-prima de base para a elaboração deste relatório. Os mesmos ocorreram em dois hospitais centrais da região metropolitana do Porto em contexto de Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e Unidade de Hemodiálise, completando 45 ECTS e perfazendo um total de 1000 horas de estágio, para desenvolver as minhas competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e aprimorar o cuidado à pessoa em situação crítica. A seleção dos referidos contextos, em particular associados à área de opção, recaiu por serem unidades de referência no apoio à pessoa submetida a terapia de substituição renal, quer por doença renal crónica, quer no contexto de LRA prestando apoio ao Serviço de Urgência e às diferentes unidades de cuidados intensivos na instituição onde exerço funções. A totalidade das horas de estágio efetuadas nos diferentes locais, proporcionou oportunidades de conhecer as metodologias de trabalho do serviço que presta apoio às pessoas que estão sob os meus cuidados, assim como o funcionamento dos dispositivos médicos de TSFR utilizados.

O relatório é elaborado com base na descrição narrativa das vivências experienciadas ao longo dos três ensinamentos clínicos utilizando uma metodologia de análise crítico-reflexiva, baseada nas evidências científicas, de forma a refletir na e sobre a ação do enfermeiro no cuidar da pessoa em terapia de substituição renal. Ação esta que se baseou nas teorias de enfermagem de Patrícia Benner e Dorothea Orem, enquadrando a minha visão de prática especializada em cada contexto de ensino clínico.

Como futuro enfermeiro especialista irei incorporar os conhecimentos adquiridos numa integração direta com os enunciados plasmados pelos regulamentos nº 140/2018 e nº 429/2019 da Ordem dos Enfermeiros, consagrando deste modo as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica no cuidado à Pessoa em

Situação Crítica, bem como enaltecerei as competências de 2º ciclo de formação em Enfermagem necessárias para a obtenção do grau de mestre.

O presente relatório está redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referenciação assenta nas normas da APA (*American Psychological Association*) 7ª edição.

1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

A saúde renal é uma preocupação em todo o mundo devido à alta prevalência, impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e os custos substanciais associados ao seu tratamento. A doença renal, abrangendo desde disfunções agudas e transitórias até condições crônicas graves, é uma preocupação de saúde pública global que afeta milhões de pessoas em todos os continentes. A doença renal é uma epidemia crescente, com números alarmantes de casos em todo o mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a doença renal crônica afeta aproximadamente 10% da população mundial, tornando-se uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes. Além disso, a taxa de incidência de insuficiência renal aguda tem aumentado de forma preocupante nos últimos anos, associada a uma série de fatores, que serão descortinados mais adiante neste capítulo, dos quais sobressaem o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crônicas tais como diabetes e hipertensão, e a exposição a fatores de risco ambientais.

Ao longo da última década tem-se verificado um incremento de doentes renais crônicos em programa de hemodiálise, sendo que, segundo o registo nacional, no final de 2020 existiam cerca de 12 458 doentes, valor que aumentou 77% comparado com os que existiam no ano de 2000 (Galvão et al., 2021). Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (spnefro.pt), a 31 de dezembro de 2022 existiam 12.878 pessoas com Doença Renal Crônica submetidas a TSFR, sendo que, dessas, 2.235 pessoas iniciaram a terapia de substituição renal no ano de 2022, perfazendo uma taxa de incidência de doente aceites para TSFR de 261.53 por milhão de habitante. Segundo os mesmos autores, a taxa de prevalência de doentes submetidos a TSFR continua a aumentar (cerca de 2% face a 2021), o que coloca Portugal como um dos países europeus com maior taxa de prevalência de doentes em TSFR e com uma taxa de mortalidade de 12,4%. No estudo de 2021 de Farinha, A. et al., identificou-se que, num universo de 1265 pessoas, 40% sofriam de insuficiência cardíaca congestiva. Durante o mesmo estudo verificaram o falecimento de 125 pacientes (12,4%), dos quais 74% ocorreu numa unidade hospitalar.

Constituindo uma importante área de atenção do enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros preconiza, no guia orientador de boas práticas para os cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise (OE, 2016), que na composição das equipas de hemodiálise, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem, quer seja em pessoa em situação crítica ou pessoa em situação crónica ou paliativa.

A pessoa em situação crítica internada nos cuidados intensivos está sujeita a desenvolver LRA, sendo diversos os fatores precipitantes para esta situação aguda, nomeadamente a patologia cardíaca, situações de infeções generalizadas (sépsis), síndrome de disfunção respiratória aguda, entre outras. A taxa de incidência de LRA nos cuidados intensivos tem vindo a aumentar e, em 2002, situava-se entre os 2 e os 5%, tendo em 2014, subido para taxas de 5 a 30% (Guedes et al., 2016). O autor descreve que a LRA está relacionada com um aumento de 10 a 15 vezes a taxa de morbilidade e mortalidade, resultando numa mobilização de elevadas quantidades de recursos terapêuticos.

Os critérios de determinação do grau de LRA não são consensuais, contudo tem havido evoluções na definição dos mesmos. A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) tem efetuado um esforço na harmonização dos critérios e Portugal tem seguido essas mesmas indicações. Estes baseiam-se na estratificação dos níveis séricos de creatinina no sangue bem como nos níveis de débito urinário horário, apresentados pelo paciente. Estratifica-os num grau de risco que permite o despiste prematuro por parte dos profissionais de saúde, com vista à tomada de medidas de correção o mais precocemente possível, permitindo corrigir a função renal e possíveis efeitos adversos para o organismo.

Os critérios estabelecidos pela KDIGO (Quadro 1) estão descritos na literatura como a ferramenta mais utilizada para a determinação do grau de insuficiência renal aguda.

Quadro 1, Critérios de Insuficiência Renal Aguda

Critério	Alteração da Creatinina (Cr)	Volume Urinário
IRA KDIGO 1	Aumento de 0,3mg/dl da Cr basal Ou Aumento de 1,5x a 1,9x da Cr basal	Débito urinário < 0.5ml/Kg/h em >6h
IRA KDIGO 2	Aumento de 2x a 3x da Cr basal	Débito urinário < 0.5ml/Kg/h em >12h
IRA KDIGO 3	Aumento de >3x da Cr basal Ou Cr > 4mg/dl	Débito urinário < 0.3ml/Kg/h em >24h Ou Anúria em >12h

Fonte: KDIGO.org, 2012. (https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)

Segundo a mesma fonte, as causas mais comuns de LRA nas unidades de cuidados intensivos (UCI) são: Sepsis; Choque cardiogénico; Trauma; Queimaduras; Cirurgias cardíacas (especialmente *bypass* cardiopulmonar); Intoxicações (Drogas nefrotóxicas); Utilização de contraste radiopaco; Desidratação ou depleção de volume; Idade superior a 65 anos; Género feminino; Doenças crónicas (diabetes, pulmões, coração, fígado) e Anemia (KDIGO, 2012).

O tratamento dos pacientes diagnosticados com LRA passa, muitas vezes, pela utilização de Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), com o objetivo de depurar o sangue, complementando a função dos rins que não estão a funcionar adequadamente devido a uma diminuição súbita da função renal. Enquanto numa situação crónica o tratamento ocorre cerca de três a quatro vezes por semana, em contexto de UCI a TSFR pode ocorrer diariamente. Recorrendo a tipos de terapia dialítica de acordo com a criticidade da situação da pessoa, a técnica intermitente, que constitui a modalidade mais eficaz no tratamento de curta duração, é a mais adaptada para uma utilização em ambulatório. Em UCI, este tratamento recorre a técnicas dialíticas adaptadas ou híbridas, semelhantes à técnica intermitente, mas com a introdução de adaptações de forma a compatibilizar a técnica com o estado hemodinâmico da pessoa; nas situações de LRA, opta-se pelas técnicas contínuas, em que o tratamento é realizado com o recurso a monitores específicos. Este tipo de técnica dialítica é menos eficaz na remoção de

produtos azotados, implicando um tempo mais prolongado de tratamento para atingir os níveis de eficácia dialítica (Davenport et al., 2009; Marcelino et al., 2006).

A diferenciação entre as várias técnicas dialíticas (Marcelino et al., 2006 cit Meireles, O. 2021) consiste em vários fatores, nomeadamente: tempo de duração do tratamento, velocidade de bomba de sangue, presença e velocidade do fluxo do dialisante e presença de líquidos de reinfusão. As técnicas híbridas *Sustained Low Efficiency Dialysis* (SLED) compreendem um intervalo de tratamento de seis a doze horas, enquanto na terapia contínua, o tratamento tem uma duração nunca inferior a doze horas, o que leva a um aumento do tempo de tratamento e dos custos (Davenport et al., 2009).

Hemodiálise (HD) é um processo em que se altera a composição de uma solução, quando está em contato com outra, através de uma membrana semipermeável. A alteração da composição ocorre por transporte difusivo (difusão) de solutos do sangue para o dialisante, como a ureia, por exemplo, e do dialisante para o sangue, o bicarbonato, por exemplo, através de uma membrana semipermeável denominada por filtro de diálise (Ferreira, 2015). É considerado um procedimento extracorporeal de filtração de substâncias urémicas do sangue da pessoa com lesão renal (Gomes et al., 2011), que tem como objetivo a reconstituição do ambiente dos fluidos intra/extracelular e conseguir a homeostasia de solutos, quer pela remoção a partir do sangue, quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante. Os solutos que conseguem atravessar a membrana são transportados por difusão, ultrafiltração ou convecção (Gomes et al., 2011; Hellebrand et al., 2017).

A difusão é o termo utilizado para descrever o movimento das moléculas através da membrana semipermeável do dialisador. Todas as substâncias, incluindo moléculas de água e partículas dissolvidas estão em constante movimento, passando de um local de elevada concentração de solutos para um lado com baixa concentração de solutos, até se equilibrarem. Este movimento das moléculas é realizado de forma aleatória, sendo muito importante a presença de um gradiente de concentração. Quanto maior o peso da molécula de um soluto, maior a dificuldade no transporte do mesmo através da membrana (Hellebrand et al., 2017).

A Ultrafiltração (UF) ocorre quando a água é forçada a passar através da membrana por uma força osmótica ou hidrostática. Como resultado desta pressão, o fluido vai deslocar-se através da membrana semipermeável. A taxa de UF está relacionada com a

permeabilidade da membrana e da pressão hidrostática exercida. Atualmente os monitores de diálise geram uma pressão negativa no lado do dialisante para obter a UF planeada. A soma de pressão positiva no compartimento do sangue e a pressão negativa no compartimento do dialisante é designada por pressão transmembranar (PTM) (Gomes et al., 2011; Hellebrand et al., 2017).

A Convecção ou arrasto do solvente consiste na remoção de água por ultrafiltração e na remoção de solutos de baixo peso molecular, isto é, nas moléculas dissolvidas nessa água, quanto maior for a permeabilidade da membrana, maior é o volume de líquidos e de solutos removidos (Gomes et al., 2011).

A osmose constitui o movimento passivo da água de uma área de baixa concentração de solutos para uma área de elevada concentração de solutos. Assim, o uso de concentrações elevadas de glicose no dialisado peritoneal provoca o movimento da água do plasma do doente para o dialisado.

Para a realização de TSFR é necessário um acesso vascular de duas vias que permita a extração de sangue para um circuito extracorporeal e retorno à pessoa após a remoção das toxinas do sangue.

A TSFR, particularmente a hemodiálise, depende de um elo entre a pessoa e o sistema, sendo este denominado por Acesso Vascular para Hemodiálise (AVH). Os AVHs podem ser classificados como temporários ou permanentes (Gomes et al., 2011; NephroCare, 2011).

Os AVHs temporários são utilizados quando se prevê uma utilização a curto prazo, num horizonte temporal não superior a uma semana, ou em situações que requerem técnica dialítica imediata. Nestas situações, são utilizados cateteres provisórios de duplo lúmen de abordagem percutânea (Gomes et al., 2011; NephroCare, 2011). Cada cateter de duplo lúmen é constituído por três partes: a ponta do cateter (posicionada à entrada da aurícula direita); o corpo (que pode ou não conter um *cuff*); e os ramos (um permite a saída do sangue para o circuito extracorporeal e o outro a devolução do sangue à pessoa hemodialisada) (Beathard, 2023; Roca-Tey et al., 2021). Os ramos são sinalizados com cores diferentes, pelo que se encontra convencionado que o ramo arterial (fluxo de saída do sangue) apresenta cor vermelha e o ramo venoso (devolução do sangue à pessoa) possui cor azul, com o objetivo de prevenir o fenómeno de “recirculação”. Comparativamente a um cateter venoso central (CVC) convencional, os cateteres de

hemodiálise possuem um diâmetro de lúmen superior, para permitir fluxos de circulação de sangue superiores (Beathard, 2023).

Os CVC para hemodiálise podem ser tunelizados ou não tunelizados. Nos primeiros é criado um túnel subcutâneo onde o corpo do cateter fica alojado, sendo fixado por um *cuff* que ajuda a reduzir o risco de infecção e a deslocação do mesmo. Por outro lado, os cateteres não tunelizados têm a particularidade de garantir um acesso direto ao espaço intravascular sem necessidade de criação de um túnel subcutâneo, não dispondo de um *cuff* para fixação. Apresenta como benefício a maior facilidade de inserção comparativamente aos cateteres tunelizados (sendo vantajoso em situações agudas e/ou de urgência, podendo ser colocado em ambiente de UCI), contudo apresenta maior risco de infecção e deslocação (Beathard, 2023; Roca-Tey et al., 2021).

O melhor acesso vascular é aquele que permite uma boa relação entre eficácia da técnica dialítica com menores complicações associadas (Gomes et al., 2011; Lok et al., 2020). Nas situações consideradas temporárias, a veia jugular interna direita é preconizada como sendo preferencial para inserção de um CVC de duplo lúmen, pelo menor risco de infecção e complicações associadas. Porém, poderá ser equacionada a veia jugular externa, a femoral, a subclávia e a lombar, sendo a escolha definida de acordo com as circunstâncias específicas da pessoa que requer técnica dialítica (Lok et al., 2020).

Os AVHs permanentes compreendem a fistula arteriovenosa (FAV), a Prótese Arteriovenosa (PAV) e os cateteres venosos centrais de longa duração (Gomes et al., 2011; NephroCare, 2011). A FAV é considerada o *gold standard* dos AVH, por apresentar menos complicações associadas e maior sobrevida, ao passo que os cateteres de longa duração devem ser evitados sempre que possível, por apresentarem mais complicações associadas e por estarem dependentes de técnicas dialíticas menos eficientes (NephroCare, 2011; Roca-Tey et al., 2021).

O CVC para hemodiálise permite a realização de uma sessão logo após a sua inserção, não exigindo período de maturação para sua utilização tal como se verifica com a FAV. Dispensa também a punção para conexão da pessoa ao sistema de circulação extracorporeal, pelo que se trata do AVH mais utilizado em ambiente de UCI, particularmente na pessoa em situação crítica (Roca-Tey et al., 2021).

Apesar de todas as vantagens descritas, os CVC para hemodiálise encontram-se associados a complicações agudas que derivam da técnica de introdução, dentro das quais

se salientam a hemorragia, traumatismo vascular, pneumotórax, disfunção do dispositivo, obstrução, infecção, estenose e a oclusão de veia central (Gomes et al., 2011).

Excluindo a técnica de inserção, as complicações relacionadas com os CVC para hemodiálise são essencialmente duas: a disfunção (mecânica ou embólica) e a infecção (NephroCare, 2011; Roca-Tey et al., 2021).

A disfunção do dispositivo pode ocorrer de forma imediata, relacionando-se com o mau posicionamento do cateter (fenómeno de “*kinking*”), proporcionando um fluxo inconstante e inadequado que pode interferir na eficácia do tratamento, exigindo a substituição do dispositivo vascular. A trombose intra-luminal, ou a presença de trombos na ponta do cateter são também fenómenos que geram disfunção do dispositivo, em que a sua resolução pode exigir a administração de um fármaco fibrinolítico. A estenose do acesso venoso central pode ocorrer em cerca de 25% das pessoas portadoras de CVC com mais de 15 dias de permanência, sendo fundamental a vigilância de edema periférico para despiste precoce (NephroCare, 2011; Roca-Tey et al., 2021).

A disfunção tardia compreende a acumulação de depósitos de fibrina, de trombos intrínsecos ou extrínsecos no cateter, e/ou de bactérias que podem influenciar a permeabilidade parcial ou total do lúmen. Estima-se que pode ocorrer entre 17-33% das pessoas em hemodiálise crónica e é considerada uma complicação *major* dado que pode colocar em causa a técnica dialítica (Beathard, 2023). A resolução pode passar pela administração de fármacos fibrinolíticos ou, em último caso, pela substituição do dispositivo vascular (Beathard, 2023; NephroCare, 2011).

A prevenção da disfunção é a chave para a garantia da longevidade do AVH, pelo que, a evidência aponta para a necessidade de garantir uma adequada utilização do CVC: manipulação apenas por pessoal treinado na área de TSFR; utilização do CVC apenas para o fim da técnica dialítica, exceto em situações de emergência; a realização de *flush* do lúmen do cateter usando a técnica *push-pause*; e o preenchimento do lúmen do cateter (*priming*) com soluções anticoagulantes, nomeadamente a heparina ou citrato, num volume recomendado pelo fabricante (Beathard, 2023; Pittiruti et al., 2016).

Independentemente do tipo de disfunção é essencial que a equipa de enfermagem esteja atenta a possíveis sinais de comprometimento funcional do dispositivo, nomeadamente através de alterações do débito do acesso e/ou da eficácia dialítica, pela

dificuldade em aspirar sangue dos ramos e por alarmes de pressão gerados pela máquina de diálise (Gomes et al., 2011).

