



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**“Possibilitar” a Comunicação com a Pessoa em
Situação Crítica: Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Maura Solange Alves Clemente

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**“Possibilitar” a Comunicação com a Pessoa em
Situação Crítica: Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Maura Solange Alves Clemente



Orientador:
Prof.^a Doutora Anabela Pereira Mendes



Lisboa
2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“In the middle of every difficulty lies opportunity”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que contribuíram para que este processo fosse conseguido, em especial à Professora Anabela Mendes pela exigência, orientação e incentivo.

Aos meus colegas de Mestrado pelos vários momentos de partilha, em especial à Ana Paula Lopes por ter embarcado comigo nesta aventura.

A todos os meus colegas de trabalho, em particular à *A team*, pela disponibilidade e paciência nos maus dias.

À família e amigos pelo suporte e por compreenderem os momentos de ausência.

Aos meus pais e irmão pela força, apoio, coragem e estímulo constante transmitido ao longo desta caminhada.

Ao Tiago, meu companheiro, pelo incentivo diário, compreensão, motivação e amor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARDS	<i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
Art.	Artigo
AVC	Acidente vascular cerebral
BiPAP	<i>Bi-level positive airway pressure</i>
bpm	Batimentos por minuto
CAA	Comunicação aumentativa e alternativa
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CMEAEPSC	Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
EPI	Equipamento de proteção individual
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAST	Focused Assessment with Sonography for Trauma
GPT	Grupo Português de Triagem
mmHg	Milímetros de mercúrio
p. ex.	Por exemplo
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PPCIRA	Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em situação crítica
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Respiratory Acute Syndrome coronavirus 2</i>
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgência
SUG	Serviço de Urgência Geral
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UCI	Unidade de cuidados intensivos
UCIP	Unidade de cuidados intensivos polivalente
VV	Via Verde

RESUMO:

A pessoa em situação crítica (PSC) encontra-se inserida num contexto de elevada complexidade no que respeita à sua abordagem. A gestão da comunicação interpessoal com a pessoa alicerça a relação terapêutica com seu cuidador. A existência de múltiplas barreiras no seu estabelecimento, incorre na exigência na procura de conhecimentos aprofundados e aplicação de estratégias facilitadoras no seu estabelecimento. Ação que coaduna com a intervenção especializada do enfermeiro.

Em complementaridade, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, foi proposta a elaboração do presente documento de modo a representar o percurso formativo do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre, em associação com a temática eleita: “Possibilitar” a Comunicação com a PSC. Como referencial teórico orientador da ação foi eleita a Teoria do Cuidar de Swanson.

De modo a promover um processo com base no raciocínio clínico, evidência científica e conhecimento experiencial, foi definido como objetivo principal desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família, a ser operacionalizado em contexto de serviço de urgência e cuidados intensivos.

O percurso formativo permitiu a mobilização do conhecimento com base na constante problematização e desenvolver uma ação antecipatória no cuidado à PSC e sua família, como medida de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, comunicação, enfermagem, intervenção especializada.

ABSTRACT:

The critical ill patient is inserted in a context of high complexity regarding its approach. The management of interpersonal communication with the person is the foundation of the therapeutic relationship with the caregiver. The existence of multiple barriers in its establishment, incurs in the demand for in-depth knowledge and application of facilitating strategies in its establishment. An action that is in line with the specialized intervention of the nurse.

In addition, within the scope of the Curricular Unit Internship with Report of the 11th Master's Degree Course in Nursing in the Specialization Area of People in Critical Condition, the preparation of this document was proposed so as to represent the formative journey of the process of acquisition and development of competencies of specialist and master nurses, in association with the chosen theme: "Enabling" Communication with the critical ill patient. Swanson's Theory of Caring was chosen as the theoretical reference guiding the action.

In order to promote a process based on clinical reasoning, scientific evidence and experiential knowledge, the main objective was to develop specialized nursing skills in caring for critical ill patients and their families, to be implemented in emergency and intensive care units.

The training process allowed for the mobilization of knowledge based on constant problematization and the development of anticipatory action in caring for the critical ill patient and his/her family, as a measure to improve the quality of care.

Keywords: critical ill patient, communication, nursing, specialized intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	21
1.1. A ESPECIFICIDADE NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	21
1.2. O “POSSIBILITAR”: DA TEORIA À PRÁTICA CLÍNICA.....	26
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....	31
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	33
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	45
3. O CULMINAR DE UM PERCURSO	53
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO 3.º SEMESTRE	
APÊNDICE II – JORNAL DE APRENDIZAGEM: <i>OPEN SPACE</i>	
APÊNDICE III – RELATÓRIO: VI JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA	
APÊNDICE IV – RELATÓRIO: <i>WEBINAR</i> “FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO”	
APÊNDICE V – POSTER	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria do Cuidar de Swanson.....	28
Figura 2 – Conceitos centrais do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.....	29
Figura 3 – Mnemónica ABCDE.....	38
Figura 4 – Relação dos conceitos centrais relativos ao percurso do enfermeiro perito no cuidado à PSC.....	54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Guia orientador SPEACS-2.....	25
Quadro 2 – Cronograma do 3.º Semestre.....	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Objetivos transversais e específicos.....	32
---	----

INTRODUÇÃO

De acordo com Benner (2001), o progresso da prática de enfermagem e o seu desenvolvimento enquanto ciência humana do cuidar, decorrem dos conhecimentos incluídos na perícia clínica. Por sua vez, para compreendermos o seu significado podemos subdividi-la em dois tipos diferentes de conhecimento: o “saber” e o “saber fazer” (Benner P. , 2001).

O “saber” revela ser a teoria, um instrumento através do qual é possível explicar e prever um fenómeno. Enquanto que o “saber fazer” implica habilidade e surge como um desafio à teoria, visto a permitir alargar e desenvolver (Benner P. , 2001).

Podemos inferir que o processo de desenvolvimento profissional do enfermeiro decorre da junção de ambos os conhecimentos (científico e prático), inserido em contexto de prática clínica, o que se traduz na experiência que cada profissional adquire (Benner P. , 2001).

O Modelo de Dreyfus, adaptado à enfermagem por Benner (2001), traduz o processo faseado de aquisição e desenvolvimento de competências, como reflexo da mudança do seu aprendizado. O enfermeiro perito, último nível deste modelo, apresenta competências que lhe permitem gerir situações complexas de maneira notável, não se cingindo apenas à aplicação de regras. Assume uma postura assente na constante reflexão sobre a prática clínica, de modo a promover um processo contínuo de aprendizagem.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, lecionada no 3.º semestre, do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEAEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a elaboração de um Relatório de Estágio. O presente documento visa evidenciar o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista da área de cuidados eleita, através da apresentação e descrição de situações vivenciadas em contexto de estágio, acompanhada de fundamentação teórica e de representação crítica.

Para dar resposta à construção do presente percurso académico sob a finalidade acima descrita, foram utilizadas como suporte as competências definidas no plano de Estudos da ESEL, as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Formação, no Decreto-Lei n.º 65/2018 (artigo 15.º) e no Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista definidas em Diário da República (ESEL, 2021; JQI, 2004).

O Código Deontológico do Enfermeiro surge como elemento de referência que sustenta o exercício profissional e que complementa a reflexão da prática de cuidados, sob sustento de um agir profissional ético e deontológico (Lei n.º 156/2015).

Neste percurso encontra-se integrado o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à PSC, tendo também em consideração a temática eleita sob interesse e motivação pessoal: “Possibilitar” a Comunicação com a PSC, que vai de encontro com os valores pessoais e profissionais em que acredito.

A minha experiência profissional decorreu essencialmente em contexto de cuidados intensivos e foram várias as situações em que me deparei com dificuldade no estabelecimento de comunicação com a pessoa, pela existência de múltiplas condições inibidoras do processo.

Segundo Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), a PSC encontra-se inserida em contexto de elevada complexidade, com impreterível necessidade de resposta rápida e eficaz. A gestão da comunicação interpessoal alicerça a relação terapêutica com a pessoa e sua família, aspeto essencial perante situações de alta heterogeneidade do estado de saúde.

Por conseguinte, incorre da competência de enfermeiro especialista na presente área do cuidar demonstrar “conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação” e “em estratégias facilitadoras da comunicação”, com o intuito de adaptar a sua ação face à complexidade inerente (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Considerando a temática eleita, emergiu a Teoria do Cuidar de Swanson como referencial teórico, que orienta a minha ação enquanto profissional de enfermagem, valorizando a pessoa como um ser com valores e ideais próprios, elementos essenciais na prestação de cuidados.

De modo a convergir o percurso profissional e académico do CMEAEPSC, com base no conhecimento científico, experiência na prática clínica e as competências definidas para o enfermeiro especialista, foi definido como objetivo geral: **desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família**. Para tal foram também definidos objetivos específicos:

- ◆ Cuidar da pessoa e sua família que se encontra a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ◆ Desenvolver conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação;
- ◆ Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;

- ◆ Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem.

De forma a inserir o percurso de desenvolvimento de competências na área do cuidado à PSC, foi realizado num total de 500 horas de estágio, dividindo-se equitativamente em contexto de serviço de urgência geral (SUG) e unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP).

No que respeita à estrutura, este relatório está organizado em dois grandes capítulos. O primeiro referente à contextualização teórica que sintetiza os conceitos centrais da temática eleita, resultantes da pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados e literatura cinzenta. Como complemento à prática clínica, são ainda abordados os aspetos associados ao referencial teórico.

O segundo capítulo remonta à descrição e análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, decorrido em contexto de estágio. Pretende-se realizar uma reflexão crítica com base nas experiências vivenciadas em associação à evidência científica, referencial teórico, objetivos delineados e documentos legais que sustentam a profissão.

Este documento encontra-se redigido de acordo com as normas de elaboração dos trabalhos escritos fornecidas pela ESEL e realizada referência segundo as normas *American Psychological Association* (6.^a edição).

1. COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A evolução progressiva da profissão de enfermagem advém do desenvolvimento constante do conhecimento científico e prático, incluídos na perícia clínica. A problematização constante sobre situações vivenciadas em contexto da prática clínica fornece ao profissional o “saber fazer” de modo a desafiar constantemente a teoria preditiva (Benner P. , 2001).

De acordo com Benner (2001), enfermagem define-se como a uma ciência humana do cuidar, praticada *de e para* pessoas, com toda a complexidade que lhe é inerente. O desenvolvimento da profissão de modo a dar resposta às necessidades impostas pela pessoa e sua família, inserida numa situação e ambiente que lhe é inerente, levou à criação de diferentes áreas de especialização de enfermagem.