Os critérios de disfunção (Beathard, 2023) compreendem: Quebra do fluxo de sangue > a 10%; Kt/V < 1.2; Pressão arterial < -250 mmHg; Pressão venosa > 250 mmHg.

A pessoa em situação crítica depende do AVH para suporte à função renal e a manipulação do mesmo é, essencialmente, efetuada por enfermeiros treinados na área das TSFR. É fundamental garantir a longevidade dos AVHs, o que implica que sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade capazes de minimizar as complicações associadas.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, é desígnio do enfermeiro especialista, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a prevenção de complicações e a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais que a pessoa em situação crítica vivencia, prescrevendo intervenções de enfermagem especializada ou referenciando para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo terapêutico (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017). De facto, a prevenção de complicações e a identificação precoce de problemas associados à técnica dialítica constituem competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Estas competências tornam-se ainda mais relevantes atendendo a que as complicações relacionadas com os AVH, não só são responsáveis por 25% dos internamentos, como também correspondem a cerca de metade dos custos hospitalares no cuidado à pessoa com insuficiência renal crónica em programa de hemodiálise (NephroCare, 2011).

Uma vez despistada a eventual inconformidade com o AVH, é imperativa a definição célere de uma estratégia de ação para a pessoa em TSFR. As complicações dos AVH constituem situações de resolução complexa, particularmente na pessoa em situação crítica, exigindo articulação do conhecimento técnico de diversos elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente de enfermeiros da área da diálise, nefrologistas e cirurgiões. A complementaridade e a criação de sinergias implicam a definição de processos de comunicação entre os elementos, a obtenção de informações credíveis sobre AVH problemáticos e a apresentação dos resultados sobre as medidas de resolução tomadas. Este processo depende de competências de gestão de cuidados altamente

especializadas, em que o enfermeiro assume papel preponderante como elo entre todo o ecossistema. Este assume o compromisso de centralizar e difundir informação sensível sobre os AVH, estimula a definição de planos em equipa, a promoção contínua das boas práticas e assume a liderança em todo o mecanismo que envolve a promoção da longevidade do AVH. Sendo um perito na área, confere também apoio à equipa quer a nível técnico, quer na tomada de decisão para a referenciação atempada, com vista à avaliação por parte de um profissional da sua área de competência (Gomes et al., 2011; NephroCare, 2011).

Com base nestes pressupostos recomenda-se a presença de uma equipa coordenadora de acessos vasculares em que a tarefa de coordenação deve ficar a cargo de um enfermeiro com a capacidade de integrar todo o conhecimento da pessoa sob TSFR, com competências de enfermeiro especialista e com capacidade de articular casos de elevada complexidade em equipa, tal como é exigido a um mestre.

Um dos grandes desafios que as equipas coordenadoras têm de enfrentar é a infeção associada ao AVH. É considerada a complicação mais preocupante na pessoa com necessidade de TSFR através de CVC, pelo facto de estar associada a um maior risco de morbilidade e de mortalidade (Allon, 2004). Em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2022), 1,8% de todas as causas de morte em pessoas em programa de hemodiálise deveu-se à infeção do AVH, tendo esta complicação assumido 4,5% de todas as mortes nos primeiros 90 dias de hemodiálise. Além disso, a vulnerabilidade é superior na pessoa em situação crítica “(...) considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19364), competindo ao enfermeiro especialista a implementação de estratégias que promovam a prevenção e controlo da infeção no seu contexto de trabalho.

A infeção associada ao CVC para diálise pode ser classificada em três tipos: infeção do local de inserção do cateter; infeção do túnel subcutâneo; e infeção da corrente sanguínea (Roca-Tey et al., 2021). A maioria das infeções da corrente sanguínea em pessoas sob TSFR são causadas pela infeção do AVH por CVC por agentes gram positivos, sendo a incidência duas a três vezes superior na pessoa com CVC não tunelizado comparativamente à pessoa com CVC tunelizado (Allon & Sexton, 2023).

A principal etiologia prende-se com a deficiente assepsia/higiene na inserção (infecção precoce) e no manuseamento do AVH nas sessões de diálise (infecção tardia), pelo que a prevenção da contaminação e o despiste precoce de sinais e sintomas de infecção local e sistémica são fundamentais (Gomes et al., 2011; Lok et al., 2020; NephroCare, 2011). Outros fatores de risco incluem o tempo de utilização do CVC, história prévia de infecção da corrente sanguínea, cirurgia recente, diabetes mellitus, sobrecarga de ferro, imunossupressão e hipoalbuminemia (Allon & Sexton, 2023).

O enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica é um profissional dotado de competências no âmbito da prevenção, controlo e intervenção da infecção e da resistência aos antimicrobianos. É um agente de mudança local e organizacional, intervindo nos fatores modificáveis que promovem um ambiente de prestação de cuidados mais seguro, com maximização da prevenção da infecção e resistência a antimicrobianos. Ao identificar fatores de risco que coloquem em causa o controlo da infecção, desenha estratégias, promove ações e projetos de melhoria contínua da qualidade e avalia o impacto das medidas implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A TSFR envolve todo um conjunto de elementos de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, bem como a própria pessoa em programa de diálise. Contudo, são essencialmente os enfermeiros que assumem a responsabilidade de orientar e pôr em prática a técnica em si. É, por este motivo, o corpo profissional que assume a organização do ambiente, a vigilância da pessoa em técnica dialítica e a ligação da mesma à TSFR, pelo que são fundamentalmente os profissionais que mais manipulam o AVH.

Tal como já descrito anteriormente, a longevidade e a prevenção de complicações do AVH dependem da qualidade dos cuidados que são prestados, pelo que é desígnio do enfermeiro especialista a promoção de ambientes de prática que orientem os cuidados com vista à excelência, permitindo ganhos em saúde com maximização da prevenção de complicações, sem esquecer da rentabilização e sustentabilidade dos recursos de saúde. Neste sentido, no âmbito da prevenção da infecção associada ao AVH, o *Centers for Disease Control and Prevention* (2016), recomenda que as unidades de diálise devam ter em conta um *core* de intervenções que comprovadamente mostraram serem capazes de reduzir a infecção da corrente sanguínea: a vigilância epidemiológica mensal; a observação mensal da lavagem das mãos; a observação e monitorização da manipulação do cateter

pelo *staff*; o treino e avaliação regular das competências dos profissionais para manipulação correta do AVH; a educação do doente para os cuidados ao AVH; a redução da utilização de CVC para hemodiálise; a utilização de solução antisséptica à base de clorhexidina para desinfeção da pele; a desinfeção das conexões do CVC com a técnica “*scrub the hub*”; e a aplicação de antimicrobiano tópico no local de inserção do acesso vascular.

Com base nestes pressupostos, o enfermeiro especialista pode servir-se de instrumentos que permitam monitorizar as práticas a nível local, que possibilitem a identificação dos “desvios do esperado”, sendo a auditoria clínica uma ferramenta essencial. Constitui um recurso valioso para a garantia da qualidade em saúde, fazendo parte de um dos pilares da governação clínica (Scally & Donaldson, 1998). Tem a característica de poder medir a distância entre os cuidados que são prestados daquele que é efetivamente prestado à pessoa em TSFR, gerando dados que possibilitem o diagnóstico de situações-problema e que possibilitem a representação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Flottorp et al., 2010). Por ser uma ferramenta acessível e de implementação prática, o enfermeiro especialista pode basear-se nela para planear medidas interventivas no sistema de prestação de cuidados, servindo-se do mesmo instrumento de auditoria para avaliar o impacto positivo ou não das ações implementadas. Os processos de auditoria são passíveis de serem implementados em quase todo o core de intervenções preconizado pelo Center of Disease Control (CDC), o que, em termos práticos, representa a avaliação constante da *performance* da equipa de enfermagem no que respeita à aproximação do comportamento técnico aos referências de qualidade que são expectáveis para a manipulação do AVH. Este exercício permite também a identificação de lacunas no conhecimento técnico de elementos da equipa, diagnosticando-se necessidades formativas individuais ou coletivas. Este aspeto tem uma importância fulcral, uma vez que é esperado que o enfermeiro especialista seja um promotor das aprendizagens profissionais, facilitando a formação em contexto de trabalho que permita a incorporação do novo conhecimento, promovendo a prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Para compreensão do contexto formativo em que enquadro o presente relatório passo a descrever uma breve conjectura sobre os locais onde desenvolvi os estágios, que permitiram atingir as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica do ramo a pessoa em situação crítica, sobre os quais irei posteriormente refletir.

Os locais escolhidos tiveram em conta a polivalência dos serviços, a diversidade de patologias tratadas, o fluxo de utentes que recorrem a essas unidades hospitalares bem como a excelência da intervenção de enfermagem para o tratamento das pessoas que neles se encontram a recuperar das suas patologias.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O serviço de urgência polivalente foi o primeiro local onde tive a oportunidade de desenvolver o meu percurso académico. O estágio, Ensino Clínico I, com 9,5 ECTS e um total de 257 horas das quais 170 são de contato e 87 de trabalho individual. decorreu entre o dia 14/11/2022 e o dia 11/01/2023, no serviço de urgência (SU) de um hospital central do Porto.

Trata-se de um serviço polivalente de acordo com os níveis de responsabilidade definidos no Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde, o que significa que corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à emergência/urgência, atendendo, em média, entre 350 e 400 doentes por dia, na sua maioria, provenientes das freguesias ocidentais da cidade, mas também referenciados de outros hospitais da região, quando os serviços dessas entidades não conseguem responder de forma adequada e mais especializada à doença. Este serviço destaca-se como sendo o serviço de referência na área metropolitana do norte do país para a especialidade de Gastroenterologia (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Este serviço está estruturado em setores distintos: admissão, serviço informativo, posto de triagem, sala de emergência (SE), sala laranja, área de trauma e pequena cirurgia, área de ortopedia, unidade de curta duração de medicina interna, sala de observações, 3

salas de observação clínica, inaloterapia, oftalmologia, otorrinolaringologia e, atualmente no contexto da pandemia, uma área dedicada à COVID-19. Em funcionamento 24 horas por dia, de segunda a domingo, assegurado por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais em caráter permanente, assim como assistentes administrativos e técnicos de diagnóstico terapêutico. É constituído por várias valências de atendimento, nomeadamente, Medicina Interna, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia, Urologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Cardiologia de Intervenção, com o bloco operatório em apoio permanente, que dão resposta a uma população com idade igual ou superior a 18 anos, sendo o atendimento pediátrico realizado noutra local distinto do centro hospitalar.

A admissão de utentes no SU é baseada no sistema de Triagem de Manchester no qual o enfermeiro realiza a primeira avaliação do doente, que tem como objetivo priorizar os doentes conforme a gravidade clínica com que se apresentam ao serviço. A recolha de informação na triagem deve ser rápida e focada na atribuição do nível de prioridade e a avaliação do doente deve ser sistematizada, sendo que todos os elementos dessa avaliação devem ser reunidos para conhecer situação clínica do doente, Grupo Português de Triagem (GPT). De acordo com as queixas apresentadas pelo doente, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais específico, e através dos diferentes discriminadores, colocados deliberadamente na forma de perguntas para facilitar o processo, inclui o doente numa das cinco prioridades clínicas que podem ser gerais ou específicas (GPT). Após essa avaliação é atribuído um nível de prioridade identificado por cores que corresponde a um tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = até 10 minutos; urgente = amarelo = até 60 minutos; menos urgente = verde = até 120 minutos; não urgente = azul = até 240 minutos), Grupo Português de Triagem (GPT)¹.

Neste SU encontram-se em funcionamento os quatro sistemas de vias verdes, nomeadamente via verde Coronária, via verde Sépsis, via verde de Trauma e via verde AVC. Os doentes que reúnam essas condições, bem como qualquer doente que se encontre em falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, vindo do exterior ou encaminhado pelas equipas do extra-hospitalar ou proveniente de outros serviços de internamento/atendimento do centro hospitalar e das áreas de atendimento do

SU, que por instabilidade necessite de cuidados de emergência entra diretamente na SE, para estabilizar a sua situação clínica.

O Ministério da Saúde (2007) refere ainda que a SE deve estar localizada perto da porta de entrada do SU, junto à triagem e deverá ser de fácil acesso para a realização de exames complementares de diagnóstico e destina-se ao atendimento de doentes urgentes e emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. A SE deste SU tem capacidade funcional para dois doentes em simultâneo, podendo ser alargado a mais dois doentes, em situações excecionais. A equipa é composta por um médico, dois enfermeiros, um do SU e outro de um serviço de cuidados intensivos e um assistente operacional, que trabalham em conjunto e são responsáveis pelo atendimento à pessoa em situação urgente/emergente. Nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados nesta sala pois é necessário ter formação, em pelo menos, Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV em trauma, conforme está contemplado no Despacho no. 10319/2014 do Ministério da Saúde. A admissão de um doente na SE é notificada através de um sinal sonoro audível em todo o SU. Na eventualidade de conhecimento prévio da entrada de um doente na sala, o médico destacado para o efeito, que se assume como o responsável pela organização do serviço, comunica esse facto aos restantes elementos da equipa.

O SU ainda se encontrava com restrições de visitas devido à pandemia, sendo que, a família e/ou cuidadores não estavam permanentemente presentes na urgência. Desta forma, as informações necessárias para a avaliação médica dos doentes eram obtidas maioritariamente por via telefónica ou através do GAFA (Gabinete de Apoio à Família e Acompanhantes) onde estava destacado um enfermeiro que prestava informações e/ou autorizava a entrada de visitas de acordo com as regras pré-estabelecidas.

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE

Como segundo local, tive a oportunidade de desenvolver o meu percurso académico num serviço de medicina intensiva, unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), de outro hospital da área metropolitana do Porto. Selecionei-o por ser um serviço recente dotado de tecnologia atual e de forma a conhecer outras filosofias de trabalho. O estágio,

Ensino Clínico II, foi repartido por duas passagens consecutivas; a primeira, entre o dia 16/01/2023 e o dia 17/02/2023, com 5,5 ECTS, 149 horas de ensino clínico, das quais 98 horas de contato e 49 horas de trabalho individual. A segunda etapa, integrando o Módulo I da UC Estágio com Relatório, ocorreu entre os dias 20/02/2023 e o dia 12/03/2023 com 4 ECTS e um total de 108 horas de ensino clínico, entre as quais 71 horas de contato e 37 horas de trabalho individual.

O Serviço de Medicina Intensiva Polivalente é um serviço com cerca de dois anos de existência, que aparece no hospital para fazer face à necessidade de camas extra em época COVID-19. É um serviço constituído por duas alas, a ala A, de nível III, e designada anteriormente UCIP e outra de nível II, a ala B, que era designada Cuidados Intermédios Polivalente (CIP). Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva as camas de nível III são destinadas a doentes com disfunções multiorgânicas, que necessitam, por conseguinte, de suporte de duas ou mais funções vitais. Enquanto as camas de nível II são destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica, mas com suporte de uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2016). O serviço, como foi construído de raiz, respeitou grande parte das recomendações técnicas emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para a instalação de unidades de cuidados intensivos (ACSS, 2013).

O Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP), é constituído por 28 camas, sendo que 16 estão atribuídas à ala A (A1- A16) e 12 à ala B (B1-B12). Todas as boxes são individuais e de estrutura fechada apresentando-se divididas entre elas, com parede e com uma faixa transparente que, ao mesmo tempo, permite ser fechada garantindo a privacidade dos doentes; para o corredor há uma cortina não transparente que é fechada aquando da prestação de cuidados diretos.

As boxes de isolamento (4 na ala A e duas na B) possuem adufa de entrada com possibilidade de pressão positiva e negativa. Cada box tem toda a monitorização necessária à tipologia do doente, camas hidráulicas que permitem alternância de posicionamentos bem como monitorização peso; possui ainda coluna de perfusoras e coluna de gases e vácuo, ventilador, lavatório e duas mesas de apoio, cadeirão, televisão,

sistema de iluminação com regulador de intensidade e ainda um foco. Muitas das boxes têm janelas para o exterior permitindo a percepção dos doentes para os ritmos circadianos.

Na ala A, cada box tem um computador que permite registos à cabeceira do doente e os monitores de leito que permitem importar a monitorização de mais um doente, podendo o enfermeiro monitorizar dois doentes em simultâneo. Na área de assistência do SMIP existe um posto de enfermagem centralizado que permite a vigilância de todos os doentes através das câmaras existentes em cada box. Há ainda monitorização de todos os doentes da ala e um sistema da Braun®, o one-view, que permite controlar todas as perfusões que estão em curso, bem como o tempo que demoram a terminar. Da área assistencial ainda faz parte a sala de preparação/stock de fármacos que se encontra separada, com vidro, o que leva à continuidade da vigilância de todos os doentes. Durante a minha estadia no SMIP utilizaram o sistema de unidose, que estava em fase inicial de implementação, pelo que havia ainda muito recurso a medicação do stock nomeadamente fármacos sedativos, analgésicos e curarizantes.

Na área assistencial existem ainda vários carros de apoio aos cuidados (higiene, roupas, colocação de acessos, colocação ECMO, pensos, via aérea e emergência), máquinas para realização de gasometrias e sistema de vácuo para envio de materiais para o laboratório. Da área de apoio fazem parte a sala de sujos e despejos bem como armazém temporário de sacos (resíduos e roupa) que comunica automaticamente com porta para o exterior. Na ala B existe casa de banho para doentes e um quarto para banho assistido.