Para tal, o profissional especialista e mestre em uma área de cuidados em enfermagem, integra competências de aplicação de conhecimentos prévios e desenvolve-os, com o intuito de compreender e resolver situações complexas. É capaz de partilhar a sua experiência e raciocínio subjacente (Decreto Lei n.º 65/2018).

De forma a dar continuidade ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à PSC, com especificidade no âmbito da comunicação, será realizada uma contextualização sobre a especificidade na sua abordagem e o referencial teórico subjacente à prática clínica do profissional.

1.1. A Especificidade No Cuidado À Pessoa Em Situação Crítica

A área de cuidados críticos surge como área especializada do cuidar em enfermagem, constituída por características singulares. Para compreender a abordagem à PSC, surge a necessidade de a definir. Para Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), PSC define-se por:

Patients who (...) are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability. Their critical conditions define and orient the interventions and practices of acute and critical care nurses. Instantaneous interventions and the constant readiness to provide them are central to critical care nursing practice and are the principle reason that patients are admitted to critical care areas, particularly

since the patients are typically life-dependent on continuous intensive care and the supporting technology (p. 87).

A exigência na observação, colheita de dados e procura contínua de dados sistêmicos e sistematizados da PSC, refletem o dever de procura e detecção de complicações, permitindo assegurar a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e adequados à condição atual da pessoa, nunca desvalorizando a complexidade na sua abordagem. São estas as competências que diferenciam o enfermeiro especialista do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 429/2918).

A presente área de cuidados em enfermagem tem por base a utilização da tecnologia como meio de obtenção de dados reais, instantâneos e imediatos. A gravidade do quadro clínico da PSC, leva a uma reorganização constante do pensamento e, muitas vezes, focaliza-se na obtenção de informação derivada da tecnologia em detrimento da informação conferida pela pessoa ou a sua família, alvo de cuidados. Com o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, tendo por base a evidência científica descrita e, conseqüentemente, a evolução da tecnologia associada aos seus cuidados, a componente relacional com a pessoa cuidada, ficou para segundo plano (Phaneuf, 2005).

A tecnologia surge como elemento complementar durante a recolha e aquando da prestação de cuidados, o que pode ser visível através da monitorização dos sinais vitais (p. ex. eletrocardiograma, tensão arterial, oximetria de pulso); da ventilação (permite auxiliar a função pulmonar, proporcionando trocas gasosas eficazes) e através da realização de exames complementares de diagnóstico que assistem nos processos de tomada de decisão (p. ex. tomografia computadorizada, ressonância magnética e eletroencefalografia). O recurso à tecnologia não impede a prestação de cuidados humanizados, devendo ser vista como complementar à sua prestação (Locsin, 2013).

De acordo com a CIPE®, comunicação é definida por “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (ICN, 2011, p. 45).

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação trata-se de um processo de elaboração de informação, por vezes, transmitida inconscientemente. É possível construir informação através de um processo verbal, mas também pode ser conferida

através do comportamento não-verbal observável. Para isso, torna-se essencial o desenvolvimento de competências do enfermeiro na área da comunicação e, em específico no cuidado à PSC, através da aplicação de estratégias de reconhecimento de informação conferida pela pessoa alvo de cuidados. Surge com o intuito de elaborar uma ação personalizada, tendo em consideração a sua individualidade (Takeshita & Araujo, 2011).

Na prática diária de cuidados, o enfermeiro lida com múltiplas dificuldades no que respeita à comunicação com a pessoa e sua família, o que se encontra intimamente relacionado com: a sua inexperiência; hesitação quanto à transmissão de más-notícias, da disponibilidade para o fazer e devido ao horário conferido à família para desenvolver uma abordagem relacional com a pessoa, com constante interrupção para resolução de situações clínicas urgentes (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

Acrescento ainda a existência de barreiras à comunicação verbal e não-verbal que traduzem implicações negativas no seu estabelecimento, tais como, o nível de consciência, o delírio, a gravidade da patologia, a entubação traqueal, o idioma e a fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos (Happ, 2021).

A leitura de lábios ou mimica facial, uma das estratégias mais utilizadas, leva facilmente à má interpretação da mensagem, causando frustração à pessoa por ser incapaz de transmitir a mensagem e ao seu recetor por ser inapto para a decifrar (Happ, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista tem como competência específica no cuidado à PSC demonstrar “conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador” e “conhecimentos em estratégias facilitadores da comunicação na pessoa com «barreiras à comunicação»” (p. 19363).

A comunicação estabelecida com a pessoa cuidada e a sua família torna-se essencial no exercício clínico do enfermeiro. Devido ao quadro clínico de cada PSC, podemos estar perante diferentes desafios no que respeita ao estabelecimento de uma comunicação eficaz. Assim sendo, existe a necessidade de desenvolvimento de competências comunicacionais por parte do enfermeiro, adequando ao contexto atual da pessoa cuidada e sua família (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

A comunicação encontra-se na natureza da relação existente entre a pessoa cuidada e o profissional de enfermagem. De acordo com Happ (2021), a má interpretação de uma mensagem pode comportar malefícios para a pessoa, tais como

o pânico, a impotência, o medo e o stress. Como também, dificulta o planeamento e intervenção do enfermeiro, conduzindo-o numa ação despersonalizada e inadequada.

Thakur, Venkateshan, Sharma & Prakash (2016), defendem que através da comunicação é possível conferir cuidados de enfermagem sustentando-se numa perspetiva compreensiva e holística da pessoa. Constitui uma ação humanizada realizada pelo seu profissional.

Na ausência de estabelecimento de comunicação por via verbal, é necessário recorrer a uma metodologia alternativa. Surge como opção de primeira linha a utilização da comunicação aumentativa e alternativa (CAA). De acordo com a American Speech-Language-Hearing Association (s.d.), a CAA tem por base uma ação compensatória ou complementar da comunicação.

A presente metodologia pode fragmentar-se em duas perspetivas quanto à forma da sua aplicação. Em primeiro lugar, quando a fala se encontra presente é utilizada de forma complementar e, em segundo lugar, na sua ausência, quer seja em situações permanentes ou temporárias (American Speech-Language-Hearing Association, s.d.).

Esta metodologia emprega a utilização de técnicas e ferramentas que capacita a pessoa na expressão de pensamentos, desejos, necessidades e sentimentos, recorrendo à linguagem gestual, escrita, quadro de comunicação/letras e dispositivos geradores de fala (Happ, 2021; Jansson, Martin, Johson, & Nilsson, 2019).

A aplicação de CAA implica, por parte do profissional, uma adequada avaliação, seleção e uso da ferramenta e técnica adequada à pessoa em particular, com posterior reavaliação do método utilizado. A sua formação surge como aspeto inerente durante todo o processo (Happ, 2021).

O desenvolvimento do programa SPEACS emerge como guia orientador na avaliação das necessidades da pessoa cuidada no âmbito de uma comunicação eficaz, tal como representado no quadro 1. Através da resposta a algumas questões é possível identificar barreiras existentes e encontrar estratégias para as colmatar (Happ, 2021; Choi, et al., 2017).

De acordo com Choi, et al. (2017), o uso do computador e *tablet* tem vindo a progredir e a conquistar visibilidade, com recurso à utilização de aplicações que incorporam os sintomas mais frequentes na PSC, permitindo a sua rápida identificação. A possibilidade de seleção do idioma, permite ainda atenuar a barreira linguística.

Quadro 1 - Guia orientador SPEACS-2, adaptado de Choi, et al. (2017).

Sensorial	Utiliza prótese ocular ou auditiva? Encontram-se disponíveis?
Apontar ou escrever	Consegue apontar para a imagem? Escreve o seu nome?
Entubação traqueal ou mímica facial	Consegue contar de 1 a 10? Qual o seu nome completo?
Atenção ou cognição	Encontra-se alerta e consegue seguir comandos? Consegue levantar o braço? Pisca os olhos duas vezes? Precisa de suporte de compreensão?
Resposta sim e não	Como é que a pessoa responde sim e não? A resposta é fidedigna?
Idioma	Existe alguma barreira linguística?

Tal como descrito anteriormente, existem situações particulares no cuidado à PSC que surgem como barreira comunicacional com elevada visibilidade na presente área, representada pela alteração do estado de consciência.

De acordo com Thakur, Venkateshan, Sharma & Prakash (2016), a alteração do estado de consciência define-se como sendo uma condição em que a pessoa “who is not oriented, does not follow command or needs persistent stimuli to achieve the state of alertness” (p. 51). Pode advir como resultado de um fenómeno patológico, onde se encontra inserido uma alteração neurológica, toxicológica ou metabólica.

No cuidado à PSC com alteração do estado de consciência, a comunicação é negligenciada e, muitas das vezes, sobreposta pelas necessidades físicas, o que influencia o bem-estar psicológico. No entanto, a utilização de protocolos institucionais e de escalas observacionais permite ao profissional obter informações sobre a pessoa cuidada (Thakur, Venkateshan, Sharma, & Prakash, 2016).

A utilização destas ferramentas surge como elemento de avaliação de sintomas que, através da observação do profissional, é possível avaliar, planear e executar cuidados. Na verdade, a presente metodologia tem por base utilização da comunicação não-verbal visto que interpreta as expressões faciais e os movimentos do corpo (Jansson, Martin, Johson, & Nilsson, 2019; Choi, et al., 2017).

Os instrumentos de avaliação associados à temática da comunicação com a PSC, encontram-se essencialmente associados à avaliação da dor. No entanto, a criação e validação de escalas relativas a outros sintomas igualmente frequentes

nesta população tem vindo a ser implementadas. Tal como acontece com a temática do delírio e da dispneia na pessoa adulta (Jansson, Martin, Johson, & Nilsson, 2019; Choi, et al., 2017).

A utilização de escalas observacionais surge como instrumento importante no rápido reconhecimento da problemática em questão. No entanto, vários autores conferem relevância associada ao desenvolvimento de competências na área da comunicação com a PSC (Jansson, Martin, Johson, & Nilsson, 2019; Choi, et al., 2017).

Pelo que, reforça-se a necessidade de formação transversal à equipa multidisciplinar assente na seleção e aplicação destas escalas, como método alternativo e complementar de recolha de informação (Happ, 2021).

Volvidos dois anos experienciados em contexto de pandemia, não seria possível debater a temática da comunicação com a PSC, sem que fosse enaltecida a sua importância.

Na verdade, o contexto de pandemia devido à infeção por SARS-CoV-2 trouxe consigo um acréscimo de barreiras à comunicação. Temos o exemplo associado à utilização de equipamento de proteção individual constituídos por máscara, viseira, bata/fato e luvas. Todos estes elementos surgem como barreira à comunicação com a PSC impedindo o estabelecimento de contacto visual, auditivo e toque. Acrescentando ainda as medidas de isolamento que incluíam a colocação da pessoa em quarto individual, a limitação de entrada de profissionais apenas para situações necessárias e a restrição de visitas de familiares (Istanboulian, Rose, Yunusova, & Dale, 2021).

Foram momentos que levaram à constante reflexão crítica sobre as situações vivenciadas e aplicadas estratégias de acordo com as variantes existentes. Para tal, Rose, et al. (2021) publicou um protocolo de método misto que surge com o objetivo reunir um conjunto de intervenções relativas à comunicação com a PSC em unidade de cuidados intensivos (UCI), tendo em consideração as precauções de controlo de infeção utilizadas aquando da pandemia por SARS-CoV-2, para que seja possível transpor para situações semelhantes no futuro.

1.2. O “Possibilitar”: Da Teoria À Prática Clínica

A enfermagem, como profissão e disciplina, é desenvolvida através do cuidado *de e para* pessoas, conferindo-lhe uma singularidade e versatilidade própria. A

construção de um percurso profissional tem na sua base o desenvolvimento de uma prática clínica assente na evidência científica aperfeiçoada ao longo dos anos. No entanto, a ação produzida pelo enfermeiro provem de um referencial teórico que lhe confere sentido (Watson, 2002).

A construção do percurso elaborado pelo profissional de enfermagem concilia ambos os fenómenos, teórico e prático, que dão origem ao cuidado. Aqui assenta uma palavra que é utilizada com frequência na presente área e que transmite a ação que por nós é fornecida, o **cuidar** (Benner P. , 2001).

Existe uma multiplicidade de significados que podemos atribuir a esta palavra, mas para cada um de nós tem o seu significado específico, porque na verdade é o que clarifica o que é para nós ser enfermeiro (Benner P. , 2001).

A escolha da temática «“Possibilitar” a Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica» transparece parte do que é para mim ser enfermeiro. Para tal, irei recorrer à Teoria do Cuidar (Teoria de Médio Alcance), descrita por Swanson para transmitir o seu significado.

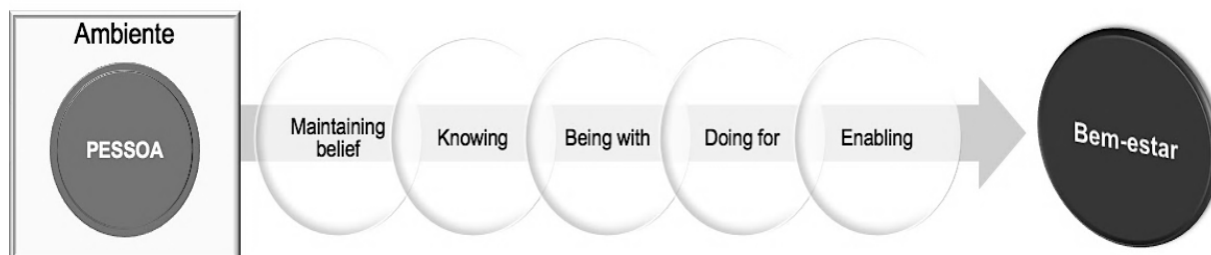
De acordo com Swanson (1991), cuidar consiste em: “nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility” (p. 165). A ação do enfermeiro incide na pessoa cuidada e sua família, através da implementação de intervenções que levam ao seu bem-estar (Swanson, 1993).

Ao longo do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro, são reconhecidas diferentes perspetivas relativas à definição de bem-estar. Segundo Benner (2001), um enfermeiro perito encara a definição de bem-estar valorizando a pessoa como um ser humano que comporta um contexto biológico, psicológico, cultural, político, económico, social e espiritual (Swanson, 1993, p. 353). Diz-se que a sua visão é mais ampla e aprecia a pessoa como um ser holístico. Aquando da prestação de cuidados valoriza o seu envolvimento na sua própria recuperação (Benner P. , 2001).

Existe uma reciprocidade e envôlvência de três conceitos principais: a **pessoa** como um ser único e individual, que procura atingir o que é para si um estado de **bem-estar**, inserida num **ambiente** que a influencia (Swanson, 1993).

Swanson (1991) refere que o cuidar define-se através de um conjunto de processos baseados na interação existente entre o profissional de enfermagem e a pessoa, descritos por: “maintaining belief”, “knowing”, “being with”, “doing for” e “enabling” (figura 1).

Figura 1 - Teoria do Cuidar de Swanson, adaptado de Swanson (1993).



Para cuidar é essencial acreditar na pessoa e nas suas capacidades, enquanto elemento que encara um evento adverso ou que se encontra em fase de transição (Swanson, 1991). Uma ação prestada a pessoas e por pessoas, conferindo-lhe a humanidade como base orientadora (Watson, 2002).

Para tal, o enfermeiro deve procurar conhecer e compreender a pessoa valorizando todos os aspetos associados à situação que nela se insere. Trata-se de estar presente e emocionalmente aberto ao outro, marcado por posturas de escuta ativa e de interesse, que demonstram sentimentos de preocupação e compromisso para com o outro (Swanson, 1991).

Cuidar implica prover o conforto e antecipar necessidades, surge como mecanismo de desempenho de funções que seriam realizadas pelo mesmo, de modo a garantir a sua vontade sem malefício. Apresenta na sua base a competência profissional e acarreta a preservação da dignidade individual. Procura-se orientar a pessoa com o intuito de atingir a autonomia (Swanson, 1991).

Fornecer cuidado não tem como significado único: fazer por. Na verdade, prestar cuidados implica o culminar entre conhecimentos teóricos e práticos da natureza humana e as possíveis respostas a inventos adversos. Implica ainda conhecer e compreender as necessidades individuais de cada um (Benner P. , 2001).

O conceito “possibilitar” tem por significado “facilitating the other’s passage through life transitions and unfamiliar events” (Swanson, 1991, p. 164). A função do enfermeiro, tem por base uma intervenção especializada na melhoria do outro, conferindo capacidades de autocuidado e oferecendo suporte emocional.

O recurso à comunicação com a PSC surge como ferramenta através do qual é possível compreender a pessoa, o seu pensamento, as suas emoções e as suas vontades. Trata-se de a incluir como elemento participativo na prestação dos cuidados, como forma de lhe conferir controlo na sua própria recuperação (Swanson,

1991). Possibilitar a comunicação com a pessoa, permitirá fornecer este autodomínio, ultrapassando assim advertências decorridas das barreiras comunicacionais (Swanson, 1991).

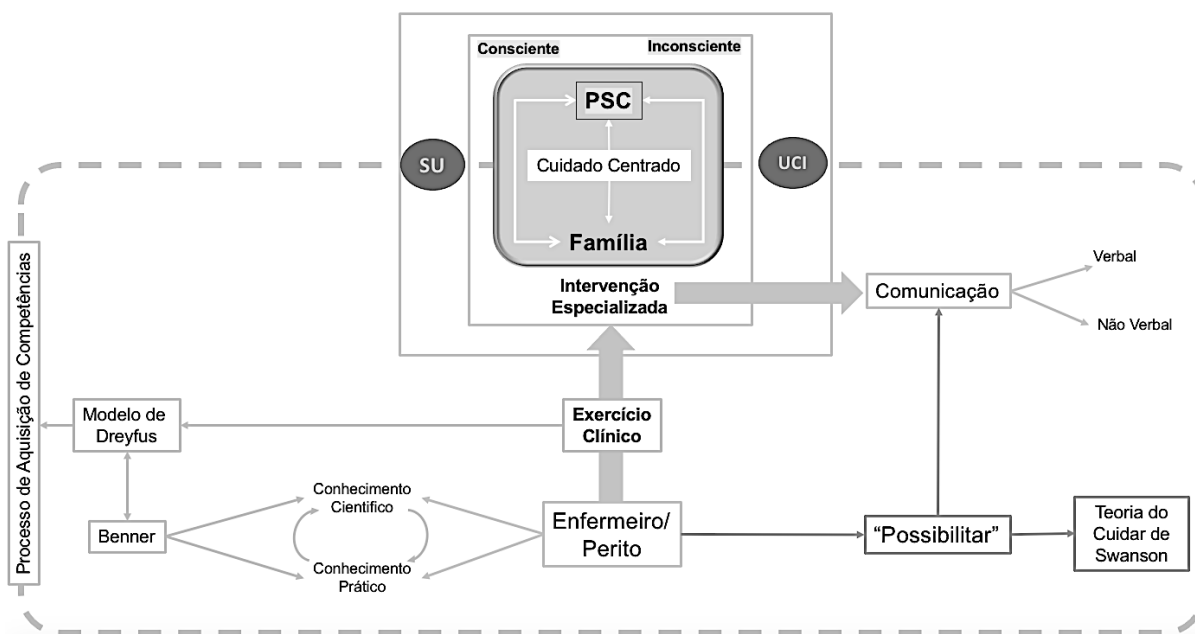
A utilização da comunicação como ferramenta de obtenção, planeamento e prestação de cuidados potencia e fortalece a relação entre cuidador e pessoa cuidada (Benner P. , 2001).

O cuidado prestado pelo enfermeiro, deve ter como foco a pessoa. Desta forma, o desenvolvimento de competências interpessoais surge como pré-requisito para a prestação de cuidados centrados, através da combinação entre a comunicação verbal e não-verbal (McCormack & McCance, 2017).

A possibilidade de estabelecer comunicação com a PSC incapaz de comunicar com o seu cuidador, constitui um desafio para a enfermagem e carece de intervenção por parte da equipa multidisciplinar, com o intuito de desenvolver um cuidado centrado (Choi, et al., 2017; McCormack & McCance, 2017).

De modo a articular os conceitos centrais elucidados ao longo da presente contextualização teórica, relativos à comunicação com a PSC e a ação do enfermeiro, com base no referencial teórico, foi construído o esquema representado na figura 2, que transpore o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Figura 2 - Conceitos centrais do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.



2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências revela um percurso contínuo e dinâmico. Sendo a área do cuidado à PSC envolta de complexidade e singularidade que lhe são próprias, implica uma intervenção ativa e problematização constante desde o momento inicial do processo de doença. Necessidade assente na construção do percurso de futura enfermeira especialista e mestre no cuidar em enfermagem (JQI, 2004).

O presente percurso teve início aquando da prática clínica como enfermeira de cuidados gerais. A ambição profissional baseada na procura da constante atualização de conhecimentos e melhoria dos cuidados prestados, transpareceu-se no ingresso no CMEAEPSC.