Localizado num corredor perpendicular ao assistencial, existe a sala de reuniões onde se encontra também a monitorização de todos os doentes (ala A e B), o gabinete do diretor clínico e o gabinete do enfermeiro chefe, o quarto médico, o gabinete pessoal administrativo que coincide com a receção do serviço e sala de espera. Há ainda a copa dos doentes e armazéns de material clínico, não clínico e quartos de banho para profissionais.

Localizado na parte exterior ao SMIP, separado deste por um pequeno corredor, existe ainda uma área de apoio com copa para profissionais, armazém de material de equipamento de monitorização e os vestiários do pessoal, com instalações sanitárias e duches. Também é nesta área que fica alocado todo o fardamento do pessoal.

O sistema de registo utilizado no SMIP é o B-ICU CARE, específico para unidades de cuidados intensivos, que permite a aquisição de monitorizações importadas diretamente do monitor de leito, que apenas necessita de validação. Apesar de ser utilizado para unidades de cuidados intensivos este não está integrado com os restantes sistemas do serviço, o que leva a que o próprio sistema seja pouco prático. Para registar estupefacientes administrados e gerir os fármacos de stock ou extra, têm de utilizar outro programa (Glintt); para fazer pedido de dietas têm de utilizar o S-clínico e, quando fazem transferência para outros serviços, os registos que efetuam durante o internamento não migram para o S-clínico, que é o sistema usado nos serviços médicos e cirúrgicos para onde são efetuadas as transferências dos doentes.

A dotação dos enfermeiros por turno é de 8 enfermeiros na ala A, 6 na ala B, sendo os rácios de 1:1 ou 1:2 conforme as recomendações da OE sobre o cálculo de dotações seguras (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p 145). Existem ainda dois enfermeiros de reabilitação no turno da manhã, e um no turno da tarde, o que ainda fica aquém do cálculo da OE que defende a existência de 12 horas de cuidados por cada 5 doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019, 145); em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador que desempenha função de gestão das duas alas (recursos humanos, materiais, contagem e pedido de medicação). Como referi anteriormente, o SMIP também é responsável pela resposta à emergência intra-hospitalar e, como tal, existem, por turno, dois elementos designados por Equipa de Reanimação intra-hospitalar (ERI). Aos elementos ERI 1 e ERI 2, são atribuídos apenas um doente e sempre que surge uma ativação sai o ERI 1 do serviço e transmite a informação do doente ao colega ERI 2. Os elementos que pertencem à ERI são aqueles que demonstram vontade e são possuidores do curso de SIV ou SAV atualizado, o que se encontra de acordo com a circular normativa vigente (DGS, 2010).

2.3 UNIDADE DE HEMODIÁLISE

No denominado estágio de opção, Módulo II da UC Estágio com Relatório, com vista ao desenvolvimento de competências específicas, tive a oportunidade de integrar a unidade de hemodiálise do hospital onde exerço a minha atividade profissional, dado ser um serviço certificado e que presta apoio na execução de TSFR à pessoa em UCI. O

estágio decorreu entre o dia 27/03/2023 e o dia 16/06/2023. Com 18 ECTS e um total de 486 horas de ensino Clínico, contemplou 321 horas de contato e 165 horas de trabalho individual.

A unidade de hemodiálise encontra-se integrada no serviço de nefrologia do CHUdSA, trata-se de uma unidade central, certificada desde 2006, que presta tratamento dialítico a doentes em regime de internamento e ambulatório. É uma unidade estreitamente articulada com a unidade de diálise peritoneal e parte integrante do serviço de nefrologia. Este serviço tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional e a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde. É também missão deste serviço apoiar todos os doentes insuficientes renais em fase pré dialítica ou em diálise da área de influência ou que, por opção tenham decidido escolher a unidade para apoio clínico, respeitando a implementação adequada das diretrizes emanadas no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, da mesma unidade hospitalar. A unidade de hemodiálise, em colaboração com a unidade de Diálise Peritoneal (DP), tem como finalidade a prestação dos seguintes cuidados: consulta de pré diálise, hemodiálise (HD), consultas de diálise e formação pós-graduada. Atualmente, a unidade de hemodiálise dispõe de quatro salas de HD, uma sala de tratamento de água, uma sala para a realização de técnicas invasivas e dois gabinetes médicos. A sala maior de tratamento convencional (sala A) é constituída por 8 postos de tratamento. Existe ainda uma sala com 3 postos, dedicada, mas não exclusiva, a doentes com serologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); uma outra sala com 1 posto, dedicada a doentes com serologia positiva para o Vírus da Hepatite B (VHB); e, finalmente, uma sala de internamento curto com 2 postos para doentes provenientes da urgência. A unidade de hemodiálise encontra-se em funcionamento regular e permanente, assegurando o tratamento dialítico aos doentes crónicos de ambulatório em programa regular de HD, bem como aos doentes agudos e crónicos internados e aos doentes agudos admitidos no serviço de urgência (SU). Esta unidade é responsável também pela colocação e remoção de Cateteres Venosos Centrais (CVC) provisórios e tunelizados, que são um acesso vascular para HD, em doentes em situações emergentes ou urgentes, que não têm fístula ou prótese construída, ou sem possibilidade para acesso vascular definitivo. Todas estas

intervenções se realizam na sala de procedimentos. A Unidade de DP, que se encontra localizada também no piso 0, assegura a realização de Diálise Peritoneal Contínua em Ambulatório desde 1985 e de Diálise Peritoneal automatizada desde 1997. Dispõe de consulta de esclarecimento das técnicas de substituição renal e vigilância clínica por parte da equipa de Enfermagem. Esta unidade assume ainda, as seguintes responsabilidades: seleção dos doentes candidatos a este tipo de técnica, colocação do cateter de Tenckhoff na cavidade abdominal, gestão das complicações associadas à técnica, realização de testes de eficácia dialítica e testes de transporte da membrana peritoneal e otimização da prescrição da diálise. Na unidade de HD são realizadas as seguintes técnicas: hemodiálise convencional, hemodiálise de alto fluxo, hemodiafiltração, plasmaferese e a LDL - Aférese (Aferése de Lipoproteínas de Baixa Densidade). Para além destas técnicas, o serviço disponibiliza um enfermeiro que dá apoio à realização de técnicas dialíticas nos Serviços de Cuidados Intensivos (SCI), à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e à Unidade de Cuidados Intermédios Coronários (UCIC).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A enfermagem, enquanto profissão, tem um percurso histórico longo, do ponto de vista cronológico, pois desde sempre foi necessário que alguém cuidasse do outro (Sales, 2008). Segundo Collière, “*desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer*” (1999, p. 27).

A evolução da aceitação da enfermagem, enquanto profissão de estatuto reconhecido pela sociedade, tem sido um caminho árduo que se tem alcançado ao longo dos anos acompanhada de várias correntes ideológicas, filosóficas e científicas. De acordo com Kérouac et al. (1994), a disciplina e a profissão de enfermagem são indissociáveis. Assim, a especificidade da profissão centra-se em duas vertentes fundamentais, uma direcionada para a necessidade de conhecimento e saber técnico e científico próprios e a outra direcionada para a exigência de competências relacionais (Sales, 2008).

O desenvolvimento profissional ocorre simultaneamente ao desenvolvimento pessoal. O mesmo ocorre de forma gradual no tempo e, desta forma contínua, através da busca de conhecimento científico bem como na prática clínica diária.

Também a forma como entendemos a profissão de enfermagem se vai alterando desde que somos recém-licenciados, até ao momento em que já apresentamos algum tempo de experiência clínica, e vai evoluindo ao longo dos anos, com o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Para o desenvolvimento profissional, é imperativo a aquisição de competências. A Ordem dos Enfermeiros (2003) descreve o conceito de competência como a capacidade de o enfermeiro praticar cuidados seguros, eficazes, exercendo a sua responsabilidade profissional. Também referem que é “*saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogéneos para realizar atividade*” (OE, 2011, p.6).

Em síntese, devemos encarar a enfermagem como uma disciplina do conhecimento, que se encontra em constante evolução e que nós, enfermeiros, devemos aliar o conhecimento científico à prática clínica. Assim, a aquisição de competências requer a capacidade de agir eficazmente segundo a situação apresentada, segundo os

conhecimentos da área, sendo que este conhecimento resulta da nossa experiência clínica, autonomia, crenças, cultura e pesquisa científica. A tentativa incessante de adquirir saber em enfermagem, implica investimento pessoal e requer experiência, pois só assim podemos alcançar qualidade nos nossos cuidados e o reconhecimento por parte dos órgãos organizacionais e sociais (Cunha, 2017).

Durante o meu percurso profissional, já referido no capítulo anterior, pude desenvolver trabalho na área do cuidado a pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, mas também pelas tarefas de responsável pela interlocução da Comissão de Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) no serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), papel que desempenhei entre 2016 e 2022. O contexto pandémico, desencadeado pelo vírus SARS-COV2, no início do ano de 2020, colocou desafios únicos como a revisão de normas de limpeza de superfícies, a realização de ações de formação sobre a utilização de equipamento de proteção individual a vários grupos profissionais, bem como a criação de um circuito de resposta da Via Verde coronária de forma a garantir a segurança dos elementos que prestavam apoio a pessoas com enfarte agudo do miocárdio que necessitavam de realizar cateterismo cardíaco emergente, sem retardar o tempo de resposta desde a deteção ao tratamento do evento coronário. A instituição de um local de coorte foi fundamental para que o doente, enquanto não tinha um teste de reação em cadeia da polimerase com resultado negativo, pudesse permanecer monitorizado após a realização do tratamento.

Ao longo deste capítulo procurarei demonstrar, baseando-me nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, citadas no regulamento 140/2019 da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), nas suas unidades de competência bem como nos critérios de avaliação das mesmas, o percurso realizado para aquisição das mesmas a fim de que me seja reconhecida a “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019 p. 4744).

Do mesmo modo, ao longo desta exposição reflexiva, irei explicar como, ao longo dos vários ensinamentos clínicos, fui capaz de desenvolver um pensamento e uma forma de atuação que conduziu à aquisição das unidades de competência do domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua dos cuidados**, da

gestão dos cuidados, e das **aprendizagens profissionais** de modo a especificar as particularidades desenvolvidas.

3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Desde o início da sua atividade profissional que os enfermeiros assumem o compromisso pela responsabilidade profissional e ética com o juramento público que prestam à profissão, Juramento de Nightingale. De igual modo a inscrição na Ordem dos Enfermeiros determina, aos enfermeiros a exercer em Portugal, a obrigatoriedade do cumprimento do código deontológico e do regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros (REPE) estabelecidos pela entidade que regula a profissão (Ordem dos Enfermeiros 1996).

Ao longo do meu percurso profissional são constantes as situações que me deparo, no dia a dia, em que a tomada de decisão ética nem sempre se torna evidente e exige um processo de reflexão e análise para que os cuidados sejam os melhores possíveis para a pessoa.

De igual forma, neste processo formativo em que experienciei contextos de saúde complexos, as mesmas indecisões estiveram presentes e conduziram a momentos de discussão e reflexão com os tutores e intervenientes nos diferentes contextos assistenciais procurando, desta forma, prestar os melhores cuidados, baseados na evidência, demonstrando disponibilidade, permitindo uma relação terapêutica com respeito à sua dignidade e privacidade e atendendo à pessoa doente e respetiva família de forma assertiva.

No EC I vivenciei uma complexa situação de fim de vida, tendo sido necessário assumir cuidados de conforto. Prestar cuidados dignos a uma pessoa, em processo de final de vida, em condições de confusão e agitação de um SU não é de fácil gestão. Contudo, cumprindo com o artigo 108º do Código Deontológico dos Enfermeiros, foi criado um ambiente mais resguardado, para alocar a pessoa e assegurar a permanência dos familiares, tornando todo o processo o mais digno possível, possibilitando o máximo conforto e carinho na hora da despedida.

A presença de familiares durante a prestação de cuidados nos SU é um tema sensível, pois a maioria dos serviços de urgência não está preparada para acomodar os familiares. Ainda assim, um estudo sobre a presença de familiares no SU demonstrou que as pessoas que estão a passar por processos de doença se sentem mais confortáveis e seguras quando os seus entes queridos se encontram junto delas contribuindo para uma redução de stress e ansiedade (Barreto, M. et al. 2019). Nem sempre os profissionais de saúde estão recetivos à permanência de familiares durante a prestação de cuidados seja porque, efetivamente, as técnicas que necessitam de executar não permitem a sua permanência ou pela sensação de observação e julgamento que a sua presença possa causar. No período que permaneci no SU, em determinadas ocasiões, pude interagir com familiares e observar como a sua presença podia fazer a diferença na prestação de cuidados permitindo, na maioria das situações, a colaboração com os profissionais de saúde e, principalmente, contribuindo para sossegar e proporcionar momentos de conforto às pessoas que recorriam ao serviço.

Neste contexto, o processo de comunicação de más notícias, situação emocionalmente desgastante para pacientes, familiares e profissionais de enfermagem, também exigiu da minha parte atenção e reflexão. Uma compreensão de valores, crença cultural e religiosa, foi tida em consideração de forma a centrar todo o foco na pessoa (Warnock, C. 2014). Neste processo de comunicação, a abordagem efetuada pelo médico responsável pela pessoa e pelo especialista em EMC, levou-me a transferir os conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas sobre a relação e comunicação interpessoal. Como orienta o guia de comunicação sobre o estado clínico da pessoa foi aplicado o protocolo SPIKES (Buckman, 1992). Toda esta vivência mostrou-se um desafio interessante sendo óbvia a dificuldade por parte dos profissionais de saúde em transmitir más notícias, pois a maioria dos enfermeiros, incluindo-me a mim, reconhece não ter formação para conduzir esse processo com efetividade.

Ainda no estágio do serviço de Urgência tive a oportunidade de vivenciar várias situações complexas na SE. Esta encontrando-se junto à entrada do próprio serviço e, dada a facilidade de acesso, por vezes torna-se complicada a preservação da privacidade dos utentes. Segundo Marques (2007), os enfermeiros portugueses têm demonstrado uma preocupação permanente pelos aspetos que se relacionam com o respeito integral da pessoa, traduzindo-se na produção legislativa referente à profissão de Enfermagem, com

grande ênfase na defesa da pessoa perspectivada na sua globalidade (Marques & Vieira, 2007). Neste âmbito, recorde uma situação em que foi necessário prestar apoio a uma pessoa, conhecida da sociedade e com altos níveis de exposição mediáticos, em que foi ativada uma Via Verde de Acidente Vascular Cerebral, com necessidade de estabilização e execução de meios complementares de diagnóstico fora do ambiente controlado da SE. Através de discussão com o tutor e definição de uma estratégia, pelo grupo, foi possível, na abordagem à pessoa, preservar a sua identidade mantendo o devido sigilo profissional e prestar todos os cuidados sem que os restantes elementos do SU e utentes se apercebessem da presença dessa figura da sociedade nacional.

O sigilo profissional está descrito, no código deontológico, como um dever por parte dos profissionais de saúde em respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, garantindo assim a confiança da pessoa doente e respetiva família nos profissionais de saúde, principalmente no enfermeiro, permitindo uma relação terapêutica solidificada na confiança (Pereira et al, 2011).

No SMIP pude constatar que o ambiente de prestação de cuidados era mais controlado face ao SU. Como a admissão do doente é feita com aviso prévio, a box do doente é preparada pelo enfermeiro coordenador ou pelo enfermeiro responsável pelo doente, realizando todos os testes, verificações (ventilador) e montagens necessárias (preparação terapêutica de acordo com o SMIP, montagem do sistema de monitorização de pressão venosa central e pressão arterial), sendo esta unidade preparada de acordo com a condição do doente e a monitorização requerida. Após a instalação do doente, estabilização e monitorização adequada estabelece-se o plano para o doente. Os focos de atenção que eram transversais em quase todos os planos de cuidados são: o autocuidado (higiene, sanitário, vestir/despir, alimentar), o risco de queda (escala Morse), risco de úlcera de pressão (escala Braden), a consciência, a dor, a suscetibilidade à infeção, limpeza das vias aéreas, a eliminação, a ferida e a ventilação.

Os momentos de transição de turno são momentos de elevada importância nos cuidados à pessoa em situação crítica e a comunicação de ocorrências é fundamental para o sucesso dos cuidados. Balão, P. et al (2018) apresentaram uma revisão da literatura onde identificam que uma comunicação deficitária exerce um impacto negativo na transição de

cuidados. Os mesmos autores identificam, como principais problemas na transição de cuidados, a falta de informação, a falta de tempo, a ausência de uma única metodologia de transferência, as distrações/interrupções, a variabilidade comunicacional e experiência profissional dos intervenientes e a cultura de trabalho. A passagem de turno no SMIP decorria em duas partes. Na primeira, era utilizada a metodologia *ISBAR* (*I*dentify, *S*ituation, *B*ackground, *A*ssessment, *R*ecommendation) seguindo, desta forma, a norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde (DGS) sobre a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” ocorrendo numa sala de reuniões com recurso a um computador ligado em rede que permitia o acesso a toda a informação do utente. A segunda parte da passagem de turno ocorria à cabeceira do doente onde era efetuada uma passagem de informação mais pormenorizada sobre estados de perfusões, drenagens, monitorizações de sinais vitais, estados ventilatórios, entre outros. Senti que a metodologia utilizada era adequada ao nível dos cuidados prestados e à condição de saúde em que se encontravam as pessoas que estavam internadas.