A apropriação do conhecimento teórico em confronto com o desempenho na prática clínica, surge como segundo momento do processo de aquisição e de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre no cuidado à PSC. Para tal, foi realizado estágio em contexto de SUG e, posteriormente, em contexto de UCIP (ver cronograma em apêndice I).

Para que fosse possível dar resposta à construção do percurso académico, com suporte nas competências definidas no plano de estudos da ESEL, nas competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º Ciclo de Formação, Decreto-Lei n.º 65/2018 (arte. 15.º) e no Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, foram previamente delineados objetivos com aplicabilidade na prática clínica aquando do desenrolar do estágio em contexto de cuidados (ESEL, 2021; JQI, 2004).

Tendo em consideração a especificidade de cada contexto de cuidados e na tentativa de promover um percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências enriquecedor, foram delineados objetivos transversais e específicos, que se encontram descritos na tabela 1.

O planeamento do meu percurso foi deveras desafiador. Em rigor, sendo a presente área de cuidados envolta de tamanha complexidade em que a curiosidade implícita em querer saber mais e ser capaz de desenvolver a minha ação tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, existiu a necessidade de selecionar algumas temáticas que pudessem alicerçar o meu futuro enquanto especialista de enfermagem no cuidado à PSC.

Tabela 1 - Objetivos transversais e específicos.

Objetivos Transversais
Planejar o percurso de desenvolvimento de competências no cuidado à PSC
Refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências
Promover um processo contínuo de aprendizagem
Contribuir para o desenvolvimento da formação profissional relativo à PSC
Divulgar a mais recente evidência científica relativa à comunicação com a PSC, centralizando na prática de cuidados
Objetivos Específicos do Serviço de Urgência Geral
Integrar conhecimentos relativos à organização e dinâmica de funcionamento do SUG
Desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC
Desenvolver competências na gestão de sintomas e monitorização da PSC
Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e sua família, tendo em consideração os diferentes níveis de consciência
Desenvolver competências especializadas na abordagem à PSC em contexto de trauma
Objetivos Específicos da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
Integrar conhecimentos relativos à organização e dinâmica de funcionamento da UCIP
Desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC
Desenvolver competências na gestão de sintomas e monitorização contínua da PSC
Desenvolver competências comunicacionais com a PSC e sua família, tendo em consideração os diferentes níveis de consciência
Integrar conhecimentos relativos à organização e dinâmica de funcionamento da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

O planeamento do meu percurso foi deveras desafiador. Em rigor, sendo a presente área de cuidados envolta de tamanha complexidade em que a curiosidade implícita em querer saber mais e ser capaz de desenvolver a minha ação tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, existiu a necessidade de selecionar algumas temáticas que pudessem alicerçar o meu futuro enquanto especialista de enfermagem no cuidado à PSC.

De modo a fundamentar o planeamento do meu percurso, foi elaborada uma pesquisa prévia sobre a PSC e os serviços pelos quais realizei estágio, tendo sempre na base do pensamento a reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas) e as competências de mestre.

No entanto, o conhecimento relativo à estrutura física, orgânica e funcional do serviço e instituição, como também a dinâmica da equipa multidisciplinar, são aspetos

com os quais apenas consegui ter acesso após o contacto inicial com os serviços. Pelo que a revisão dos objetivos inicialmente delineados sob orientação de peritos me pareceu o procedimento mais adequado a tomar no planeamento do meu percurso.

Assim sendo, de seguida irão ser analisados sob fundamentação científica, ética e jurídica os objetivos para ambos os locais de estágio, através da descrição de vários momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

2.1. Serviço de Urgência Geral

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, para aquisição do grau de mestre o elemento interessado deve **“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”** (p. 4162).

O meu percurso profissional tem-se desenrolado na área do cuidado à PSC em contexto de cuidados intensivos, sendo a área de serviço de urgência (SU) previamente desconhecida. Pelo que, a ausência de informação sobre este contexto levou à revisão dos objetivos inicialmente delineados, tal como referido.

Apesar de não familiar, o SU constitui uma área de interesse e de certa admiração pelo trabalho que é ali realizado. Este contexto de cuidado à PSC constitui um dos primeiros contextos de abordagem inicial da pessoa com os serviços de saúde, em que uma pequena falha na avaliação inicial pode desencadear uma enorme lacuna no restante processo.

O SU contempla uma estrutura física, logística e de recursos humanos orientada para dar respostas às necessidades da pessoa em situação urgente ou emergente. Encontra-se subdividida em três níveis de resposta: Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014).

O SU onde tive oportunidade de desempenhar o meu estágio, insere-se no nível SUP. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, é considerado o nível **“mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência”** (p. 20674). Engloba a resposta em diferentes áreas de especialidade dos cuidados de saúde, incluindo a área do cuidado à pessoa submetida a trauma que seria uma das áreas eleitas na aquisição e desenvolvimento de competências. Tornando este local um sítio repleto de oportunidades de aprendizagem.

A equipa de enfermagem do serviço onde pude estagiar é dividida por vários setores de acordo com as necessidades da pessoa, existindo assim: sala de triagem, balcão de enfermagem, sala de decisão clínica, sala de trauma, sala da pequena cirurgia, sala de observação e sala de reanimação. Acresce ainda o sector do circuito COVID, isolado do restante circuito, que foi implementado com base em patologias do foro respiratório, mas também com capacidade de resposta à pessoa em situação urgente ou emergente.

Este circuito foi implementado em março de 2020, tendo sido desenvolvido por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais do SUG, de Medicina Interna, dos Cuidados Intensivos, de Infeciologia e do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, sob orientação conferida pela Direção-Geral da Saúde e em articulação com a insuficiente evidência descrita no momento da sua implementação.

No entanto, tem vindo a ser desempenhado um processo contínuo e dinâmico, que procura corresponder e adequar a sua ação de acordo com as indicações descritas na evidência científica mais recente (DGS, 2020; DGS, 2021).

A criação deste circuito acarretou uma enorme logística na criação de uma estrutura física e humanística, sendo o insuficiente conhecimento inicial sobre a propagação deste vírus uma enorme lacuna. De acordo com a Enfermeira do SUP, que trabalha em articulação com o Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, foram aplicadas as estratégias utilizadas aquando do surto do vírus Ébola em 2009.

Este aspeto vai ao encontro da evidência descrita sobre utilização de equipamento de proteção individual no início da propagação do vírus COVID-19. Na verdade, a informação relativa à transmissão deste vírus está na base da propagação através de gotículas e aerossolização. Devido à semelhança do equipamento de proteção individual utilizado em meio laboratorial relativo a este modo de transmissão, com as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a prestação de cuidados à pessoa infetada com um filovírus (ébola), foram implementadas as mesmas medidas de proteção individual em contacto com a infeção por COVID-19. Garantindo a proteção da cabeça aos pés, minimizando áreas de exposição corporal (Zhan, Anders, Lin, Zhang, & Chen, 2020).

O último ano acarretou uma constante organização e reorganização dos vários serviços prestadores de cuidados de saúde, com base na atualização dos dados

provindos da evidência e pelas necessidades vigentes. Algo que foi observado ao longo do meu percurso de estágio no SUG.

Apesar do circuito da pessoa sob infeção ou suspeita de infeção por SARS-CoV-2 ser isolado do restante circuito hospitalar, neste mesmo sector existiu uma constante necessidade de organização e distribuição da população nele inserida. Ou seja, de forma a impedir a ocorrência de novas infeções, mesmo dentro do mesmo circuito foram criados espaços de isolamento com pessoas com infeção validada ou suspeita. Aspeto concordante com as competências de enfermeiro especialista, descritas no Regulamento de Competências Comuns e Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visível através da **contínua coordenação de medidas de prevenção de controlo de infeção**, tanto para a infeção responsável pela atual pandemia, como para as restantes existentes, de forma a **garantir um ambiente terapêutico e seguro**.

Para dar continuidade ao processo de aquisição e de desenvolvimento de competências, irei abordar temáticas associadas ao percurso da pessoa em situação crítica, desde o momento de entrada no SUG, até à implementação do tratamento final.

A triagem é identificada como o setor de entrada, inserida no SUG. É o momento primordial de observação e avaliação inicial realizada por enfermeiros. Na sua base de sustentação é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Este sistema foi implementado pela primeira vez em Portugal em 2000, com o intuito de estabelecer uma norma de triagem baseada na determinação do risco clínico da pessoa, de forma consensual entre a equipa de profissionais responsável, enfermeiros e médicos. Para assim, possibilitar um encaminhamento pós-triagem da pessoa e, conseqüentemente, prover benefícios organizativos e estruturais do SU (GPT, 2011).

A utilização do STM permite elaborar uma avaliação sistematizada e imediata da pessoa. O ponto inicial da sua aplicação incorpora uma questão aberta onde possibilita à pessoa descrever o que sente e a razão pela qual se dirigiu ao SU, caso seja capaz de o realizar autonomamente. No entanto, existe aqui a necessidade de conduzir a questão seguinte de forma objetiva, para obtenção de uma resposta direcionada que permita o seu rápido encaminhamento (DGS, 2018).

Seria erróneo da minha parte afirmar que estaria capaz de elaborar uma triagem de forma autónoma sob a utilização do STM. Porém, ao longo do estágio a presente ferramenta forneceu bases na observação inicial da pessoa cuidada. A sua

aplicação auxilia o rápido raciocínio clínico conjugando as informações conferidas pela pessoa, as bases teóricas descritas na evidência científica e competências desenvolvidas através prática clínica.

Sendo esta a primeira experiência em contexto de SU, não posso utilizar como forma comparativa. Mas na verdade, considero ser possível afirmar que a maturidade perante a profissão de enfermagem confere ao seu profissional um olhar crítico e de raciocínio clínico que seria impensável obtê-lo durante o período do curso de licenciatura e, até mesmo, durante os primeiros anos de prática clínica (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

A componente teórica associada à fisiopatologia é meramente uma base de sustento à prática de cuidados. A componente prática surge como o segundo elemento essencial para a construção de uma relação mútua, que se encontra por detrás do crescimento do profissional (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

Considero ser possível afirmar que mesmo não me considerando uma enfermeira perita no desenvolvimento da triagem da pessoa cuidada, que a minha experiência adquirida na prática de cuidados, juntamente com a constante atualização de conhecimentos com base na evidência científica, auxiliou aquando da aplicação do STM, despertando a atenção aos aspetos essenciais na avaliação da pessoa e, conseqüentemente, necessidade de resposta e tratamento propínquo (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

Importa aqui salientar que o desenvolvimento da triagem advém das respostas obtidas através da pessoa cuidada, o que possibilita a esta o seu próprio encaminhamento para o local mais diferenciado para obter respostas e soluções de tratamento para o seu problema. Tal como descrito por Swanson (1991), uma das formas de caracterizar o processo de cuidar implica obter informações através da pessoa cuidada conferindo suporte e possibilitando a criação de alternativas que convergem numa harmonização do seu bem-estar.