No contexto de pessoa em situação crítica, muitas vezes, as equipas são confrontadas com tomadas de decisão complexas e de atitudes terapêuticas que exigem autorização por parte dos intervencionados. Contudo, no SMIP, a obtenção de consentimentos era difícil uma vez que a maior parte dos doentes estavam sedados e sem capacidade de tomar decisões, especialmente nos cuidados intensivos e na SE; todos os tratamentos/procedimentos eram efetuados no sentido do benefício direto do doente e, em todos os casos, foram contactados os familiares designados, informando-os da tomada de decisão, o que não seria necessário, visto que nenhum dos familiares era representante legal (Deodato, 2017). Durante os meus estágios, nenhum dos doentes atendidos tinha alguma diretiva antecipada de vontade sob a forma de testamento vital, sendo que este é o instrumento no qual o doente expressa, antecipadamente, a sua vontade sobre os cuidados de saúde que pretende ou não receber, de forma livre, consciente e esclarecida, no caso de não conseguir expressar-se (Assembleia da República, 2012).

No âmbito da responsabilidade profissional, a enfermagem centrada nas necessidades humanas, impõe aos enfermeiros a mobilização de competências necessárias para a relação terapêutica, nomeadamente a capacidade real de ajudar a pessoa, capacitando-a para o autocuidado e contribuindo para o seu bem-estar. Baseei-

me na teoria de Dorothea Orem, e centrado na teoria do autocuidado, assumi os “*seres humanos como seres unitários dinâmicos que existem nos seus ambientes, que estão no processo de começar a ser e possuem livre-arbítrio, bem como outras qualidades humanas essenciais*” (Alligood, M., 2018, p. 201) e deste modo conduzi o meu exercício profissional. Orem (Alligood, M.,2018, 201) determina 8 requisitos universais de autocuidado humano:

1. Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida
2. Prestação de cuidados associado aos processos de eliminação de excrementos;
3. Preservação do equilíbrio entre a atividade e descanso;
4. Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social;
5. Preservação de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano;
6. A promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal;
7. Prevenção de riscos à saúde, bem-estar e vida do ser humano;
8. Promoção da saúde humana e interação social com grupos de pessoas

A teoria pressupõe que o enfermeiro deve identificar o desvio de saúde que ocorre de maneira a intervir e corrigir a necessidade de autocuidado terapêutico e, para tal, deve controlar e gerir os fatores identificados nos requisitos, sendo que os valores são reguladores do funcionamento humano (capacidade de gestão na ingestão de água) e preencher o elemento de atividade do requisito (incapacidade, capacidade, prevenção).

Estes pressupostos adequam-se ao cuidado à pessoa em terapia de substituição renal em que o cuidar de enfermagem marca o interesse pela pessoa doente e família, as suas exigências com a disponibilidade própria de um compromisso pelo respeito mútuo e motivação. Esta relação exige uma complexidade de emoções, sentimentos e valores partilhados pelo enfermeiro e pessoa doente/família, tendo por base um aspeto em comum: o estabelecimento de uma relação de confiança (Lourenço, Pinto, Pereira & César Fonseca, 2011).

Ao longo de todos os ensinamentos clínicos procurei desenvolver a atividade respeitando os padrões de qualidade, responsabilidade e ética legal. Deste modo, a capacidade especializada no cuidado à pessoa/família em situação crítica regeu os meus princípios pelos valores de igualdade, verdade e aperfeiçoamento profissional com vista à excelência do exercício profissional e à valorização da enfermagem.

Considero ter atingido os objetivos contribuindo, de forma ativa, em discussões e tomadas de decisões que conduziram a processos de ganhos em saúde, respeitando os princípios éticos, a deontologia profissional e o máximo respeito pelos direitos humanos.

3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS

Os enfermeiros especialistas desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados, uma vez que possuem conhecimentos avançados e habilidades específicas para lidar com pessoas em situação crítica (PSC). São capazes de fornecer cuidados personalizados, monitorizar a pessoa de maneira mais eficaz e antecipar possíveis complicações. Além disso, a capacidade de liderança e tomada de decisão baseada em evidências contribui diariamente para a segurança do doente e a eficiência dos cuidados.

A formação contínua, a fim de acompanhar as inovações e avanços do cuidado à PSC, a colaboração interdisciplinar eficaz, a comunicação e o trabalho em equipa são essenciais para assegurar a coordenação dos cuidados e o alcance dos melhores resultados (Ribeiro, et al. 2020)

A OE, através do colégio de especialidade EMC, estabelece padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, nos seus enunciados, evidencia como critérios de avaliação a satisfação do cliente, a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Baseando-me nestes critérios, procurarei demonstrar em que medida foi atingida a competência na melhoria contínua dos cuidados.

A Satisfação do cliente é um indicador fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. São diversos os fatores que influenciam a satisfação da PSC e, segundo Andrez (2021), foram identificados como primordiais a competência dos enfermeiros, a comunicação eficaz, a empatia, a disponibilidade de recursos, o tempo de resposta e a coordenação entre os membros da equipa de saúde, pelo que a comunhão de vários fatores é determinante.

A avaliação contínua da satisfação do cliente e da qualidade dos cuidados de enfermagem são essenciais para identificar áreas de melhoria e implementar mudanças orientadas para aprimorar o sistema, centrando sempre a atenção do cuidado na pessoa (Chaves et al., 2016).

Em todos os contextos formativos guiei a minha prática, pelo cuidar da PSC, adaptando a minha forma de agir às necessidades que se apresentavam. No momento de entrada no SU, o primeiro contato com o enfermeiro ocorre na triagem, cujo processo "... requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação." (Silva, 2009, p13), sendo, para isso, necessário o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição. Segundo o autor supracitado, também a tomada de decisão faz parte do leque de competências do enfermeiro triador, sendo que esta depende da identificação de um problema, da determinação das alternativas, bem como, da escolha da alternativa mais adequada. Neste contexto, tive oportunidade de lidar com "...esquemas baseados em algoritmos de decisão como opções estruturadas, facilitadoras do raciocínio necessário e promotoras da uniformidade de critério" (Silva, 2009, p.13), que agilizaram a tomada de decisão assertiva. Por outro lado, pude constatar, em algumas ocasiões, sobretudo em situações pouco urgentes ou não urgentes, que as pessoas demonstravam o seu desagrado pelo processo pois ficavam condicionadas a um tempo de espera para observação superior ao esperado.

A comunicação torna-se determinante para a gestão dos episódios de conflito na urgência. A literatura enfatiza a importância da comunicação empática, na qual os profissionais de saúde demonstram empatia e compreensão em momentos de crise (Kim et al.,2022). Além disso, é fundamental garantir que as informações sejam comunicadas de maneira clara e compreensível (Kaplan et al.,1995). A utilização de ferramentas visuais como painéis de informação, pode melhorar a compreensão e envolvimento das pessoas (Tan et al.,2013). O SU, onde tive oportunidade de estagiar, dispunha de

informação relativa ao tempo de espera estimado, consoante o grau de severidade e, desta forma, as pessoas que entravam já tinham um panorama do tempo que iriam aguardar.

Um dos aspetos que considero determinante para a melhoria dos cuidados prestado é a utilização de meios tecnológicos na gestão da comunicação em serviços de urgência. É determinante para o enfermeiro triador ter acesso à informação prévia da pessoa que recorre ao SU. Frequentemente, deparei-me com pessoas que recorriam ao serviço com uma regularidade superior ao expectável e com as mesmas queixas, podendo, assim, encaminhar a pessoa para a especialidade em causa de forma a encurtar o tempo expectável para observação. Outro dos aspetos tecnológicos importantes é a telemedicina, neste caso, a linha de Saúde 24 que, ao executar uma avaliação detalhada do problema das pessoas, realiza uma pré-triagem determinando se devem ou não, ser observadas num SU. Este método permite desviar pessoas que não requerem tratamentos urgentes para outras unidades de saúde.

Num relatório de 2019 sobre os serviços de urgência, que envolvia elementos das principais Ordens da saúde, vêm descritos que cerca de 50% dos episódios não foram categorizados como urgentes. Este número extra de pessoas, que não requerem cuidados urgentes, acaba por consumir recursos essenciais dos hospitais sobrecarregando as equipas que deviam prestar cuidados às pessoas com situações realmente urgentes.

3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Segundo a literatura, o conceito de gestão refere-se ao processo de sistematização e ordenação de atividades, com vista a alcançar resultados que não seriam passíveis de atingir apenas por um elemento, isoladamente. Muitos autores defendem que o conceito de gestão e administração representam o mesmo significado. Para Paro (2010), a administração ou gestão define-se pela mediação de processos para chegar a um resultado específico, estando inerente uma conceção política entre os elementos. Também referem que a gestão leva à ordem e à consistência nos cuidados, através da idealização e planeamento a curto prazo, da organização, controle e resolução de resultados (Serra e Mateus, 2017).

No que concerne à gestão em enfermagem, a mesma, como a profissão, encontra-se numa fase de mudança de paradigma no que diz respeito aos resultados e às atividades do enfermeiro com funções de gestão. Mudanças ambientais, sociais e políticas, bem como a incerteza do futuro próximo, levam a dificuldades na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde, com atrasos na implementação de boas práticas e ausências de avaliações e monitorizações para melhoria contínua dos cuidados (Ferreira, 2015).

Gerir é definido como planejar, organizar, liderar e controlar. Um gestor adota posturas impessoais relativamente a objetivos idealizados, calcula as vantagens da competição, podendo, por vezes, ser visto como inacessível pelas suas características racionais, preferindo manter relações estritamente profissionais (Serra & Mateus, 2017).

Liderar, é descrita como a atividade de influenciar comportamentos e atitudes de pessoas em prol de objetivos em comum. Um líder é compreendido, na literatura, como alguém que apresenta uma atitude de formar ideias em vez de dar respostas, alguém que desenvolve novas ideias para problemas antigos, que é empático e que se encontra alerta à questão emocional dos colaboradores, promovendo uma atmosfera de motivação individual (Serra & Mateus, 2017).

Com as definições apresentadas anteriormente, podemos erradamente inferir o conceito de liderança e gestão como algo ambíguo sendo que, na verdade, os mesmos devem ser compreendidos em conjunto. Um gestor do futuro tem de apresentar competências de liderança. Como tal o papel de líder de uma equipa, no elemento que é o enfermeiro gestor, revela uma importância significativa na orientação da mesma, em prol da missão e objetivos da organização, tendo como meta a alcançar, a melhoria da qualidade dos cuidados (Freitas, 2018).

Durante muito tempo, a liderança foi entendida como apenas algo inerente à personalidade de um indivíduo. Atualmente, existem diversas definições para o conceito de liderança. Todas têm em comum a capacidade de influenciar os membros de uma organização e contribuir para o sucesso da mesma, como já referido. Outras definições para o conceito descrevem a mesma como: a capacidade de estabelecer objetivos, estratégias e intervenções em prol do desenvolvimento do grupo com vista ao sucesso organizacional; um processo de apoiar e influenciar elementos de uma organização para

que a mesmos se integrem nos propósitos e metas da organização, e assim se sintam motivadas na concretização de determinados objetivos (Serra & Mateus, 2017).

A enfermagem apresenta-se em constante evolução. Segundo a realidade atual, o ambiente de saúde é complexo e dinâmico e os enfermeiros devem estar preparados para participar ativamente no planeamento, nas políticas e gestão da saúde, o que se apresenta como um desafio para os líderes da nossa profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Os líderes em enfermagem, para além das competências inerentes a um líder, como capacidades negociais e interpessoais, devem compreender as reformas dos sistemas de saúde e os impactos das mesmas, realizando um planeamento efetivo, estratégico e visionário, e colaborando no desenvolvimento de políticas com vista à criação de mudança. Com tudo, pretende-se atingir melhorias a longo prazo nas organizações e nas políticas de saúde, levando a um aumento na qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

A profissão de enfermagem é descrita como “a arte do cuidar”, demonstrando que o mesmo é a essência e o pilar da nossa profissão. Na bibliografia, alguns autores referem que a qualidade do cuidado de enfermagem encontra-se interligado com a comunicação entre enfermeiro-doente, entre o enfermeiro e o ambiente envolvente (família, pessoas significativas) e entre os membros da equipa. Também existem estudos que comprovam a relação entre a qualidade dos cuidados e o ambiente de trabalho e a liderança em enfermagem, mostrando que o nível de qualidade está relacionado com os estilos de comunicação entre a equipa, a colaboração, os modelos de supervisão, entre outros (Frاندiques & Mendes, 2013).

Através da liderança em enfermagem é possível uma melhor comunicação e um empenho efetivo da equipa de enfermagem em prol de um objetivo em comum, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Uma das perspetivas apresentadas na literatura refere que, no contexto atual da nossa profissão, deve ser exercida uma liderança para o cuidado que só é possível através da relação do próprio cuidado com os membros da equipa. Também refere que os enfermeiros possuem princípios e competências enraizados na sua filosofia profissional que levam a uma liderança de sucesso, mas que estes devem ser aplicados a este novo paradigma de liderança pelo cuidado e não pelo poder (Sousa & Barroso, 2008).

Durante o meu percurso formativo procurei acompanhar, em pelo menos um turno, os enfermeiros coordenadores ou equiparados. Verifiquei que, em todas as situações, estas funções eram desempenhadas por um especialista em EMC.

No decorrer do estágio no SU, acompanhei o enfermeiro coordenador, especialista em EMC, uma vez que o meu tutor não fazia parte da equipa de coordenação, de forma a compreender as suas funções e estratégias de gestão utilizadas. O enfermeiro coordenador tem a função de gerir recursos, conflitos, e tomar decisões complexas, sendo o responsável por todo o SU.

As atividades do enfermeiro coordenador que observei e presenciei como sendo as mais relevantes foram as seguintes: estabelecer prioridades na resolução de problemas, solicitando a colaboração, ou em colaboração com o enfermeiro chefe e/ou o chefe de equipa e inteirar-se da situação do serviço, incluindo ocorrências anteriores, durante a passagem de turno no gabinete de coordenação e nas diversas áreas pertencentes ao SU.

Na área de gestão de recursos humanos, de gestão de recursos materiais e equipamentos e em situação de catástrofe, o enfermeiro coordenador deve: gerir os recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade, e em função das competências, gerir situações imprevistas e ou problemáticas na gestão de recursos humanos realocando os enfermeiros, se necessário, conforme as necessidades de cada área do SU, efetuar trocas de horário de segunda a sexta-feira no turno da manhã (enfermeiro coordenador designado pelo enfermeiro chefe para o efeito) ou ainda efetuar trocas de horário consideradas muito urgentes nos restantes turnos. Perante a necessidade de um transporte, o enfermeiro coordenador deve gerir esse pedido de transporte, definir o elemento que o irá efetuar (exceto SE em que é o enfermeiro que está responsável pela pessoa que efetua), disponibilizar a mala de transporte e telemóvel e, finalmente, verificar a necessidade de reposição de materiais.

A gestão de recursos materiais é primordial para o bom funcionamento dos serviços. A utilização de dispositivos para testes de análises sanguíneas de resultado rápido, tais como troponina e bioquímica, é uma prática frequente no SU. Também é da responsabilidade do enfermeiro coordenador: efetuar a testagem de dispositivos para garantir a validade legal dos resultados, sempre que o consumo de um lote é iniciado para o efeito (todos os resultados são depois comparados com os intervalos de valor indicados para as soluções fornecidas); a requisição de dietas, realizadas com 24h de antecedência

(a antecedência não permite que o número de dietas corresponda às necessidades, o que exige muitas vezes o pedido de refeições extra/extemporâneas); a transmissão de ocorrências significativas, que são registadas no livro de ocorrências disponível no serviço e comunicadas entre os enfermeiros coordenadores nas passagens de turno; a tomada de decisões complexas e demonstrar disponibilidade no suporte à equipa de enfermagem, sempre que necessário. Quanto à gestão de material de consumo clínico no serviço de urgência, esta é feita também através da metodologia *Hospital Logistic System* (HLS), sendo que a gestão dos vários stocks é da responsabilidade do enfermeiro coordenador. O SU possui ainda uma metodologia de gestão de stocks por níveis, pelo que, diariamente, a equipa do HLS e da farmácia fazem a reposição do material e fármacos necessários, conforme os níveis determinados para os respetivos produtos. Para os fármacos, existe um armazém central de onde são redistribuídos para as salas de trabalho de enfermagem. A reposição no armazém central é efetuada pelo técnico da farmácia, enquanto a reposição das salas de enfermagem é efetuada, sempre que essa necessidade seja detetada pelo enfermeiro coordenador. Relativamente aos estupefacientes, existe um cofre com todos os fármacos e, sempre que é necessário retirar algum fármaco, é realizado um registo em papel, num formulário próprio, devidamente assinado pelo médico, para ser justificada a reposição posterior pela farmácia. Em relação à gestão de materiais, uma das áreas mais problemáticas está relacionada com a insuficiência do stock para satisfazer as necessidades que advêm do aumento do número de doentes e da sua ocupação, muitas vezes imprevisível, por um longo período de horas ou dias. Em ambos os serviços pude constatar que os recursos materiais eram diversificados, cada um com a sua especificidade, sendo a sua gestão eficaz, uma mais-valia para o bom funcionamento dos serviços bem como, para a qualidade dos cuidados prestados. Por forma a dar resposta ao objetivo delineado, considero que pude tirar o maior proveito de todos os momentos de efetiva aprendizagem ao nível da gestão de recursos humanos, materiais, assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborando na tomada de decisão. Não é possível descartar o papel fundamental que o enfermeiro coordenador de turno representa numa situação de catástrofe. Ele deve estar preparado para dar resposta e intervir de forma ativa com o chefe de equipa de modo que o SU possa dar resposta ao fluxo extraordinário de pessoas a necessitar de cuidados urgentes que surge nas situações de exceção. Assim, compete-lhe: colocar em prática o plano de emergência

e catástrofe de acordo com os cartões de ação, disponibilizar os kits de proteção existentes (em caso de necessidade), ficar na posse das chaves de catástrofe e chuveiros, colaborar com o chefe de equipa na gestão dos espaços, equipamentos e recursos humanos.