Não seria possível desenvolver um processo de entrada em contexto de SUG, sem a inclusão da família e/ou pessoa significativa. De acordo com Mendes (2016), o conceito de família é definido por "(...) algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo" (p. 2). Atualmente este conceito não é apenas conferido à pessoa com quem se partilha laços de consanguinidade, mas sim ao elemento de referência que a pessoa cuidada designa.

Regressemos novamente ao tema relativo à realidade atualmente vivida, referente à pandemia por SARS-CoV-2. Atualmente o acompanhamento por familiares no SUG é apenas aceite em situações em que a pessoa cuidada não consegue fornecer informações de forma autónoma, excetuando situações de instabilidade hemodinâmica.

Na realidade, assistimos a uma separação da pessoa cuidada e do seu elemento de referência na entrada dos serviços de saúde. Existe aqui a geração de sentimentos de desconhecimento e imprevisibilidade, devido ao medo e à ansiedade subjacentes, perfeitamente aceitáveis. Sentimentos que são partilhados entre a pessoa cuidada e a sua pessoa de referência (Mendes, 2016; Bartoli, et al., 2021).

Considero essencial a intervenção junto da família ou pessoa de referência, através da aplicação de estratégias comunicacionais que possibilitam uma melhor adequação ao processo situacional, colaborando na aplicação de estratégias de *coping* (Mendes, 2016).

Ao longo do estágio foram vários os momentos em que pude intervir junto da família, através de esclarecimentos sobre o quadro clínico da pessoa cuidada, apoio emocional e ensinamentos para a alta. Procurei apresentar disponibilidade, adequar as palavras ao contexto e à mensagem, transmitir informação consistente e demonstrar uma postura de confiança, tendo sempre como sustento a aplicação do dever de sigilo, como descrito na Lei n.º 156/2015 (Mendes, 2020; Mendes 2016).

Conforme pude inferir das experiências pelas quais vivenciei, existiram vários momentos em que a renitência à prestação de cuidados por parte da pessoa foi notória por múltiplos fatores, entre eles, a preocupação pelo bem-estar daqueles que fora do hospital permaneciam.

Um simples esclarecimento, uma simples voz conhecida ou até um adeus observado entre 2 partes que formam um grupo, foram interações que promoveram conforto, tanto para a pessoa que conosco permaneceu pela necessidade de cuidados de saúde, tanto pela que teve de deixar a sua pessoa significativa a cuidado do outro. Considero que são momentos como estes que marcam a diferença na prestação de cuidados de enfermagem e promovem, sem dúvida, a sua qualidade.

Características que definem uma ação especializada na prestação de cuidados à PSC, tais como: **reconhecimento das necessidades, envolvimento da pessoa/família e o prover de apoio aquando de todo o processo de transição, valorizando o seu potencial** (Regulamento n.º 429/2018).

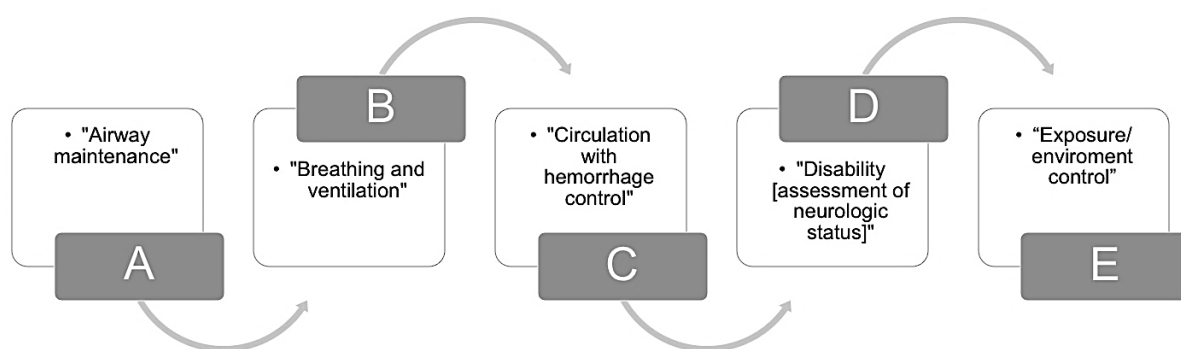
Até ao momento foi desenvolvido um pensamento direcionado para a pessoa cuidada que dá entrada no SUG de forma autónoma ou sob acompanhamento de familiares. Contudo, existem situações em que a instalação aguda de uma patologia ou a ocorrência de um acidente, impossibilita tal acontecimento. Estamos perante situações de imperativa necessidade de resposta rápida.

Numa fase inicial, as situações de abordagem à pessoa chegada à sala de reanimação foram deveras difíceis. A falta de familiarização com o espaço físico e estrutura, também como com a equipa multidisciplinar, objetivaram ser lacunas que procurei minimizar logo desde o início do estágio. Visível através da verificação das unidades para obter conhecimentos sobre o espaço físico e através da distribuição de funções em situações de pré-aviso.

No que respeita à abordagem à pessoa chegada à sala de reanimação, foi desde o início utilizada a metodologia empregue na abordagem da pessoa vítima de trauma, através da mnemónica ABCDE (figura 3).

A presente mnemónica permite o desenvolvimento de um pensamento lógico e sequencial, sob as prioridades essenciais à manutenção de uma resposta fisiológica adequada à evidência de uma patologia aguda. É considerada uma avaliação inicial da pessoa (American College of Surgeons, 2018).

Figura 3 - Mnemónica ABCDE (*American College of Surgeons, 2018, p. 7*).



De seguida, surge uma avaliação secundária que envolve a história prévia e avaliação física. Na presente fase da avaliação da pessoa cuidada, surge a aplicação da mnemónica AMPLE (A – *allergies*; M – *medications currently used*; P – *past illness/pregnancy*; L – *last meal*; E – *events/environment related to the injury*). Complementando finalmente com avaliação física, desenvolvida através do sentido céfalo-caudal (American College of Surgeons, 2018, p. 15).

Não obstante, através da observação e reflexão crítica sobre a avaliação secundária à pessoa submetida a um processo patológico agudo, compreendi que a metodologia aplicada no SUG onde desenvolvi o meu estágio, englobava a sistematização do pensamento e raciocínio clínico, como também valorizava aspetos que para mim são importantes para a prática clínica em enfermagem: a promoção do conforto e envolvimento da família, como elo de ligação entre a fonte de informação e elemento foco de cuidados.

A metodologia aqui utilizada dá continuidade à abordagem ABCDE, fornecendo seguimento à informação daqui retirada, designada através da mnemónica FGHI (F – avaliação completa de sinais vitais e presença da família; G – promover medidas de conforto; H – história pessoal e avaliação “cabeça-pés”; I – inspeção face corporal posterior) (Costa, 2013, pp. 28-29).

A incorporação da metodologia ABDCE-FGHI possibilita ao enfermeiro realizar um pensamento crítico e raciocínio clínico de intervenção, que proporciona uma avaliação rápida e sequencial da pessoa cuidada, transparecendo-se numa ação direcionada para as necessidades vitais detetadas precocemente. Foi ainda um método que forneceu base para a realização de registos de enfermagem de forma sintetizada e rica em informação, através da metodologia avaliação-priorização-ação-reavaliação.

Como já referido anteriormente, um mestre deve ser capaz de **desenvolver o seu pensamento crítico e a sua intervenção dentro da sua área de competências**, mesmo que seja em **situações não-familiares**. Existiu uma situação em particular que enalteceu o descrito no Decreto-Lei n.º 65/2018.

A situação referida teve por base a abordagem de uma pessoa vítima de trauma, no entanto com a variante aplicada à vítima pediátrica. Existem aqui dois deveres que se intersejam aquando da receção da vítima de trauma pediátrico. De acordo com o art.º 104.º da Lei n.º 156/2015, o enfermeiro tem o dever de: “corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”, mas também de “orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência”.

Na presente situação existiu a necessidade de mobilizar aprendizagens prévias, que apesar de não estarem bem sedimentadas, serviram de base de suporte para a intervenção. Sendo a prestação de cuidados a uma pessoa inserida na faixa etária pediátrica pouco familiar para a equipa de cuidados, devem ser implementadas

metidas com o intuito de estabilização do seu quadro e transferência para um local com maior diferenciação na área pretendida. Considero que sejam competências essenciais e que distinguem a intervenção de um enfermeiro perito (Benner P. , 2001).

De acordo com American College of Surgeons (2018), na sua grande maioria uma pessoa vítima de trauma pediátrico não apresenta alterações no seu perfil hemodinâmico logo após a instalação de choque. Na verdade, apresentam uma resposta tardia acompanhada de uma deterioração rápida e com consequências nefastas.

O mecanismo de lesão pode conferir algumas informações sobre a condição da pessoa, apoiando a observação e tratamento inicial. Estando perante uma vítima pediátrica submetida a atropelamento, podemos inferir que irão existir múltiplos traumas, mais precisamente trauma cranioencefálico e trauma das extremidades inferiores (American College of Surgeons, 2018).

São estes alguns dos muitos aspetos associados à abordagem de uma vítima de trauma pediátrica díspares da abordagem do adulto e idoso, o que implica a identificação rápida de possíveis complicações e posterior transferência para um local com capacidade de resposta e tratamento pediátrico.

Devido à incapacidade desta vítima de trauma em fornecer informações necessárias à sua condição e avaliação por parte da equipa multidisciplinar, foram utilizadas escalas de observação como meio de comunicação não-verbal que complementam e sustentam a prestação de cuidados (Happ, 2021; Choi, et al., 2017). Como tal, foi empregue a escala de coma da Glasgow para avaliação do estado de consciência (American College of Surgeons, 2018).

Se considerarmos a complexidade de abordagem à PSC, verificamos que existe uma imperativa necessidade de adotar estratégias que permitam estabelecer a comunicação. Na presente situação descrita, estávamos perante uma pessoa com uma alteração do seu estado de consciência que a incapacitava de comunicar verbalmente ou por intermédio de dispositivos.