No SMIP, durante o meu estágio, por várias ocasiões acompanhei as tutoras na execução de funções de gestão. Sendo enfermeiras especialistas em EMC desempenhavam funções de enfermeiro coordenador que, de acordo com o Parecer 15/2018, deve exercer funções de chefia e coordenação (Ordem dos Enfermeiros, 2018), sendo o enfermeiro especialista o que se encontra mais bem preparado e com competências na área de gestão. No serviço existem, em cada uma das cinco equipas, três ou quatro coordenadores e, em cada turno, é escolhido quem fica responsável pela organização/coordenação de todo o serviço, desempenhando funções várias como a elaboração do plano de distribuição de doentes (enfermeiros e assistentes operacionais), a verificação e pedido de terapêutica stock e estupefacientes, a colaboração com todos os colegas e a agilização de todas as alterações/altas/admissões/transferências, visto que o coordenador funciona como ponte entre as equipas, médicas e enfermagem. Na gestão da equipa, o coordenador faz a distribuição de doentes de forma subjetiva, na ausência de uma escala no serviço que valide a mesma; apesar de parametrizada, a perceção dos enfermeiros era que, muitas vezes, devido à instabilidade do doente, as escalas usadas não traduziam os cuidados prestados/necessários. As escalas que tinham parametrizadas eram a TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System), instrumento que permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UCI e a gravidade da doença (Padilha et al., 2005), e a NAS (Nursing Activity Score) criada a partir do TISS-28, com o objetivo de incluir as atividades de enfermagem que não estão dependentes da gravidade da doença, como o suporte e cuidados aos familiares dos doentes, e itens relacionados com tarefas administrativas e gestão, sendo esta última, validada para a população portuguesa (Macedo et al., 2016). Os rácios enfermeiro/doente eram de 1:1 ou 1:2 o que, na prática, é insuficiente quando a unidade estava cheia de doentes instáveis, visto que as dotações seguras recomendadas para unidades de nível III não eram conseguidas (rácios 1:1). Ao nível da gestão terapêutica, o sistema instituído era muito rudimentar (pedidos/contabilização): o sistema de unidades encontrava-se em fase inicial de implementação pelo que ainda recorriam bastante ao sistema de stock de fármacos, existia um em cada ala, que era necessário verificar se as quantidades estavam certas; um stock

de estupefacientes, que era contado em todos os turnos. Este sistema, além de levar a uma maior probabilidade de haver falhas de terapêutica, conduzia a um trabalho exaustivo por parte dos coordenadores, quando comparada com a unidose. A probabilidade de falha de terapêutica também é acentuada pela inexistência de farmácia das 20h às 8h e aos fins de semana, logo, quando há um fármaco que não existe em stock no período ausência de farmácia hospitalar, o procedimento passa por tentar encontrar algum serviço que tenha o fármaco, o que se consegue garantir na maior parte das vezes. De ressaltar que, como aluno, em estágio, tive a felicidade de ter duas tutoras com diferentes anos de experiência e maneiras de atuação como enfermeiras de coordenação, permitindo a reflexão sobre as suas formas de atuação e percebendo que não existe apenas uma forma de atuar bem. Ambas apresentaram um estilo de liderança baseado na motivação dos profissionais, na progressão dos mesmos com vista à melhoria de toda a equipa em prol dos melhores resultados.

Uma situação específica ocorreu numa noite em que, dada a descompensação respiratória de um doente com tubo oro-traqueal assistido por ventilação mecânica, os médicos deram a indicação de colocar o utente em decúbito ventral.

A colega responsável pela pessoa executava funções no SMIP há relativamente pouco tempo posicionando-se num grau de Iniciado Avançado, segundo a teoria de Benner, pelo que necessitou de colaboração para a execução da tarefa. Percebendo que o tipo de situação que estava perante a colega inexperiente a enfermeira tutora, em funções de coordenação, apressou-se a colaborar com a colega e a orientá-la sobre a melhor maneira para a execução da técnica. A sua experiência anterior na execução do procedimento permitiu que o mesmo decorresse sem complicações e de forma rápida (aproximadamente 25 minutos) reduzindo assim os riscos para a saúde do utente que já era de instabilidade hemodinâmica.

Serra e Mateus (2017) descrevem a liderança como a atividade de influenciar comportamentos e atitudes de pessoas em prol de um bem comum. Ao ter a atitude de colaborar e educar a colega menos experiente a enfermeira tutora demonstrou a equipa a necessidade de serem mais solidários relativamente à enfermeira que foi ajudada, a tutora, em funções de coordenação e liderança, criou-lhe as bases para que siga o seu exemplo ao mesmo tempo que a educava sobre a melhor maneira de executar a tarefa.

Na UD, os recursos humanos são compostos por uma equipa interdisciplinar formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos em diálise, técnicos de manutenção, assistentes sociais, nutricionistas, chefe e diretor de serviço. Os cuidados são assegurados de forma contínua nos turnos da manhã, tarde e noite. Nos turnos da manhã e de tarde há um enfermeiro escalado para apoio ao internamento tendo como funções: a preparação e montagem do material e equipamentos necessários para a execução de TSFR fora da unidade, bem como a sua implementação após prescrição médica. Em caso de intercorrências, este enfermeiro possui um telemóvel permitindo assim uma assistência permanente e facilidade de resposta. Durante o turno da noite (20h -8h30h) há apenas um enfermeiro, sendo que, até às 24h, é apoiado pelos dois elementos da tarde que prologam o seu turno até esse horário. Durante o período noturno a unidade apenas presta cuidados a doentes provenientes do SU. O enfermeiro do turno da noite também é responsável por dar resposta à necessidade de iniciar ou manter técnicas dialíticas nas UCI. A OE preconiza, em contexto de HD, que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois elementos, sendo que este número deve ser ajustado à realidade de cada organização e deve ser ponderado o cálculo de enfermeiros para o tratamento de doentes com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Dada a alta complexidade do serviço e a existência de riscos associados, a equipa deve conter, preferencialmente, 50% dos enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas da enfermagem à PSC e/ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O cálculo de dotações seguras de Enfermagem deve obedecer ao regulamento nº743, referindo que não deve ser levado em conta apenas o número de horas de cuidados por doente e por dia, mas também, as competências profissionais, a arquitetura da instituição e as características específicas de cada serviço, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente (Diário da República, 2019). A existência de um Enfermeiro Especialista (EE) em EMC responsável pela UD, em presença no turno da manhã, permite a gestão da equipa e dos cuidados de Enfermagem, por delegação do enfermeiro gestor. Este também tem a responsabilidade de colaboração na definição, avaliação e revisão dos procedimentos da unidade, com o diretor do serviço, bem como a planificação, implementação e avaliação da formação inerente ao bom desempenho da equipa de enfermagem. O planeamento das sessões de diálise é também da responsabilidade do EE, programando o dia e turno da sessão de acordo com a prescrição

médica. À semelhança dos locais anteriores, também na UD, tive a oportunidade de acompanhar com enfermeiro coordenador na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. É relevante e diferenciador o papel do EE na unidade de HD: gere o plano de diálise, faz a gestão dos enfermeiros destacados para a unidade, faz a gestão dos cuidados de Enfermagem na UD, planeia, implementa e avalia a formação inerente ao bom desempenho da equipa de enfermagem, zela pelo bom funcionamento e manutenção do equipamento da unidade e colabora com o médico responsável na definição, avaliação e revisão dos procedimentos da unidade. Para além destas funções, o EE assume-se como um elemento de referência para a restante equipa multidisciplinar. Atendendo ao facto de que, a enfermeira tutora desempenhava funções de responsável de turno, facilitou-me o desenvolvimento desta competência de forma contínua no decorrer do estágio, sendo que foi possível acompanhar as suas funções nas diferentes vertentes de gestão: gestão de recursos humanos, materiais e consumíveis, de equipamentos e dos processos de desinfeção da central de água.

Este acompanhamento nos diversos locais de estágio permitiu-me conhecer várias formas de liderança e de gestão consoante o campo de estágio. A variedade de serviços permitiu que adquirisse capacidades de liderança e perceção da importância dos cargos de gestão na motivação, controlo e implementação de estratégias com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença. O EE desempenha este papel de forma intuitiva pois são conhecedores das diferentes realidades e desenvolvem uma capacidade de resposta e adaptação à situação inesperada, melhor do que outros enfermeiros.

3.4 DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O ingresso no mestrado de especialização em EMC na área da PSC facultou-me a aquisição de um conjunto de conhecimentos que me permitem prestar melhores cuidados. Os estágios nos diferentes ambientes assistenciais, permitiram-me adquirir competências no reconhecimento antecipado de instabilidades e riscos de falência orgânica, adequando respostas atempadas de forma a prevenir complicações. A aquisição destas capacidades

permitiu que progredisse como enfermeiro especialista e mestre na área da PSC, suportando toda a prática na evidência científica e transpondo esse conhecimento para o meu local de trabalho.

Sendo possuidor de experiência profissional na área da resposta à pessoa em situação crítica e no manuseio de cateteres de monitorização venosa e arterial, assim como a gestão de perfusão de fármacos, senti a necessidade de explorar novos conteúdos no cuidado à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença. As aprendizagens foram constantes com tutores que eram peritos nas diferentes áreas e que potenciaram a minha evolução como enfermeiro especialista graças a reflexões diárias da prática bem como o desenvolvimento de pesquisas para corresponder às novas necessidades de resposta.

O estágio no SMIP foi pensado na necessidade de conhecer novas realidades de trabalho e, sendo um serviço recente com meios tecnológicos atualizados, permitiu cuidar de pessoas mais instáveis e com patologias fora do contexto cardíaco. A pessoa a necessitar de suporte ventilatório mecânico era uma das áreas de conhecimento que pretendia desenvolver neste local de estágio e foi possível concretizar esse objetivo, pois, em todos os turnos, pude prestar cuidados à pessoa com entubação orotraqueal.

Os cuidados ao doente ventilado é uma área em que a atualização constante é imperiosa. Existiam 2 tipos de marcas de ventiladores, mas os cuidados ao doente eram os mesmos. Houve necessidade de fazer pesquisa para perceber os modos ventilatórios e a mecânica associada a estes, para dar resposta aos alarmes associados. A prevenção da pneumonia associada e intubação, aspiração de secreções em sistema fechado, e adaptação do doente ao ventilador foram uma realidade diária para mim. Os conteúdos teóricos abordados nas aulas de Fisiologia Orgânica desempenharam, sem dúvida, um papel fundamental para que fosse possível reconhecer e adaptar-me a este instrumento e operá-lo com destreza e confiança. A monitorização neurológica foi algo com a qual nunca havia tido oportunidade de trabalhar. Ali, pude contactar com métodos de monitorização de oxigenação sanguínea da vascularização cerebral/somática INVOS (Medtronic, s.d.), com a monitorização de Índice Bio-Espectral (BIS) para a avaliação dos níveis de sedação e anestesia, com o Índice de Nociceção e Analgesia (ANI) avaliado de forma contínua nos pacientes para avaliar a dor e a sedação. Pude, ainda, aplicar escalas, que apenas havia conhecido teoricamente, como a Richmond Agitation

Sedation Scale (RASS) que tem vantagem em relação a outras escalas como a RAMSEY. Esta última parametriza a ansiedade e agitação no mesmo patamar, o que não permite a diferenciação dos cuidados e, porque a escala (RASS) serve de base a outra escala para a avaliação do risco de confusão mental/delirium. A CAM-ICU (Salluh et al.,2002) estava em fase de parametrização, dando seguimento às recomendações de boas práticas da Sociedade de Medicina Intensiva, para a utilização desta última como ferramenta para o diagnóstico e tratamento da dor, agitação e delirium.

Também, neste serviço, tive possibilidade de ter contacto com uma técnica de substituição renal contínua, utilizada com maior regularidade, mas que não é prática comum no meu local de trabalho. Em várias ocasiões, estive presente em situações de doentes em hemodiafiltração venovenosa contínua e em hemofiltração venovenosa contínua com hipocoagulação com citrato. Tive, ainda, a oportunidade de auxiliar na montagem dos sistemas e nas vigilâncias associadas onde ocorreu uma situação de uma doente que necessitou de ir ao bloco e, como tal, foi necessário suspender a técnica dialítica conseguindo infundir a quase totalidade do sangue do sistema, situação que só foi possível pela preparação criteriosa do sistema e conhecimento do mesmo.

Os enfermeiros possuem capacidade e autonomia para tomar decisões clínicas para dar resposta aos problemas das pessoas que tratam. Esse processo, apesar de possuir algumas ações interdependentes com outras classes profissionais, é da responsabilidade do profissional que as institui e que deve ser capaz de identificar as necessidades do cliente (focos) e formular diagnósticos. Perante cada diagnóstico, o enfermeiro deve ser capaz de elaborar um plano de ação (intervenções) que possa colmatar ou corrigir o problema identificado. Por fim, a avaliação das intervenções é essencial para que a profissional perceba se as suas atitudes estão a surtir o efeito desejado ou se necessitam de ser ajustadas ou, se o foco e diagnóstico devem ser otimizados.

Potter & Perry em 1999 descrevem que o processo de enfermagem deve ser constituído por 5 etapas: **Avaliação Inicial; Diagnóstico de Enfermagem; Planeamento; Intervenção; Avaliação.**

Durante a minha permanência no SMIP pude desenvolver um trabalho de estudo de caso fundamentado de cuidados de enfermagem especializados a uma pessoa em situação crítica a necessitar de terapia de substituição renal. A elaboração do processo de enfermagem decorreu durante o período de 20 a 24 de março de 2023 numa cliente

internada no SMIP. Como base da sua formulação, uma vez que me encontrava numa UCI, escolhi a teoria das necessidades humanas de Virgínea Henderson tendo identificado focos da atenção de enfermagem, formulado os diagnósticos e as intervenções com recurso a linguagem internacional classificada para a prática de Enfermagem (CIPE®) e avaliado a implementação das intervenções e resultados obtidos.

Este trabalho foi de extrema relevância pois permitiu-me refletir sobre a estruturação do cuidar com recurso à classificação CIPE® para a prática de enfermagem. Esta é uma ferramenta que, por vezes, é descorada pelos enfermeiros, mas que traz ganhos se for bem aplicada. Pude desenvolver um pensamento estruturado baseado numa teoria de enfermagem, que no percurso de pesquisa, me permitiu aprofundar os conhecimentos em várias teóricas de enfermagem de forma a selecionar a que mais se adequava à prestação de cuidados. O processo de enfermagem revela-se uma ferramenta valiosa para os enfermeiros, pois ajuda a organizar os cuidados, promove a segurança do paciente e melhora a qualidade dos serviços de saúde. Um dos principais benefícios do processo de enfermagem é a promoção da individualização dos cuidados e a avaliação contínua dos mesmos, permitindo identificar desvios na evolução da condição de saúde da pessoa (Dorneles et al., 2021).

Durante o meu percurso procurei adquirir conhecimento e competências, com o objetivo de obter melhores resultados na recuperação da pessoa doente e família, quer pelas práticas de promoção de saúde quer pela proteção de grupos mais vulneráveis. A atualização permanente exige um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a vida profissional (Vieira M., 2008).

Exercendo a prática diária num serviço de Cardiologia com uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), deparo-me frequentemente com utentes com LRA para os quais as terapias de substituição são fundamentais. A taxa de utentes com insuficiência cardíaca descompensada que desenvolvem LRA é de 76% (Barros et al., 2012), afirmando que a alteração da função renal é preditor de agravamento do estado de saúde.

A escolha da UD, como local de estágio, surgiu do meu interesse em aprofundar informação/saberes, com vista à aquisição de competências na gestão de cuidados da pessoa a necessitar de TSFR.

As pesquisas efetuadas ao longo do estágio permitiram adquirir conhecimentos relativamente aos diferentes métodos dialíticos, tipos de acessos e avaliação do património vascular, conhecimentos sobre os equipamentos utilizados para a execução das TSFR, complicações relacionadas com a terapia, hemóstase de FAV/PAV e gestão da PSC a necessitar de TSFR.

A UD presta apoio essencialmente a pessoas com doença renal crónica. Contudo, mesmo a pessoa estável durante o procedimento intradialítico pode apresentar focos de instabilidade e complicações, podendo levar a uma situação crítica, na qual o enfermeiro EMC deve ser capaz de atuar de forma eficaz e eficiente. Desta forma, o enfermeiro deve monitorizar, antecipar e atuar em conformidade de forma rápida no sentido de minimizar os impactos que um incidente intradialítico pode ter na estabilidade hemodinâmica da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Em contexto agudo, devido à instabilidade da pessoa, o início da TSFR está sujeito a um maior número de intercorrências nas quais o enfermeiro deve estar preparado para intervir. A monitorização e deteção precoce de focos de instabilidade podem determinar o ajuste da terapêutica ou até mesmo a sua suspensão.

Tive a oportunidade de intervir no caso de uma pessoa internada no serviço de Cardiologia, por doença valvular e insuficiência cardíaca e teve agravamento do seu estado clínico, sofreu uma agudização da sua capacidade de filtração glomerular e necessidade de iniciar terapia de substituição renal com SLED. Era a primeira vez que esta utente ia ser submetida a este tipo de terapia e foi sujeita a implantação de cateter venoso central na veia femoral direita, tendo sido transferida para a UCIC onde existe um posto preparado para a execução da técnica.