Neste caso, foram utilizados instrumentos de avaliação que nos permitiram adquirir dados que foram incluídos na avaliação e plano de intervenção da pessoa cuidada (Choi, et al., 2017). Ação que transparece a demonstração de **competências em técnicas da comunicação**, com imperativa necessidade de adaptar à pessoa e ao seu contexto de cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

Um enfermeiro perito adquire competências através da experiência profissional que lhe permite atuar de forma intuitiva, devido à sua experiência prévia. A conceção

da palavra “experiência” advém da utilização de teorias e noções pré-concebidas de uma situação, acrescentando situações reais da prática clínica, onde a acontecimento de intercorrências e constantes mutações do que é previamente concebido, representam a realidade do cuidar em enfermagem (Benner P. , 2001).

Assim sendo, a utilização de instrumentos analíticos vem fornecer suporte ao pensamento e raciocínio clínico. Como também deve ser empregue em situações em que a má interpretação dos dados obtidos através da pessoa cuidada, leva a acontecimentos inesperados (Benner P. , 2001).

A prestação de cuidados em uma UCI, não raras vezes, confere um certo “conforto” ao profissional, por representar um ambiente seguro e controlado. Todavia, existe aqui uma enorme diferenciação entre o profissional proficiente do profissional perito na área do cuidar descrita.

Apesar da imprevisibilidade dos fenómenos, o enfermeiro perito no cuidado à PSC deve ser capaz de **antecipar potenciais problemas**, mesmo em **situações de informação limitada ou incompleta** (Decreto-Lei n.º 65/2018). Estamos perante um contínuo desenvolvimento e aplicação de um pensamento crítico e raciocínio clínico, em que a experiência do profissional confere base à antecipação de eventuais complicações (Hughes, 2008).

A aplicação de protocolos terapêuticos institucionais constitui uma orientação *standard* do pensamento em enfermagem, de acordo com a avaliação de cada profissional, auxiliando-o no processo de tomada de decisão. Contudo, o enfermeiro deve **identificar “precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos complexos”**, como também **implementar respostas adequadas** e consequente **monitorização da situação** (Regulamento n.º 429/2018).

Em contexto de SU são aplicados vários protocolos institucionais de modo a garantir a uma resposta rápida e sistematizada por parte da equipa multidisciplinar, que provém da identificação precoce da problemática. Por exemplo, em situações de aplicação do algoritmo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VV AVC) é fundamental a existência de uma resposta rápida, de forma a permitir a continuidade de cuidados e chegada ao tratamento final. Perceptível através da estabilização do quadro hemodinâmico da pessoa, do estabelecimento de acessos venosos para administração de terapêutica direcionada, a realização de exames complementares para validação do diagnóstico e do transporte para local diferenciado com capacidade de resposta.

Contudo, a realidade não é tão linear assim. Existiu uma situação em particular, associada a aplicação da Norma 015/2017, relativa à VV AVC. Após a chegada da pessoa à sala de reanimação, foi realizada uma avaliação clínica e neurológica, monitorização de sinais vitais e aplicação de acessos venosos que permitissem administração de terapêutica dirigida. Rapidamente, foi encaminhada para o serviço de imagiologia para realização de Tomografia Computorizada Crânio-encefálica, para validação do diagnóstico de AVC e sua caracterização.

Logo após o início da realização do exame complementar de diagnóstico, a pessoa cuidada desenvolve um episódio de vômito. Mesmo tendo sido mobilizada em posição lateral de segurança, a pessoa desencadeia um quadro de paragem respiratória que rapidamente evolui para paragem cardiorrespiratória (PCR).

Neste momento, foram de imediato iniciadas manobras de suporte avançado de vida, visíveis através da distribuição autónoma de toda a equipa pelos postos essenciais: via aérea, massagem cardíaca, carro de emergência para monitorização cardíaca/preparação de fármacos e contagem de tempo. Visto a PCR ter decorrido no serviço de imagiologia, foi de imediato contactado o SUG para garantir o conhecimento da equipa relativamente ao ocorrido e garantir a substituição de elementos caso se justificasse.

As **habilidades demonstradas relativas ao suporte avançado de vida** foram notáveis, tendo sido desenvolvidas de forma intuitiva, rápida e direcionada para as necessidades da pessoa cuidada. De acordo com Benner (2001), são estas as características que são conferidas à intervenção de enfermeiros peritos.

Ao longo do decorrer do estágio em contexto de SU optei por ter um comportamento preventivo na demanda ativa de antecipação de potenciais complicações. Ações que tiveram na base da verificação do material que tenho disponível, testagem do equipamento para que pudesse estar montado e operacional previamente à receção da pessoa cuidada e através da aplicação de pensamento sistematizado e sob a metodologia avaliação-priorização-ação-reavaliação.

A experiência da prática clínica com base na evidência científica previamente ao estágio, possibilitou a criação de um pensamento em constante problematização e antecipação de potenciais problemas, com consequente discussão com peritos na área do cuidado à PSC (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

É através deste comportamento que é possível adotar uma **conduta antecipatória**, garantindo a **segurança da pessoa cuidada e dos profissionais**

intervenientes, tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019).

A enfermagem consiste numa disciplina que focaliza a ação tendo em consideração a prestação de cuidados, com o intuito de prover o melhor para o outro. A minha ação segundo enfermeira tem vindo a ajustar-se de acordo com a experiência na prática clínica, em que o pensamento sobre o que é o “melhor cuidado” se tem alterado. Este acontecimento tem por base a valorização da pessoa como elemento de fonte de informação e colaborador na prestação de cuidados (Benner P. , 2001).

Existiu uma situação onde consegui transpor para a prática exatamente o que é aqui referido. Tratava-se de uma idosa com história reversa de doença pulmonar obstrutiva crónica, que já realizava ventilação não invasiva sob BiPAP noturno. Devido ao agravamento do padrão respiratório com hipoventilação e, conseqüentemente, acidose respiratória, existiu a necessidade de a conectar em BiPAP.

Foi explicitado o agravamento da sua função respiratória, quais as suas implicações e indispensável resolução rápida. Apesar de numa fase inicial se encontrar recetiva, rapidamente foi perceptível a elevação do grau de ansiedade associada à utilização de uma máscara de BiPAP *total face*.

Para garantir a realização do período de BiPAP, existiu a necessidade de contactar a família com o intuito de fornecer a máscara utilizada no domicílio, possibilitando a realização do procedimento tendo por base o seu conforto e aceitação das suas preferências. O englobar da senhora e da sua família foi essencial para a melhoria do seu quadro.

Segundo Benner (2001), conferir à pessoa a **capacidade de controle sobre a sua própria condição** trata-se de uma competência de enfermeiro perito, em que o profissional deve garantir que a pessoa abarca pelo menos duas componentes: “ser capaz de sentir num doente a força, a energia, o desejo e a capacidade de melhorar” (p. 85).

De acordo com Swanson (1991), “possibilitar” é considerada uma das cinco dimensões do processo de cuidar, onde o enfermeiro informa, confere suporte, gera alternativas e avalia a sua ação tendo em consideração o *feedback* fornecido, tal como descrito ao longo da presente situação.

Ação que coaduna com a **valorização das preferências inferidas pela pessoa cuidada**, após a **avaliação sistemática** e identificação das soluções que permitiram elaborar a melhor prática. Competência requerida por parte de um

profissional perito na área do cuidar em enfermagem, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019).

A enfermagem engloba uma panóplia de conhecimentos inerentes à prática de cuidados à pessoa, que são aprendidos e aperfeiçoados ao longo da prática clínica de cada profissional. Com o desenvolver deste processo, tais conhecimentos encontram-se implícitos na prática e o enfermeiro atua de forma intuitiva, sem rigidez de pensamento ou ação. Aqui é perceptível o desenvolvimento da sua confiança na ação, tendo na sua base conhecimentos científicos (Benner P. , 2001).

Os últimos dois anos implicaram um desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa sob *Acute Respiratory Distress Syndrome*, em resposta às necessidades vigentes, onde a intervenção rápida e eficaz por parte da equipa multidisciplinar foi extremamente essencial.

A realização de estágio em sala de reanimação direcionada à pessoa sob suspeita de infeção por SARS-CoV-2 permitiu a consolidação de competências. Aspeto visível através do ensino respiratório à pessoa cuidada, intervenções com vista à melhoria da função respiratória, à melhor adaptação da pessoa sob ventilação não invasiva como linha primária de tratamento e, em situações de emergência, a realização de procedimentos de intubação traqueal para ventilação mecânica invasiva e vigilância após.

Para a realização de todo um conjunto de intervenções com vista a prestação de cuidados de forma eficiente, importa salientar o papel do trabalho elaborado em equipa multidisciplinar. Na realidade apresenta na sua base a construção do cuidado em complementaridade, que foi elaborado com profissionais peritos na área do cuidado à PSC, com vista na melhoria do seu quadro clínico através da estabilização e transferência para um serviço de maior diferenciação (Donovan, et al., 2018).

Nesta fase do processo, posso afirmar que a minha experiência na prática clínica apresenta uma ação intuitiva sustentada tendo um raciocínio clínico adaptado ao contexto e circunstâncias, em que consigo interpretar cada situação sob uma experiência prévia que, por sua vez, servirá de aprendizagem relativa a uma experiência posterior.

Simplificando a linha de pensamento, considero que cada situação deva ser encarada como um momento de utilização de conhecimentos prévios e de consolidação de competências. Deve ainda ser observado como momento de aprendizagem contínuo para uma situação futura, numa constante mutação e criação de conhecimento.

Nesta fase do processo de aprendizagem e consolidação de competências no cuidado à PSC, como futura enfermeira especialista, considero o SUG um local rico em conhecimento e em oportunidades de aprendizagem, em que a sua imprevisibilidade acarreta um esforço acrescido por parte do profissional, contribuindo concomitantemente para o desenvolvimento do seu percurso.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Numa segunda fase do percurso de estágio, inserido no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à PSC, surge a elaboração de estágio em UCI.

De acordo como Ministério da Saúde (2017), a presente tipologia de serviço surge com o intuito de fornecer resposta à “prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (p. 6). Encontra-se subdividido em três níveis, de acordo com os cuidados prestados, técnicas executadas e valências que oferece.

A UCI incluída no meu percurso, insere-se em uma unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), que abrange o nível III de prestação de cuidados à PSC sob falência de dois ou mais órgãos vitais, situação potencialmente ameaçadora da vida, o que implica assim suporte orgânico. Devido à complexidade dos cuidados, define-se um rácio mínimo de 1:2 respeitante à equipa de enfermagem (Ministério da Saúde, 2017).

Este serviço apresenta no total 11 camas, subdividida em 7 unidades dispostas em formato *open space* e 3 unidades de isolamento de pressão negativa. Devido à contingência do estado pandémico por SARS-CoV-2, durante o decorrer do estágio a UCIP encontrava-se organizada em sentido inverso, em que a sala *open space* era utilizada como unidade de isolamento para pessoas com infeção por COVID-19 e as 3 unidades de isolamento eram empregues para outra tipologia de doente, de acordo com as necessidades vigentes.

A integração na presente UCIP desenrolou-se de forma rápida e sistematizada. À semelhança da UCI onde desempenho funções, a UCIP insere-se no nível III de prestação de cuidados à PSC, no entanto estamos perante uma organização e dinâmica bastante dispare. Diferenças essencialmente associadas à sua estrutura.

Em primeiro lugar, surge a diferença entre a sua dimensão, que implica o número distinto de recursos humanos, englobando elementos da equipa médica, de enfermagem, de assistentes operacionais e restante equipa técnica. Em segundo lugar assume o formato estrutural, que implica uma gestão de recursos por mim anteriormente não experienciada. Tal como referido previamente, a UCIP descrita apresenta-se em formato aberto, habitualmente caracterizada como unidade em formato *open space*, contrariamente ao formato “fechado” com o qual apresentava experiência prévia.

Embora a sua configuração não se reveja numa diferenciação da qualidade dos cuidados prestados, numa abordagem inicial surgiram uma panóplia de questões associadas à minha experiência prévia. Na tentativa de procurar estratégias adaptativas à nova realidade, transpus situações previamente conhecidas de forma reflexiva, nomeadamente, situações relativas à privacidade, ao isolamento/controlo de infeção e organização do serviço. Neste sentido, foi elaborado um jornal de aprendizagem (disponível no apêndice II) que dá resposta às situações apresentadas.

Apesar das diferenças existentes em ambas as UCI quanto à dinâmica multidisciplinar e organizacional, posso afirmar que a integração foi realizada de forma rápida e sistematizada, permitindo focar no processo de aquisição e de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC.

Ainda relativamente à organização do serviço, à semelhança do descrito relativamente ao circuito tomado pela pessoa com diagnóstico validado de infeção por COVID-19, empregue no SUG onde desempenhei estágio, foram aplicadas medidas semelhantes de prevenção de propagação de microrganismos através de gotículas e aerossolização, com constante ajuste organizacional e humanístico, de forma a permitir acompanhar os avanços descritos na evidência científica.

No decorrer do estágio em UCI, a oscilação de casos por infeção por COVID-19 foi evidente, o que levou a um reajuste constante do serviço, com inevitável **reorganização e gestão dos recursos** disponíveis, garantindo o **cumprimento de procedimentos e circuitos essenciais na prevenção e controlo de infeção** por este agente, sem desvalorizar os restantes mecanismos de propagação de infeção (Regulamento n.º 429/2018).

Pelo que foi possível acompanhar o processo de transição da zona *open space* para circuito COVID e vice-versa, onde houve a necessidade de mobilização de pessoas internadas, tanto relativamente a transferências externas à UCIP, como também para transferências internas, que permitissem o isolamento desde circuito.

Existiu um trabalho em coordenação com toda a equipa multidisciplinar para realização de uma passagem em tempo útil de modo a não causar malefício à PSC internada.

A criação e desenho de planos de prevenção e controlo de infeção incide em todo o percurso profissional de enfermagem, tendo a situação pandémica por SARS-CoV-2 incidido no desenvolvimento de competências associado à propagação por gotículas e aerossolização.

Devido à complexidade imposta na prestação de cuidados à PSC, juntamente com a sua condição clínica bastante deteriorada, cabe ao enfermeiro especialista nesta área de cuidado promover a **maximização da sua intervenção no âmbito da prevenção e controlo de infeção**. Em suma, valorizando o isolamento da pessoa com suspeita ou validação por infeção por SARS-CoV-2, sem descrédito das restantes vias de transmissão de microrganismos, igualmente imponentes.

Segundo Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), a definição de PSC elucida a existência de inúmeros focos de instabilidade existentes, valorizando a necessidade de uma intervenção preventiva e precoce. A ação do enfermeiro especialista garante a **mobilização de conhecimentos e competências** que permitem corresponder às necessidades da pessoa do ponto de vista holístico e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018).

O cuidar da pessoa e sua família, implica auxiliar a **vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica**, com base na autonomia profissional, sem prejuízo de terceiros. Após identificação precoce de focos de instabilidade é conferida continuidade à intervenção do enfermeiro especialista através do estabelecimento de uma resposta adequada e verificação da sua eficácia. Salientando-se a necessidade implícita na elaboração de uma ação sob suporte interprofissional, sempre que for imprescindível para a melhoria do cuidado prestado (Regulamento n.º 429/2018; Lei n.º 156/2015).

Foram várias as situações em contexto de estágio na UCIP que transpareceram exatamente a **identificação precoce de focos de instabilidade**. Um exemplo representativo relaciona-se com a presença aparente de taquicardia supraventricular detetada na monitorização por ECG de 5 derivações sem repercussão hemodinâmica observada. Para mim tornou-se importante proceder à rápida verificação do traçado cardíaco, através da realização de um ECG de 12 derivações, de modo a intervir diretamente na origem da problemática.

Após validar a presença de TSV, foram iniciadas manobras de valsava que não permitiram a cessação da taquicardia. Assim sendo, de imediato foi administrada adenosina de acordo com *European Resuscitation Council Guidelines*, com reversão do traçado cardíaco para ritmo sinusal com frequência cardíaca na ordem dos 80 bpm (Soar, et al., 2021).

Ressalvo que apenas foi possível intervir da presente forma, visto que me encontrava em uma UCI com equipamento tecnológico com capacidade de resposta. Tendo a ação sido tomada em articulação com a equipa médica.

De referir que o quadro clínico da pessoa cuidada desencadeou uma intervenção especializada de acordo com as suas necessidades. Situações díspares submetiam-se a outro tipo de abordagem.

Assente na intervenção especializada do enfermeiro perito e mestre na presente área do cuidar, podemos elucidar diferentes aspetos de carácter primordial que distingue a sua ação. Em primeiro lugar, realçar a diferença na ação de um enfermeiro especialista, em que perante uma situação de cuidados **“identifica prontamente focos de instabilidade; executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida”** (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Em segundo lugar, demonstrar a importância inerente à aprendizagem ao longo do seu percurso profissional, valorizando o desenvolvimento da evidência científica e a sua incorporação na prática diária de cuidados, como processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento de competências (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Tal como ocorrido em contexto de estágio no SUG, surgiram situações em que existiram barreiras à comunicação devido à presença de dispositivos médicos ou pela alteração do estado de consciência. Não obstante, na UCIP também foram utilizadas **estratégias comunicacionais** de modo a contornar as barreiras identificadas, como também foi **adequada a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa**.

A aplicação de escalas observacionais constitui uma das técnicas utilizadas diariamente. São exemplos o recurso à *Behavioural Pain Scale* e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* para a avaliação da dor. Existe ainda o recurso à *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU).

A utilização das escalas de RASS e CAM-ICU está associada ao recurso à terapêutica sedativa e analgésica, essencial neste ambiente repleto de procedimentos invasivos e monitorizações agressivas. Estas surgem como recurso aquando da minha avaliação neurológica, permitindo avaliar o nível de consciência, a qualidade/profundidade da sedação e a presença ou ausência de delírio. Apesar de essencial, o recurso a terapêutica sedativa surge como fator precipitante no desenvolvimento de delírio (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020).

O delírio constitui uma síndrome de início agudo que compromete a função cognitiva promovendo um pensamento desorganizado. É considerado um fator preditivo de mau prognóstico para a PSC, quer seja pelos fatores que lhe são predisponentes, como pelas condições precipitantes (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020).

A procura em **promover um ambiente seguro e terapêutico** constitui uma intervenção que considero essencial na minha prática de cuidados. Valorizo não apenas o cuidado direto, mas todo o ambiente em que a pessoa se insere. A minimização da luz/ruído, a implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, procura na manutenção do ciclo circadiano e a tentativa de não utilização de restrição física são intervenções que se conjugam na minha prática diária, através de uma ação individualizada e multifatorial (Regulamento n.º 429/2018; Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020).

De ressaltar que a deterioração rápida do quadro clínico da pessoa cuidada é uma evidência constante, o que demanda uma atuação rápida e eficaz na elaboração de uma resposta por parte dos profissionais de saúde. Facto que ocorre tanto em contexto de ambulatório, como também em contexto intra-hospitalar.

Em 2010, surge a primeira Circular Normativa relativa à criação e implementação de equipa de profissionais com competência de resposta a situações de agravamento fisiológico agudo significativo, incluindo circunstâncias de paragem cardiorrespiratória. A presente equipa é denominada de Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e tem na sua constituição um elemento de enfermagem e um elemento médico (Despacho n.º 9639/2018).

A ativação da EEMI é realizada segundo avaliação da pessoa e através do seguimento de um fluxograma de ativação. Estão abrangidos todos os sujeitos que se encontrem em contexto intra-hospitalar, englobando pessoas internadas ou em contexto de consulta externa, familiares/cuidadores e profissionais de saúde (Despacho n.º 9639/2018).

Tendo em consideração a multiplicidade de dados a analisar e interpretar associados à instalação súbita de um processo de doença, espera-se que o enfermeiro especialista “**cuide da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

A inclusão da integração de conhecimentos relativos à organização e dinâmica de funcionamento da EEMI, teve por base o desenvolvimento da competência acima citada. Contudo torna-se importante assentir que a sua ativação não se encontra apenas associada a situações de paragem cardiorrespiratória, valorizando a ação do enfermeiro perito que é capaz de priorizar a antecipação de focos de instabilidade através da sua primária identificação e planeamento da ação de modo a atenuar a labilidade fisiológica daí decorrente.

A situação de ativação da EEMI que tive a oportunidade de participar encontrava-se assente na presente premissa. A deterioração do padrão respiratório, comprovada através da observação clínica e avaliação gasométrica, condicionava a alteração do estado de consciência.

Para garantia da oxigenação e ventilação, existiu a necessidade implícita de proceder à entubação orotraqueal para proteção da via aérea, com apoio da equipa multidisciplinar do serviço de origem da ativação. Ainda assim, no decorrer da indução anestésica, foi notável a rápida labilidade hemodinâmica que se instalou, com implícita necessidade de suporte vasopressor devido à hipotensão acentuada (marcada com pressão arterial média inferior a 30 mmHg). Para tal, foram tomadas medidas antecipatórias através da preparação de terapêutica dirigida previamente ao ocorrido e administração precoce de fluidoterapia.