A SLED, sendo uma técnica lenta que combina as vantagens das técnicas contínuas e intermitentes utilizando um filtro de baixa fluxo (FX10), utiliza baixos débitos sanguíneos (entre 150 e 200 ml/minuto) sendo o débito de dialisante de 300ml/min. Os tempos de tratamento são superiores para que a terapia seja eficaz e, habitualmente, há a necessidade de administração heparina de baixo peso molecular para hipocoagulação.

O aumento do débito sanguíneo foi progressivo para haver adaptação da utente ao tratamento. Este período é crítico, pois há a remoção de sangue do organismo do utente e pode levar a situações de hipotensão e depleção do equilíbrio hemodinâmico. nos primeiros 15 minutos de tratamento. A utente reagiu positivamente à terapia, contudo,

iniciou um quadro de dor abdominal associado a sudorese e hipotensão. Uma vez que ainda nos encontrávamos no serviço, a atuação foi rápida e a redução de fluxo sanguíneo e posterior reinfusão do sangue na pessoa foram medidas essenciais para resolver a situação.

Tendo em conta tudo o que foi descrito neste subcapítulo sobre os conhecimentos obtidos nos diferentes contextos em que estagiei, estas experiências permitiram-me adquirir competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, no que diz respeito ao cuidar da pessoa/família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este episódio demonstrou a necessidade identificada em adquirir conhecimentos no cuidado à pessoa em TSFR. Em caso de ausência do enfermeiro de diálise no local a assistência ficaria comprometida e o desfecho para a pessoa poderia ser outro.

4. EDIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica, o cuidado à pessoa em situação crítica

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. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

Torna-se importante refletir sobre o que consiste a competência e de que forma a aquisição da mesma pode impactar no modo de atuação do enfermeiro especialista. Para Le Boterf (2003), a competência é composta por três eixos dominantes: pessoa, formação/educação e experiência profissional. O seu desenvolvimento implica saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado. Deste modo, a noção de competência surge associada à arte do saber em que o profissional deve: estar apto para **agir** com pertinência e saber o que fazer; **combinar** os múltiplos conhecimentos heterogêneos e **integrá-los** na sua prática; **mobilizar** os recursos disponíveis para executar as suas tarefas; **aprender** de forma a atualizar o seu *Know How*; **adaptar-se**, ajustando o seu modo de trabalhar e o ambiente para dar resposta a uma contingência, antecipando possíveis imprevistos.

Para Wittorski (1998), a competência resulta da combinação de cinco componentes: componente **cognitiva**, constituída pelos saberes teóricos adquiridos pelo profissional bem como pela perceção que o mesmo tem da situação com que se depara; componente **cultural**, que corresponde à maneira como a cultura da organização em que o indivíduo se situa o pode influenciar; componente **afetiva**, constituída por vários fatores como a imagem que a pessoa tem de si própria (confiança) e a motivação que a mesma tem para

a execução da tarefa; componente **social**, que corresponde à componente institucional e dos pares e no reconhecimento dos mesmos pelo trabalho do profissional; componente **praxiológica**, que reverte para a avaliação da ação do profissional na execução das tarefas (performance).

Em todas as situações, a aquisição de competências decorre da conjugação do saber prático com o saber cognitivo, da capacidade que o profissional tem de transpor para a sua prática diária o conhecimento adquirido na teoria, aplicando-o no momento oportuno.

Uma das abordagens teóricas acerca do desenvolvimento profissional é apresentada por Patrícia Benner na sua obra *"De Iniciado a Perito"* (2005), em que explica a variabilidade da perícia entre os enfermeiros, como esta é desenvolvida e o efeito que a mesma apresenta na conceção de cuidados e na autonomia da tomada de decisão perante uma situação clínica (Cunha, 2017).

Para Patrícia Benner (2005), a consciência percetiva é uma das ferramentas centrais para um bom processo de enfermagem. Defende também que a aquisição de competências é conseguida através da aprendizagem clínica, no nosso dia a dia, articulada com o conhecimento inerente à prática de enfermagem. O que diferencia um enfermeiro com competências, ou seja, um enfermeiro perito, é a sua capacidade de tomar decisões clínicas, perante cenários complexos.

Patrícia Benner (2005) afirma ainda que a presença de enfermeiros peritos num certo serviço é crucial, uma vez que estes se deparam com situações complexas, em que é necessária uma tomada de decisão, rápida, segura e autónoma, de forma a identificar e resolver a necessidade do doente, resultando assim em ganhos em saúde e qualidade nos cuidados.

Outro aspeto que a referida autora defende é o facto de muitas vezes, os conhecimentos científicos produzidos pela teoria se sobreporem ao conhecimento adquirido pela prática, defendendo a descoberta do conhecimento incluído no exercício da enfermagem. A mesma relaciona esta questão com o facto de a profissão se encontrar em constante evolução, não se apresentando preparada para reconhecer a perícia na prática clínica, o que resulta na ausência de reconhecimento e de valorização da Enfermagem (Benner, 2005).

Em 1984, Benner observou a prática clínica dos enfermeiros que trabalhavam em diversos hospitais nos Estados Unidos da América e aplicou à Enfermagem o Modelo de

Aquisição de Competências do matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e do filósofo Hubert Dreyfus.

O Modelo de Dreyfus foi criado para estudar jogadores de xadrez e pilotos de aviões e refere que, no desenvolvimento de uma competência, um estudante atravessa cinco níveis: o nível iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Os autores referem que estes níveis são o reflexo de mudanças em três aspetos que são demonstrados aquando da aquisição de uma competência: a utilização de uma experiência anterior como paradigma; a mudança da visão do formando sobre uma situação específica, passando de um pensamento analítico para a utilização da intuição, visualizando a situação como um todo; a evolução de mero observador para executante envolvido no processo. Dreyfus & Dreyfus defendem que a aquisição de competências se fundamenta segundo a situação apresentada e não se baseia na inteligência ou qualidades do profissional. Todo este processo é dinâmico e aperfeiçoado com o tempo e a experiência (Benner, 2005).

Relativamente às propriedades do Modelo de Aquisições de Competências, Benner (2005) refere que o mesmo não é linear, que pode apresentar retrocessos, encontrar-se estagnado, bem como progredir substancialmente. A falta de interesse e de envolvimento na prática clínica podem constituir entraves para o desenvolvimento de competências, no entanto, a não progressão para o nível de perito pode dever-se à falta de vivência de prática em determinado contexto clínico. Uma alternativa para ultrapassar a falta de experiência é a parceria com colegas que já adquiriram esse conhecimento através do seu exercício profissional, e fazer uso do seu conhecimento clínico.

Assim sendo, tendo como base a teoria de Benner (2005), o enfermeiro especialista deverá possuir conhecimentos técnicos e científicos, ter a capacidade de tomada de decisão, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável, criativo, ter espírito crítico e iniciativa.

Todo este percurso é construído e aperfeiçoado ao longo da atividade profissional, de forma a aplicar todos os conhecimentos transmitidos pelas aulas teóricas e adquiridos nas pesquisas efetuadas. Perante cada nova experiência, torna-se fundamental um exercício de reflexão e procurar contextualizar a situação numa base teórica, de forma que, ao ser confrontado com uma vivência semelhante, a capacidade de resposta do enfermeiro possa ser a mais adequada e a mais eficiente possível.

Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Cabe ao enfermeiro especialista em EMC que presta cuidado à pessoa em situação crítica demonstrar competências nos seguintes domínios (Diário da República, 2019):

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

Ao longo deste capítulo, irei explicar de que forma é que as vivências experienciadas ao longo dos diferentes estágios puderam desenvolver o meu pensamento crítico e, dessa forma, atingir as competências específicas de Enfermeiro especialista em EMC na área da PSC.

4.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

O regulamento 429/2018 refere o cuidado à pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença do seguinte modo:

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

O mesmo documento estipula unidades de competência que o especialista em EMC-PSC deve demonstrar, como a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e à respetiva família.

Durante a minha prestação de cuidados nos diferentes contextos dos ensinamentos clínicos, pude prestar cuidados a pessoas que, devido a patologias agudas ou a descompensação de patologias crónicas, se encontravam em processos de falência orgânica ou com a vida ameaçada.

Na passagem pelo SU, em diversas situações foi necessário responder antecipadamente a focos de instabilidade, aplicando protocolos terapêuticos complexos como forma de resposta à descompensação da pessoa. Numa situação particular, estando de turno na SE, que por ausência de pacientes se encontrava vazia, auxiliiei os colegas na designada área laranja. Neste local, deparei-me com um utente sob oxigenioterapia, com máscara de alta concentração e com sinais de descompensação respiratória (taquipneia, tiragem intercostal e dessaturação). Após ter alertado o médico responsável pelo utente, que confirmou o défice respiratório do paciente através de gasimetria, foi iniciada terapia com Ventilação Não Invasiva (VNI) e administração de terapêutica endovenosa para compensação do *status* respiratório. A deteção rápida de sinais de instabilidade permitiu uma atuação precoce que levou a posterior compensação do doente; este viria a ser transferido para a SE para melhor controlo e vigilância. Esta intervenção precoce permitiu uma estabilização célere da situação e conseqüente conforto da pessoa devido à melhoria dos padrões respiratórios.

Sendo considerada como o 5.º sinal vital, a dor deve ser um dos principais focos de atenção do enfermeiro. É também uma das experiências sensoriais negativas mais reportadas e recordadas pelos sobreviventes no período pós-internamento em unidades de cuidados intensivos (Perrin & MacLeod, 2018), pelo que a avaliação rotineira da dor e da eficácia das estratégias farmacológicas e não farmacológicas implementadas representam uma boa prática por parte dos enfermeiros (DGS, 2003). Porém, a dor é mais do que uma sensação física desagradável, tem também carácter multidimensional e encontra-se associada a uma multiplicidade de fatores (Ordem dos Enfermeiros, 2008), exigindo perspicácia, estratégias de comunicação alternativas e uma boa relação terapêutica. Nos estágios, a abordagem da dor exigiu o desenvolvimento de competências de enfermagem

avançadas para obter uma avaliação criteriosa, nomeadamente pela utilização de escalas adequadas ao doente crítico como a Behaviour Pain Scale (BPS), acompanhadas de treino de habilidades de comunicação diferenciadas (linguagem gestual) e com recurso ao envolvimento ativo da família como mecanismo auxiliar para identificação da dor numa perspetiva holística. Ao longo do estágio no SU, num dos turnos, estive na prestação de cuidados numa área designada por UCDM, tendo contactado com um utente com neoplasia em fase terminal. No início do turno, o mesmo encontrava-se agitado e apelativo e, pela minha avaliação na escala de BPS, constatei que se encontrava com dores. Tendo executado uma avaliação e diagnosticado uma alteração no conforto da pessoa, procurei responder a essa alteração com intervenções diretas como posicionar a pessoa de forma confortável para que ficasse mais tranquilo; esta intervenção acalmou o paciente, mas por pouco tempo, como tal, optei por alertar o médico para a situação, tendo-lhe sido prescrita medicação analgésica e sedativa. Estas medidas surtiram efeito, tendo o utente ficado mais confortável e relaxado. Durante todo o período de visitas o doente esteve tranquilo, transmitindo essa mesma sensação aos familiares que, no final, agradeceram o cuidado prestado. Senti que com a minha intervenção - medidas simples, mas fundamentais - pude proporcionar momentos de conforto e bem-estar ao utente e à família.

Tanto no SU como no SMIP, pude constatar que o número de visitas se encontrava limitado ainda por via das contingências impostas pela pandemia da COVID-19.

O SU possuía um gabinete de apoio à família (GAFA) que prestava informações sobre as condições de saúde do familiar e, mediante algumas condicionantes, permitia a entrada de uma pessoa para efetuar a visita e para recolher informações junto da equipa multidisciplinar.

No SMIP as condições de visita eram diferentes, era permitida a entrada de duas pessoas diariamente, mediante marcação prévia, e um tempo de permanência de 30 minutos junto do familiar; de salientar que este serviço dispunha de um caderno de apontamentos onde as visitas poderiam escrever textos para, após o período de sedação, os doentes poderem consultar, de forma a tomarem conhecimento de situações que tivessem ocorrido durante o período de sedação. Este caderno constituía uma ferramenta muito útil para os profissionais de saúde poderem conhecer as pessoas que estavam ao

seu cuidado, de forma a proporcionarem-lhes momentos de conforto, nomeadamente durante a prestação de cuidados, fosse através de música, fosse através de conversas cujos temas correspondessem aos gostos dos utentes.

Ficou evidente, em conversa com os tutores, que em ambos os locais estes meios eram insuficientes e que, durante a pandemia, a limitação de visitas em todas as instituições hospitalares, tão importantes no cuidado à pessoa/família, representou um aspeto muito negativo. Esta limitação configurou como uma violação da carta dos direitos do doente internado, que consigna no seu artigo treze o direito à visita de familiares e amigos (Ministério da Saúde, 2004).

Verifiquei, ao longo do meu percurso formativo, que o acompanhamento e o apoio à família eram deficitários. Ciente de que uma das competências do enfermeiro especialista é o cuidado à família, questionei os vários serviços no sentido de saber se possuíam algum projeto de acompanhamento psicológico ou de enfermagem e a resposta foi negativa.

Hanson, em 2005, refere que a doença de um membro da família exerce uma poderosa ação sobre a saúde e função da família, e uma vez que os seus padrões de comportamento ou as suas reações à doença influenciam os membros do agregado familiar; o facto de a família estar a passar por um processo disruptivo do seu normal funcionamento conduz a momentos de ansiedade e stress psicológico merecedores da nossa atenção e cuidado.

Vários autores descrevem a intervenção da enfermagem como uma abordagem sistémica do cuidado à família, contribuindo para que esta reflita nas suas experiências, esclareça alguma questão e co identifique forças e problemas, que careçam ou não da intervenção do enfermeiro, a fim de alcançar estratégias de coping / adaptação. (Meiers, Tomlinson & Peden-McAlpine, 2007). Torna-se evidente, portanto, que os serviços devem fazer um esforço suplementar para proporcionar formas de conforto aos familiares, com o intuito de estes poderem ultrapassar as adversidades.

No contexto da UD foi possível observar as diferenças na forma como são prestados os cuidados à pessoa submetida a técnica de substituição da função renal. O ambiente mais calmo proporciona o relacionamento pessoa-enfermeiro, criando desta forma oportunidade para a pessoa submetida a TSFR se envolver na dinâmica do serviço,

criando hábitos e rotinas que, de alguma forma, tornam mais familiar e acolhedor todo o processo.

Tendo como base as descrições e as reflexões efetuadas, considero ter desenvolvido com sucesso a competência em enfermagem **cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

4.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O regulamento 429/2018 descreve que

perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

O desenvolvimento por completo deste domínio de competência é complexo ao nível prático, tornando-se apenas possível o seu desenvolvimento a nível teórico através da formulação de cenários de atuação hipotéticos. Procurei utilizar uma estratégia de formulação de cenários e discussão com os orientadores, permitindo a perceção dos desafios que um especialista em EMC enfrentaria num contexto de catástrofe. O conceito de situação de exceção não tem enquadramento legislativo, contudo, existe uma definição elaborada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no contexto de prestação de cuidados de emergência médica:

uma situação de exceção consiste numa situação na qual se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis. Este desequilíbrio é um fator que condiciona e dificulta a atuação das equipas de emergência médica, exigindo uma coordenação e gestão de recursos humanos e técnicos (INEM, 2012).

Realizei o meu estágio no SU, num período do ano (dezembro e janeiro) em que os serviços de urgência ficam sobrecarregados com a elevada afluência de pessoas, por

agudização de patologias crónicas devido a síndromes gripais ou mesmo infeções bacterianas. Neste serviço pude constatar que as suas dinâmicas de resposta proporcionaram experiências de aperfeiçoamento na gestão de tempo e na priorização de cuidados. Os recursos humanos e materiais eram escassos para a quantidade de pessoas que necessitavam de cuidados, dificultando a garantia da segurança dos serviços prestados e aumentando os tempos de resposta. Refletindo com o enfermeiro Tutor, e tendo como base a definição apresentada, concluímos que trabalhávamos numa situação de exceção.

Em todos os locais procurei conhecer os protocolos de atuação em caso de emergência em catástrofe e houve ocasiões em que foi possível realizar pequenos exercícios de simulação teóricos, permitindo a discussão de critérios de ativação, fases de implementação, estratégias para a organização dos serviços e táticas para a coordenação dos elementos da equipa.

Em todos os locais havia planos de atuação publicados e que estavam disponíveis aos profissionais de saúde, porém, é essencial que as instituições proporcionem momentos de treino para que cada profissional desenvolva competências de atuação num cenário atípico. Segundo Boet et al. (2014), os simuladores são vistos cada vez mais como instrumentos com impacto significativo no treino para aquisição de competências técnicas e não técnicas por parte dos profissionais de saúde, permitindo aumentar a segurança dos serviços de saúde. O enquadramento legal do nosso país prevê a realização de simulacros anuais por parte dos hospitais, com o objetivo de testar fragilidades dos respetivos protocolos e de dotar as equipas das competências necessárias para responder às mesmas situações (Ministério da Administração Interna, 2008). Em todas as instituições havia planos de formação obrigatórios que os profissionais frequentavam anualmente.

No contexto da pessoa submetida a TSFR, a ocorrência de uma situação de catástrofe em que haja necessidade de mobilização da pessoa submetida a esta técnica invasiva implica a adoção de um conjunto de ações que maximizem a segurança e a integridade da pessoa em tratamento, desde a **mitigação, preparação, resposta** até à **recuperação**.

A **mitigação** passa por retirar a pessoa o mais rápido possível do local ameaçado, para tal é necessário interromper o tratamento dialítico (Liossatou & Golland, 2021).

Apesar de a instituição possuir protocolos de evacuação emergente estipulados, os mesmos não preconizam especificidades para as pessoas em tratamento de hemodiálise. Para o sucesso da atuação, é necessário garantir prontidão de respostas por parte dos enfermeiros presentes na desconexão da pessoa do Circuito Extracorporal; este procedimento implica uma série de intervenções protocoladas e sistematizadas na equipa de diálise, uma cadeia de comando (enfermeiro responsável) e treino regular em simulacros (Yoo et al., 2019). A existência de recomendações específicas de mitigação para a pessoa em TSFR, por parte de organismos internacionais, reflete a importância de uma atenção reforçada a este tipo de utentes. As medidas contemplam os seguintes procedimentos: implementação da técnica “clamp and cap” ou “clamp and cut”; criação de kits de emergência para dar suporte à pessoa, na fase pós-hemodiálise (de modo a preservar o acesso vascular), contendo fármacos que mitiguem o efeito de depleção de volume sanguíneo derivado da interrupção do tratamento; criação de um registo atualizado numa base de dados com a informação clínica detalhada de cada pessoa hemodialisada, possibilitando a continuidade de cuidados; utilização de um protocolo nutricional de emergência, de gestão de água e de alimentos ricos em iões, que possibilite a monitorização dos efeitos de interrupção da TSFR (Association of Private Kidney Care Providers of Malaysia, 2015, Kenney, 2007, Liossatos & Golland, 2021, Yoo et al., 2019). Estas pesquisas permitiram refletir sobre a importância e a complexidade da preparação, gestão e implementação de medidas de mitigação de um efeito adverso inesperado. Em discussão com a tutora e com a equipa de diálise, ficou evidente que o especialista em EMC-PSC deve ser promotor de medidas de resposta a situações de exceção e catástrofe.

Considerando as pesquisas, discussões, elaborações teóricas de cenários de catástrofe e reflexões realizadas, considero ter desenvolvido com sucesso uma das competências previstas: ***“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”***.

4.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

Não podemos ignorar as infeções associadas a cuidados de saúde e a resistência a antimicrobianos, pois constituem um flagelo que acomete todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), provocando um aumento da morbidade e mortalidade (Lebre et al., 2017). No seu relatório global de prevenção e controlo de infeção de 2022, a OMS revela que, em 2017, um em cada dez doentes teve uma infeção associada aos cuidados de saúde e, em 2018, este tipo de infeção foi mesmo considerado como um dos três eventos adversos mais frequentes a nível global. O impacto económico que acarreta torna a sua redução uma das metas globais, tendo a OMS considerado a lavagem das mãos e a manutenção da assepsia nos cuidados como uma das formas mais poderosas no combate às referidas infeções pela sua eficácia e eficiência (OMS, 2022).

A pessoa em situação crítica apresenta maior vulnerabilidade em contrair infeções associadas aos cuidados de saúde face *“À complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19364). Ao longo dos estágios, procurei estabelecer objetivos de forma a colaborar e a contribuir em processos de melhoria com o intuito de contribuir para a minimização do risco, incrementar avanços nos métodos de trabalho e na prevenção e controlo de infeções.

No SU, onde tive oportunidade de desenvolver os meus conhecimentos, os desafios ao controlo de infeção são imensos. Durante o meu período de estágio, foi impossível cumprir um distanciamento adequado entre pacientes devido à elevada afluência de utentes registada, agravada pela falta de espaço para colocar os doentes. Além das áreas destinadas aos isolamentos associados ao SARS-COV2, não existiam outras áreas de isolamento para outras estirpes de vírus ou bactérias multirresistentes. A equipa tentava organizar o espaço e improvisar meios físicos de separação das pessoas com necessidade de cuidados especiais. Eram colocados cartazes nas macas identificando o tipo de

isolamento e materiais necessários para a prestação de cuidados e visitas. A capacidade da equipa em prestar os devidos ensinamentos era diminuída devido à grande sobrecarga de trabalho a que estava sujeita.

No SMIP a situação era diferente, a admissão programada do doente permitia delimitar qual era o melhor local para instalar a pessoa face ao isolamento e equipar a unidade com todo o material necessário. Existia uma atenção acrescida aquando da realização do plano de cuidados, sendo identificado o foco de suscetibilidade à infeção e programada logo no momento da admissão a troca de sistemas de perfusão e a troca de dispositivos invasivos, de acordo com as recomendações estipuladas, sendo respeitadas as normas da DGS 022/2015 nos cuidados com o cateter venoso central (Direção-Geral de Saúde, 2015); em relação ao feixe de intervenções relacionadas com Pneumonia associada à intubação (PAI), pude observar que também cumprem as recomendações emanadas (Direção-Geral de Saúde, 2017); relativamente aos cuidados com os cateteres vesicais, a equipa de enfermagem também cumpre as recomendações (Direção-Geral de Saúde, 2015). De evidenciar que o programa informático B-ICU CARE (utilizado no SMIP) sinaliza a cores diferentes os doentes com infeção por diferentes agentes, sendo instituídas, precocemente, as medidas de isolamento adequadas. Logo, posso inferir que em serviços como o SMIP, onde os doentes estão mais suscetíveis devido à instabilidade, o cuidado com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) tem de ser redobrado, sendo esta uma preocupação de toda a equipa multidisciplinar.

Na UD, o cuidado com a prevenção e controlo de infeções é primordial, pois a manipulação de CVC e a punção da FAV ou PAV acarretam riscos acrescidos de infeção. O risco de infeção do CVC para HD está relacionado com o tipo de acesso, sendo que em média são identificadas 4,6 infeções por 1000 sessões de HD e 18,4 por 1000 sessões de HD com caracteres permanentes (NephroCare, 2011). A prevenção é feita através da utilização da técnica asséptica em todos os procedimentos, assegurando a construção precoce de um acesso permanente, vigilância e despiste de sinais e sintomas de infeção (NephroCare, 2011).

O processo de punção numa PAV possui um risco acrescido para o desenvolvimento de um maior número de complicações relativamente à FAV, como a infeção relacionada com a presença de um elemento estranho ao organismo e trombose.

A salientar que em toda a minha prática atendi às medidas de prevenção e controlo de infeção, tendo em conta que para punção de uma FAV é recomendável a utilização de uma técnica limpa e para uma PAV a utilização de uma técnica assética (NephroCare, 2011).

Foi possível verificar que o cumprimento das normas de controlo de infeção hospitalar estava garantido pela equipa multidisciplinar e os métodos de utilização dos EPI estavam incutidos, conforme os protocolos da CCIRA da instituição. Constatei o cuidado que a equipa de enfermagem tinha em providenciar luva de proteção de forma a fomentar uma proteção individual, precavendo o perigo de contaminação cruzada nos espaços comuns. As medidas de isolamento implementadas constituem medidas adicionais às precauções básicas, tendo em consideração as vias de transmissão.

Na unidade de diálise existiam pessoas colonizadas com bactérias multirresistentes em tratamento, pelo que a estratégia utilizada era o uso exclusivo do monitor para a pessoa colonizada, mantendo-se sempre no mesmo posto em todas as sessões de diálise.

No que diz respeito às doenças transmissíveis com relevância na diálise, tais como Hepatite B, Hepatite C e Síndrome de Vírus da Imunodeficiência Humana, existem salas adequadas para o efeito, bem como recursos humanos destinados para estes espaços. Relativamente à importância da descontaminação de equipamentos, a limpeza da unidade é assegurada diariamente pelos Assistentes Operacionais, garantindo os princípios básicos da desinfeção, obedecendo à separação das zonas limpas e sujas. Estes realizam a limpeza da unidade do doente (entre cada sessão de hemodiálise) e a separação de lixos, respeitando o uso de mantas e almofadas individuais.

Importa referir que a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos constituem um indicador de qualidade dos cuidados especializados em EMC, que deve ser maximizado na dedicação de um maior número de profissionais dedicados a comissões de controlo de infeção de forma a prevenir e combater as IACS (APIH, 2022).

Deste modo, mesmo sem intervir de forma ativa na mudança de hábitos, o mesmo foi possível, obedecendo assim ao objetivo primário que foi minimizar a ocorrência de infeções cruzadas e IACS. O cumprimento rigoroso das medidas de prevenção de IACS,

no SMIP, tornou-se fulcral para o meu desenvolvimento, garantindo, desta forma, a aquisição de competências na área de especialização que visa a maximização da prevenção/intervenção/do controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

5. PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Neste capítulo irei refletir de que forma os novos conhecimentos contribuíram para a minha evolução pessoal e profissional, permitindo que adquirisse as competências de mestria consagradas no artigo 15.º do Decreto-Lei nº 65/2018 referente aos títulos académicos e de diplomas do ensino superior.

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A OE (2019) preconiza que o enfermeiro mestre em EMC deve possuir conhecimentos aprofundados na sua área de especialização. Igualmente reconhecido um conjunto de capacidades e habilidades associadas, que o profissional emprega na sua prática, permitindo promover o avanço contínuo na qualidade da assistência de enfermagem.

A simbiose entre o exercício profissional, a aquisição de conhecimentos científicos, capacidade de pensamento, análise crítica e renovação de aprendizagens proporciona a capacidade de resolução de problemas em diferentes níveis de atuação. Para que fosse possível evoluir como profissional, foi essencial o ciclo de estudos teóricos

proporcionado pela escola, disciplinas como a gestão, a ética, fundamentos de enfermagem, investigação, comunicação e processos complexos de doença contribuíram de forma determinante para a aquisição de conhecimentos e renovação de metodologias de pesquisa de evidências. É essencial que o profissional se mantenha atualizado relativamente às novas evidências científicas proporcionadas por estudos ou por revisões da literatura por forma a conduzir a sua atuação com o maior rigor possível para a prestação de melhores cuidados.

O projeto de autoformação desenvolvido permitiu capacitar-me de competências de planeamento, implementação e de avaliação do trabalho efetuado, necessidades fundamentais para que no meu percurso como futuro mestre possa continuar a desenvolver as aprendizagens ao longo da vida de forma autónoma, assumindo o compromisso da autoformação – refletindo, analisando e progredindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este projeto permitiu ainda definir uma estratégia de formação que, inicialmente, passaria por aprofundar conhecimentos no cuidado ao doente em contexto de laboratório de hemodinâmica com recurso a certificação europeia pela European Society of Cardiology (ESC) para ver reconhecidas as minhas competências no trabalho em hemodinâmica. Dado o cancelamento temporário do exame de certificação, procurei uma nova área de interesse e de referência para o meu contexto laboral. Reformulei o meu projeto e avancei para o cuidado à pessoa em TSFR, uma área em que nunca havia investido até ao momento em que, num exercício introspetivo, achei que seria pertinente aprofundar conhecimentos nesse domínio. Esta mudança revelou-se um desafio entusiasmante, pois permitiu que adquirisse a capacidade de reajustar as ideias, modificando um pensamento previamente formatado, e permitiu que criasse estratégias para responder às necessidades do novo projeto.

Com o Ensino clínico I, pretendi conhecer a dinâmica de trabalho de um serviço de urgência, o cuidado para com a pessoa a necessitar de cuidados diferenciados imediatos e a capacidade de triar sintomas. A escolha passou por um serviço de um hospital altamente diferenciado com elevadas taxas de afluência que me permitiram compreender melhor o fluxo de trabalho e as dificuldades dos profissionais desse local. O processo de triagem revelou-se fundamental para a capacidade de filtrar, reter e comunicar a informação relevante que era fornecida no momento de admissão ao SU. As elevadas

afluências permitiram identificar prioridades na execução de tarefas e reconhecer focos de instabilidade, tendo constituído um desafio que consegui superar, identificando focos precoces, conduzindo a um incremento de capacidade de observação e atuação. A escolha do SU no hospital onde exerço a minha atividade profissional permitiu o crescimento como profissional da própria instituição, pois consegui desenvolver conhecimento do circuito do utente desde a sua admissão no SU e sua estabilização até à transferência para o serviço de internamento e acompanhar / identificar os momentos que configuram maior risco para o utente.

No Ensino Clínico II tive a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos no cuidado à pessoa em situação crítica em contexto de UCI. As formas de trabalhar são distintas e os cuidados com a pessoa em falência orgânica exigem capacidade de compreensão de todo o funcionamento do corpo humano e seus sistemas. Neste local, o meu principal objetivo era adquirir conhecimentos na área da ventilação mecânica invasiva; esta terapia exige um conhecimento profundo não só da mecânica de ventilação e trocas gasosas, mas também do tipo de equipamento utilizado. Sem dúvida que o desafio foi exigente, mas compensador, tendo sido fundamentais para o desenvolvimento dos meus conhecimentos o recrutamento dos conhecimentos teóricos das aulas, as pesquisas efetuadas sobre os mais recentes estudos sobre o assunto e a partilha de saberes pelos tutores, aptidão para enfrentar o desconhecido e desenvolver a capacidade de prestação de cuidados de qualidade numa determinada área constituiu um momento de crescimento profissional e pessoal.

A participação no Congresso de Enfermagem de Medicina Intensiva 2023 (CEMI 23) foi essencial para a aquisição de novos conhecimentos, tendo possibilitado um momento de partilha de experiências enriquecedoras. Neste congresso posso destacar as discussões efetuadas no âmbito dos “*Desafios da Enfermagem Intensiva*”, tendo constituído o tema central o futuro dos cuidados à pessoa em situação em situação crítica.

Como complemento da aprendizagem, tive a oportunidade de efetuar um estudo de caso aplicado a uma pessoa internada em falência multiorgânica e submetida a TSFR – esta situação constituiu um momento relevante para o desenvolvimento das minhas competências de mestria. Pude efetuar uma coleta de informação pertinente sobre o caso, delinear uma metodologia de desenvolvimento baseada numa teoria de enfermagem e

formular um plano de cuidados a aplicar na prática, procedendo à avaliação de resultados obtidos pelas intervenções delineadas. Por fim, a apresentação aos colegas e docentes do processo e dos resultados obtidos permitiu desenvolver a minha capacidade de transmissão de conhecimentos e de apresentação de conclusões de forma estruturada.

O Ensino Clínico III foi pensado para o desenvolvimento dos conhecimentos previamente adquiridos quer na prestação de cuidados, quer na comunicação, aliando a aquisição de novos saberes na área da pessoa submetida a TSFR. Este novo local levou a novas pesquisas no âmbito da forma de cuidar da pessoa em situação crítica em TSFR, aliada à gestão remota da terapia, em que a antecipação de complicações constitui um aspeto primordial para a qualidade dos cuidados prestados.

Referente ao cuidado à pessoa submetida a TSFR, abracei o desafio da preleção de uma aula a alunos do 3.º ano da licenciatura em Enfermagem. Foi um processo de aprendizagem, desde a reflexão sobre os conhecimentos relativos à doença renal, que estavam em processo de aquisição, até à gestão da pessoa e da terapia. Mais uma vez senti que a partilha de saberes necessita de um elevado grau de planeamento, consolidação de conhecimentos e estruturação da transmissão da informação.

Por fim, com a elaboração do presente relatório, desenvolvi a capacidade de comunicar o percurso efetuado, de refletir sobre a forma como todo o processo contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e de formular conclusões sobre o percurso académico efetuado. Creio que o culminar deste processo reside na defesa pública deste mesmo trabalho, com a demonstração das capacidades referidas.

6. CONCLUSÃO

Neste capítulo irei expor as minhas conclusões do percurso ao longo dos três estágios inseridos no 1.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Pessoa em Situação Crítica.

No ensino clínico 1 – Urgência Polivalente – através dos turnos executados no posto de triagem, pude desenvolver as minhas capacidades na avaliação rápida e identificação de prioridades clínicas de pessoas que recorriam ao serviço de urgência. Também neste local procurei desenvolver a minha capacidade de resposta a volumes de trabalho superiores ao aconselhável e priorizar cuidados na resposta a situações agudas de instabilidade. Tendo formulado os meus objetivos mediante o contexto em que me encontrava, fui capaz de me inserir na equipa e proceder a uma prática de enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica.

No ensino clínico 2 – Cuidados Intensivos Polivalentes – ajustei os meus objetivos face à tipologia de serviço com que me deparei. O contexto de estabilização e de identificação de prioridades não era fator determinante, precisava estar mais atento a focos de instabilidade e à gestão da situação da pessoa a viver processos complexos de doença e a requerer suporte ventilatório. Neste local pude ainda desenvolver capacidades na gestão de equipas, equipamentos e instalações, tendo delineado objetivos que me permitissem adquirir competências nesta área. Também neste local os objetivos foram completados com sucesso.

No ensino Clínico 3 – Projeto de autoformação – Unidade de Diálise, pude estipular objetivos mais específicos que iam ao encontro da minha área de especialização na pessoa sujeita a terapia de substituição renal. A possibilidade de cuidar de pessoas a vivenciar processos agudos de doença e de pessoas com processos crónicos permite realizar uma abordagem distinta e trabalhar diferentes campos com um propósito comum: o bem-estar físico, psicológico e social. Os objetivos foram completos com uma curva de aprendizagem crescente, tendo podido trabalhar a pessoa/família a passar por processos complexos de doença. Ainda neste local, pude participar em processos de gestão de cuidados, executando o planeamento de sessões de TSFR, bem como a distribuição de utentes por diferentes turnos.

Em todos os locais procurei desenvolver competências no domínio da ética e da deontologia profissional, executando a minha prática de acordo com as normas legais, gerindo situações complexas e integrando conhecimentos no processo de tomada de decisão. A evolução dos cuidados com base na evidência, bem como a garantia de uma prática segura são essenciais para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, acompanhando a evolução de uma sociedade que se torna cada vez mais exigente e com mais conhecimento. Contudo, a prática segura e a excelência de cuidados dependem do trabalho da equipa multidisciplinar, em que a enfermagem detém processos de tomada de decisão próprios e intervenções autónomas e interdependentes.

O contributo dos enfermeiros tutores revelou-se fundamental na aquisição das competências, demonstrando sempre dedicação à profissão e conhecimentos nas respetivas áreas de intervenção, assumindo o papel de líderes no seio das diferentes equipas.

Neste percurso, concluo que adquiri competências especializadas na área da Enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolvendo cuidados ao doente em falência orgânica e respetiva família, promovendo uma comunicação eficaz baseada na evidência e antevendo situações de instabilidade. Fui capaz de desenvolver competências na área da prevenção, de controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. No que concerne à capacidade de maximização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, a procura do conhecimento dos diferentes planos de atuação e critérios de ativação foram os métodos escolhidos para complementar esta competência.

A elaboração deste relatório foi determinante, possibilitando a sistematização e reflexão de todos os momentos de aquisição de competências ao longo dos estágios, e revelando que uma aprendizagem eficaz só é possível quando existe uma reflexão constante sobre a prática (Ribeiro J. F., 2014).

Estando descrente numa profissão que abracei há 19 anos quando iniciei o meu percurso na licenciatura, este mestrado veio motivar-me a exercer uma enfermagem cada vez melhor e a constituir um exemplo entre os meus pares. A aquisição de conhecimentos e os processos de reflexão incutidos nas aulas teóricas, por professores que nos desafiavam a pensar a arte de ser enfermeiro, reacenderam o entusiasmo de trabalhar cada vez melhor. Também os ensinamentos que me foram transmitidos nos estágios práticos,

por enfermeiros que demonstravam diariamente a paixão pela profissão, contribuíram para a minha progressão em termos humanos e profissionais.

Esta caminhada apresentou desafios e dificuldades que tive de ser capaz de contornar, nomeadamente a falta de tempo para a conciliação da vida profissional e pessoal. Os períodos para a execução das horas estipuladas para os estágios associados a sobrecargas horárias tornavam os estágios cansativos, dificultavam a execução das pesquisas necessárias para dar resposta aos desafios com que nos deparamos em contextos diferentes daqueles com que lidamos diariamente.

Cada serviço apresentou os seus desafios, o SU foi sem dúvida o mais desafiador pelo contexto de “porta aberta”, pois não havendo limite de vagas, a necessidade de trabalhar bem e rápido é imperativa.

Em todos os locais fui capaz de estabelecer um ambiente cordial e de integrar as equipas multidisciplinares nos diferentes serviços; o reconhecimento pelos pares bem como pelas pessoas que cuidava constituíam uma mais-valia, servindo de motivação para continuar este percurso.

Por fim, refiro que a elaboração do relatório na fase final foi desafiadora devido ao cansaço acumulado em dezoito meses de trabalho, estudo e dedicação a esta especialização. Este percurso servirá essencialmente para cuidar melhor das pessoas e famílias que necessitam de um SNS de qualidade.

7. BIBLIOGRAFIA

- Adler-Milstein, J., DesRoches, C. M., Kralovec, P., Foster, G., Worzala, C., Charles, D., Searcy, T., Jha, A. K. Electronic Health Record Adoption in US Hospitals: Progress Continues, But Challenges Persist. *Health Aff (Millwood)*. 2015 Dec;34(12):2174-80. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0992>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (9a ed., pp. 198-212).
- Allon, M. (2004). Dialysis catheter-related bacteremia: treatment and prophylaxis. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 44(5), 779–791. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15492943/>
- Allon, M., Sexton, D.J. (2023). Tunneled hemodialysis catheter-related bloodstream infection (CRBSI): Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*. em https://www.uptodate.com/contents/tunneled-hemodialysis-catheter-related-bloodstream-infection-crbsi-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=infe%C3%A7%C3%A3o%20cateter%20hemodialise&topicRef=1966&source=see_link
- Andrez, S., Sousa, P. P., & Marques, R. (2021). *Fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de enfermagem: scoping review*. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial),124-125. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10296>
- APIH. (maio de 2022). Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar. Obtido de https://apih.pt/wp-content/uploads/2022/05/iacs_saber-e-querer27056.pdf
- Assembleia da República. (sem data). Lei n.o 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, 1a série, 181 (16 setembro). Obtido 25 de Outubro de 2022, de https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&ficha=1~

- Assembleia da República. (2012, julho 16). Lei 25/2012. Diário da República n.º 136/2012, Série I. <https://dre.tretas.org/dre/302367/lei-25-2012-de-16-de-julho>
- Assembleia da República. (2015). “Lei nº 156/2015”. Diário da República 1ª série, 181 (setembro): 8059 – 8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Assembleia da República. (2019). “Lei nº 95/2019”. Diário da República 1ª série, 169 (setembro): 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. (2022). *Infection prevention and control in dialysis settings*. APIC. https://apic.org/wp-content/uploads/2022/04/Dialysis_ImplementGuide3.pdf
- Association of Private Kidney Care Providers of Malaysia. (2015). *Disaster preparedness and contingency plan for dialysis facilities*. Malaysian Society of Nephrology. https://tomalique.com/mxn/wpcontent/uploads/2022/12/SOP_DISASTER_PREPAREDNESS_AND_CONTINGENCY_PLAN_FOR_DIALYSIS_FACILITIES.pdf
- Balão, P., Froufe, M., Félix, R., Madureira, M. M., & Rabiães, I. C. TÍTULO: A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *Título: V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Iniciativa e coordenação: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enf.ª Catarina Lobão (Presidente)*, 51.
- Barreto, M. D. S., Garcia-Vivar, C., Santos, J. L. G. D., Maciel, D. G. S., Matsuda, L. M., & Marcon, S. S. (2019). Meanings attributed by family and patients to family presence in emergency rooms. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 1684-1691.
- Barros, L. C. N. D., Silveira, F. S., Silveira, M. S., Morais, T. C., Nunes, M. A. P., & Bastos, K. D. A. (2012). Insuficiência renal aguda em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada-Reincade. *Brazilian Journal of Nephrology*, 34, 122-129.
- Bastos, L., Silveira, F., Silveira, M., Morais, T., Nunes, M., & Bastos, K. (2012). *Acute kidney injury in hospitalized patients with decompensated heart failure*. *Jornal*

Brasileiro de Nefrologia, 34(2), junho 2012. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002012000200004>

Beathard, G. A. (2023). Malfunction of chronic hemodialysis catheters. *UpToDate*. Acedido a 16 de fevereiro de 2023, em https://www.uptodate.com/contents/malfunction-of-chronic-hemodialysis-catheters?search=cateter%20hemodialise&source=search_result&selectedTitle=2~116&usage_type=default&display_rank=2

Benner, P. (2011). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Boet, S., Bould, M. D., Fung, L., Qosa, H., Perrier, L., Tavares, W., Reeves, S., & Tricco, A. C. (2014). Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: A systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 61(6), 571–582. <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0143-8>

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals.*: Vol. (The Johns Hopkins University Press, Ed.).

Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da região centro de Portugal. *internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349851778037/html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *CDC approach to BSI prevention in dialysis facilities*. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases & Division of Healthcare Quality Promotion. <https://www.cdc.gov/dialysis/prevention-tools/core-interventions.html#sites>

Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área da enfermagem à pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Collière, M. (1999). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (1ª ed.) Lisboa: Lidel edições técnicas.
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, submetida ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- Davenport, A., Gardner, C., Delaney, M., & Pan Thames Renal Audit Group. (2010). *The effect of dialysis modality on phosphate control: haemodialysis compared to haemodiafiltration*. *The Pan Thames Renal Audit. Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(3), 897-901.
- Deodato, S. (2019). *Direito da saúde - Coletânea de legislação anotada (2ª edição, revista e aumentada)*. Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular normativa nº 09/DGCG*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Circular normativa nº 15/DQS/DQCO*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Norma nº 017/2011 (atualizada a 14/06/2012)*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.anadial.pt/wp-content/uploads/2018/04/Norma-017-2011-.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma nº 020/2014*. http://spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma nº 15/2013*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019->

[03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0142015-de-06082015-pdf.aspx)

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Processo de gestão de medicação. Norma nº 014/2015. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i022022.pdf> Direção-Geral da Saúde. (2015c). Medicamentos de alerta máximo. Norma nº 014/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0142015-de-06082015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Dorneles F. C., Schlotfeldt N. F., França P. M., Forno N. D., Araújo N. P., dos Santos A. da S., & Dornelles C. da S. (2021). Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6028. <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021>

Farinha, A. et al. How do our Dialysis Patient die?. 2023 in *Portuguese Journal of Nefrology and Hypertension*. <http://doi.org/10.32932/pjnh.2023.02.220>

Ferreira, A. (2015). *Técnicas depurativas*. In J. Ponce, P., Mendes, J (Ed.), *Manual de medicina intensiva* (pp. 264–269). Lisboa: LIDEL.

Flottorp, S. A.; Jamtvedt, G.; Gibis, B., & McKee, M. (2010). *Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. World Health Organisation and European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf

Frاندique, Maria. Mendes, Luis. (2013). Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III (n.º 10), 45-53.

Freitas, Carla (2018). *Gestão Em Enfermagem: O Perfil De Competências*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE%20Carla%20Freitas%20Final.pdf>

Galvão, A. Et al. Evolução Temporal da Incidência da DRC em TSFR Implicações Clínico-Epidemiológicas. 2023 in https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/dados-gerais-do-registo-2022.pdf

Gomes, A., Ambrósio, F., Gomes, F., Vieira, F., Fazendeiro, J., Oliveira, R., & Sousa, T. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (Fresenius Medical Care, Ed.). Almedina.

Guedes, J., Silva, E., Carvalho, I., Oliveira, M. (2016). *INCIDENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE KIDNEY INJURY IN INTENSIVE CARE UNIT*. *Cogitare Enfermagem*, 22(2).

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família – Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Hellebrand, A., Allen, D., Hoffman, M. (2017). *Contemporary nephrology nursing*. In S. Bodin (Ed.), *Hemodialysis* (3a, pp. 153–208). New Jersey: Association, American Nephrology Nurses.

ICU-diary Organization. (2012). Diary. <http://www.icu-diary.org/diary/Diary.html>

INEM. (2012). situação de exceção manual TAS. Versão 3.0 1a Edição.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). Indicadores de Desempenho do INEM. <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=234&ano=2022>

Kaplan, S. H., Gandek, B., Greenfield, S., Rogers, W., & Ware, J. E. Patient and visit characteristics related to physician's participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. 1995 Dec;33(12):1176-87. DOI: [10.1097/00005650-199512000-00002](https://doi.org/10.1097/00005650-199512000-00002)

- Kenney, R. J. (2007). Emergency preparedness concepts for dialysis facilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(4), 809–813. <https://doi.org/10.2215/CJN.03971106>
- Kérouac, Suzanne; et al (1994). *La Pensée Infirmière: Conceptions et Stratégies*. Laval-québec: Editions Études Vivantes.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, a., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes. (2012). *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury*. Volume 2, issue 1, March 2012. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2012-AKI-Guideline-English.pdf>
- Kim, Y., Oh, Y., Lee, E., Kim, SJ. *Impact of Nurse-Physician Collaboration, Moral Distress, and Professional Autonomy on Job Satisfaction among Nurses Acting as Physician Assistants*. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 7;19(2):661. DOI: [10.3390/ijerph19020661](https://doi.org/10.3390/ijerph19020661)
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais (3ª edição revista e ampliada)*. Artmed Editora.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Revista Pessoal*, 60-63. <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lebre, A. I., Alves, A., Félix, A. M., Cruz, A. P., Palos, C., Noriega, E., Neves, I., Valente, M., Silva, M. G., Faria, M. J., & Pacheco, P. (2017). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. www.dgs.pt
- Lioussatou, A., & Goland, E. (2021). Disaster preparedness and evacuation plan (DPEP) in haemodialysis units: Patients’ emergency self-disconnection through “Clamp and Cut” procedure. *EDTNA/ERCA*. [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/ElectronicLibrary_Managing_5-21%20\(2\).pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/ElectronicLibrary_Managing_5-21%20(2).pdf)

- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., & Césa Fonseca, e. a. (2011). Confiança versus Desconfiança na relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar em Enfermagem*, 3-13.
- Macedo, A. P. M. de C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Marcelino, P., Fernandes, A., Ribeiro, J. *TÉCNICAS DIALÍTICAS HÍBRIDAS OU HEMODIAFILTRAÇÃO PARA DOENTES HEMODINÂMICAMENTE INSTÁVEIS*. Unidade de cuidados intensivos do Hospital Curry Cabral. Lisboa. 2006; vol. 19.
- Marques, P., & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/36022>
- Mateus, D., Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde: Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores*. (1ª Edição). Lusodidacta
- Meiers, S. J., Tomlinson, P., & Peden-McAlpine, C. (2007). Development of the family nurse caring belief scale (FNCBS). *Journal of Family Nursing*, 13(4), 484-502.
- Meireles, O. *Intervenções de Enfermagem à Pessoa Submetida a Técnica Dialítica Intermitente numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (2021) Relatório de mestrado de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2016). *Guia orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ministério da Administração Interna. (2008). “Portaria nº 1532/2018”. Diário da República 1ª série, 250 (dezembro): 9050-9127. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1532-2008-444380>
- Ministério da Saúde. (2001). “Despacho 14391/2001”. Diário da República 2ª série, 158 (julho): 11482 – 11499. https://ccmsns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/03/Despacho_N_14_3912001_2a_seriemanual_boas_praticas.pdf
- NephroCare. (2011). *Manual de acessos vasculares*. Fresenius Medical Care.
- Nunes, E., Gaspar, F., & José, H. (2013). A liderança e o empenhamento organizacional dos enfermeiros: revisão sistemática da literatura. *Cadernos De Saúde*, 6, 30-42. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2838>
- OMS. (2022). Global report on infection prevention and control. Geneve. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Cipe® versão 2 - *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). *REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)*: Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (série 1 ed., Vol. 9)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). “Regulamento nº 429/2018”. *Diário da República* 2ª série, 135 (julho): 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). “Regulamento nº 140/2019”. *Diário da República* 2ª série, 26 (fevereiro): 4744 – 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. de Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. de A. L. M. da, Vattimo, M. de F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. da, Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Perrin, K., & MacLeod, C. (2018). *Understanding the essentials of critical care nursing* (3.a ed.). Pearson.
- Pittiruti, M., Bertoglio, S., Scoppettuolo, G., Biffi, R., Lamperti, M., Dal Molin, A., Panocchia, N., Petrosillo, N., Venditti, M., Rigo, C., & DeLutio, E. (2016). Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central venous catheters (excluding dialysis catheters): A GAVeCeLT consensus. *The Journal of Vascular Access*, 17(6), 453–464. <https://doi.org/10.5301/jva.5000576>
- Potter, P., & Perry, A. G. (1999). *Fundamentos de Enfermagem* (Guanabara Koogan, Ed.; 4ª, Vol. 1).
- Ribeiro, J. F. (2014). *Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde.
- Ribeiro, O., Martins, M., Sousa, P., Trindade, L., Forte, E., & Silva J. Quality of nursing care: contributions from expert nurses in medical-surgical nursing. *Rev Rene*. 2020;21: e43167. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>
- Roca-Tey, R., Tombas, A., & gallego, D. (2021). *Vascular access handbook for people with kidney disease*. <https://gemav.org/handbok>
- Sales, A. S. G. (2008). *Espelho meu... Espelho meu...: representação social da imagem do enfermeiro*. (tese de mestrado em comunicação em saúde, universidade aberta). Repositório Aberto. <Http://hdl.handle.net/10400.2/1257>

- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Looking forward: Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, *317*(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
- Salluh, J., Soares, M., & Pizzol, F. (2002). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Vanderbilt University. https://uploadssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf
- Silva, A. (2009) Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe. *Triagem de Manchester*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2022). *Portuguese registry of dialysis and transplantation 2021* [Comunicação]. Comunicação apresentada no Encontro Renal de 2022 (XXXVI Congresso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia), Algarve, Portugal, novembro de 2022. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2022-final.pdf
- Sousa, L., Barroso, M. (2009). Reflexão Sobre o Cuidado como Essência da Liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery*, Revista de Enfermagem. jan-mar; 13 (1): 181-187
- Tan YM, Hii J, Chan K, Sardual R, Mah B. An electronic dashboard to improve nursing care. *Stud Health Technol Inform*. 2013; 192:190-4.
- Vieira, M. (2008). Ser Enfermeiro da Compaixão à Proficiência (2ª edição ed.). Lisboa: Universidade Católica
- Wittorski, R. (1998). De la fabrications des compétences. *Revista Educação Permanente*, nº 153, pp:57 – 69.
- Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28(45).
- Yoo, K. D., Kim, H. J., Kim, Y., Park, J. Y., Shin, S. J., Han, S. H., Kim, D. K., Lim, C. S., & Kim, Y. S. (2019). Disaster preparedness for earthquakes in hemodialysis

units in Gyeongju and Pohang, South Korea. *Kidney Research and Clinical Practice*, 38(1), 15–24. <https://doi.org/10.23876/j.krcp.18.0058>