Importa aqui salientar a relevância referente à atuação em equipa. A atuação em equipa multidisciplinar de um serviço que nos é desconhecido, com dinâmica e organização própria, é deveras desafiador. Apesar de considerar ser um aspeto bastante dificultador do processo, reputo a comunicação interprofissional como estratégia a ser aplicada (Donovan, et al., 2018; McFarlane, 2015).

É através da definição de postos e distribuição de papéis na abordagem à PSC aquando da prestação de cuidados em situações de emergência, que é possível realizar uma ação rápida e sistematizada em equipa, que elabora um trabalho com objetivo comum. Permite a elaboração de um pensamento crítico sobre a situação vivenciada, em que as competências de cada elemento coadunam num processo de tomada de decisão interdisciplinar (Donovan, et al., 2018; McFarlane, 2015).

A presente estratégia utilizada advém da experiência prévia associada à realização do designado “resgate de ECMO”. Nas situações mencionadas, a condição clínica da pessoa cuidada, não permite realizar um transporte convencional em segurança, o que incorre da necessidade de deslocar a equipa de ECMO, constituída por dois elementos de enfermagem e dois elementos médicos, para proceder à canulação e início da técnica de oxigenação extracorporeal. Posteriormente, é realizado o transporte para a UCI com capacidade de receção da PSC submetida a ECMO.

Trata-se da realização de um procedimento invasivo com múltiplos fatores predisponentes de foco de instabilidade, onde é realizado um trabalho em equipa multidisciplinar num espaço fora da zona de conforto dos intervenientes.

São situações como a descrita que permitem compreender o que é referido por Benner (2001), onde o culminar do conhecimento científico com a experiência adquirida na prática clínica, transparece o crescimento individual do profissional e coaduna com expansão desse mesmo conhecimento para situações que lhe são semelhantes. É assim possível elaborar uma ação com base na perícia de forma intuitiva.

3. O CULMINAR DE UM PERCURSO

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências tem vindo a ser construído diariamente ao longo do meu percurso profissional. A ambição relativa à **procura contínua de conhecimento** e da **prestação de cuidados de enfermagem de qualidade**, culminam em uma intervenção especializada. Trata-se de um percurso sem término (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamento n.º 140/2019).

A realização do estágio na área do cuidado à PSC possibilita a “abertura” do pensamento do enfermeiro, visto que o direciona para diferentes perspetivas, abordagens díspares e intervenções similares. Capacita o profissional a alcançar um olhar holístico relativo à pessoa cuidada, à sua família e ao ambiente em que se insere.

De acordo com Benner (2001), a experiência na prática clínica constitui um elemento essencial no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Porém, momentos de partilha de conhecimento são encaradas como situações ricas em aprendizagem, onde a problematização surge como elemento central que transporta o raciocínio crítico.

A reflexão crítica sobre as situações vivenciadas é um aspeto que se encontra inerente à minha prática clínica diariamente. Durante o decorrer do estágio não foi desigual, em virtude de uma postura na constante problematização e procura na resolução de qualquer situação complexa com a qual me poderia deparar. Algumas das situações foram debatidas com o enfermeiro orientador, com os pares e com o professor orientador. Em situações particulares, considerei essencial transpor situações ao detalhe para a escrita convergindo na elaboração de jornais de aprendizagem.

De forma complementar ao percurso de estágio em contexto de cuidados à PSC participei em momentos de partilha de conhecimento, nomeadamente, no VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva sobre a temática “Ressuscitação: Técnicas de circulação extracorporeal” e no *webinar* “Formação, Investigação e Exercício” (ver relatórios descritos no apêndice III e IV, respetivamente).

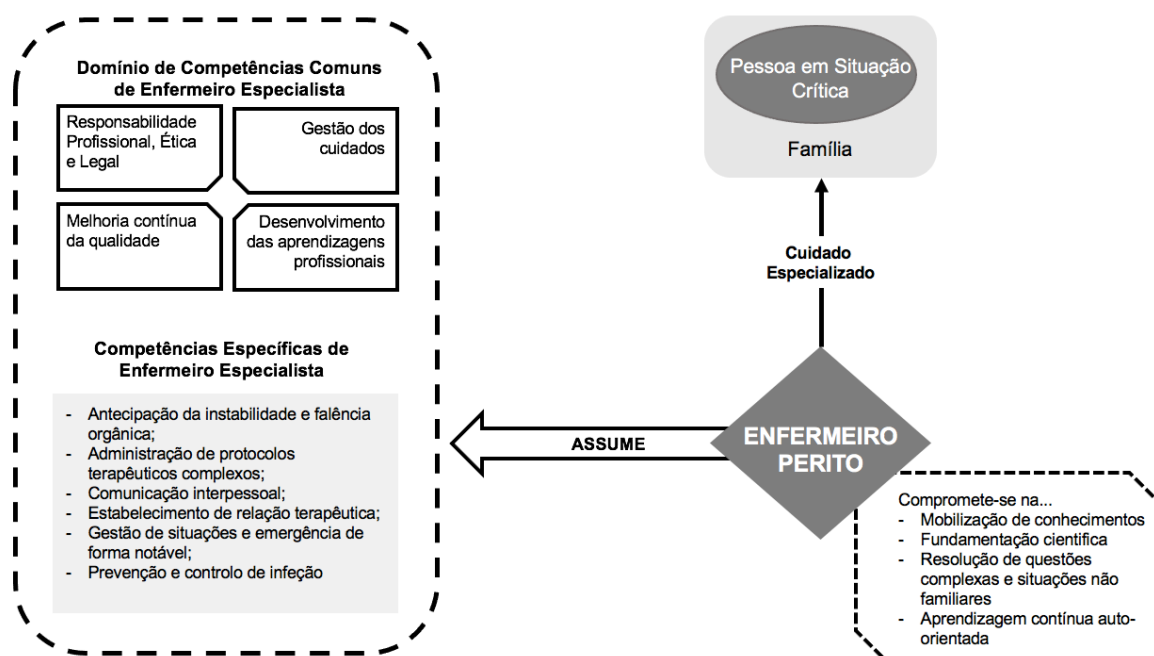
A elaboração de uma revisão integrativa da literatura constituiu um elemento avaliativo como também de interesse pessoal, onde procurei aprofundar a temática da comunicação com a PSC, salientando as intervenções autónomas que podem ser implementadas pela equipa de enfermagem. Conhecimento que pude transportar para a prática clínica.

Tive a ainda oportunidade de apresentar um poster (disponível no apêndice V) com os resultados preliminares. Tratou-se de um momento de encontro com peritos, acontecimento que considerei bastante enriquecedor, na medida em que permitiu **partilhar a minha visão** sobre o que é a comunicação, como deve ser encarada no cuidado à PSC e que a existência de barreiras à presente temática apenas deve servir como complemento à intervenção especializada do profissional de enfermagem.

A realização de estágio em contexto de SU e, posteriormente, em contexto de UCI foi bastante benéfico. Foi possível acompanhar o percurso da PSC e sua família desde a instalação súbita de doença aguda, até ao momento da implementação de tratamento direcionado às suas necessidades.

No entanto, considero que o facto de se ter desenrolado maioritariamente aquando do período pandémico associado à infeção por COVID-19 foi bastante limitativo em termos de oportunidades de aprendizagem fora do âmbito da doença respiratória. Porém este período é apenas uma pequena parte da longa temporada que dará continuidade ao percurso profissional enquanto, espero, enfermeira especialista e mestre.

Figura 4 - Relação dos conceitos centrais relativos ao percurso do enfermeiro perito no cuidado à PSC (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).



A figura 4 surge como elemento representativo dos aspetos inerentes à responsabilidade acrescida enquanto futura enfermeira especialista no cuidado à

PSC, inerentes às competências comuns e específicas, sem descrédito, da inclusão acrescida das competências de mestre. Culmina num elemento figurativo do crescimento profissional adquirido ao longo do CMEAEPSC e que comprometo que me irá acompanhar ao longo do meu percurso profissional.

CONCLUSÃO

A pessoa cuidada é reconhecida como um ser complexo e único. A intervenção do enfermeiro decorre do conhecimento científico e prático que detém, em articulação com as informações específicas da pessoa, de modo a prestar cuidados personalizados.

Uma ação especializada decorre de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, em que o profissional se compromete em elaborar um trabalho diário com o intuito de melhoria dos cuidados prestados.

Para tal, o planeamento do meu percurso como futura enfermeira especialista e mestre, com o intuito de desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC e sua família, partiu da ambição em potencializar a ação por mim desempenhada e obtenção de melhores resultados em saúde. A mobilização constante de conhecimentos adquiridos aquando do CMEAEPSC e aqueles que detinha previamente à sua incursão, considero terem sido fundamentais para alcançar este percurso com sucesso.

A elaboração de estágio em contexto de SU e UCI e a procura contínua alicerçada na evidência científica garantiram a mobilização de conhecimentos, assim como a aquisição de sabedoria experiencial sustentada. Desde a primeira abordagem à pessoa, passando pela tomada de decisão e julgamento clínico sob prioridades por mim definidas, a implementação de intervenções surge como complemento ao cuidado especializado, valorizando a constante vigilância.

A comunicação surge como um instrumento de recolha de dados, mas também como elemento essencial no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e sua família. Considerada como constituinte essencial aquando da prestação de cuidados com base no holismo e individualidade da pessoa. Devido à existência de múltiplas barreiras à comunicação com a PSC, surge como intervenção especializada a procura e implementação de estratégias que se adequem a cada momento.

Ao longo do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, assim como durante a minha prática diária, tive em consideração a Teoria do Cuidar de Swanson. A temática eleita, comunicação com a PSC, demonstra a importância que confiro à inclusão da pessoa aquando da prática de cuidados. Considero que a humanização dos cuidados seja a chave da intervenção de enfermagem e, para tal, é fundamental conhecer e compreender o nosso alvo de cuidados, como também

articular a nossa intervenção de modo a ser possível dar resposta às suas necessidades constantes. Sendo a presente área envolta de imprescindível recurso à tecnologia, é essencial lembrar a presença humana, tanto do lado do recetor como do lado do prestador de cuidados.

No decurso desta jornada existem inevitavelmente dificuldades sentidas que visualizo como fatores impulsionadores e de fortalecimento dos momentos de aprendizagem. Devido à minha experiência prévia em UCI, considero que o processo de integração neste contexto tenha sido simplificado, apesar de todas as diferenças inerentes descritas.

Por outro lado, a integração ao nível do contexto de SU foi bastante desafiadora numa fase inicial. Aspeto essencialmente assente pelo facto de ter sido o primeiro momento de contacto com o SU enquanto profissional de saúde, mas também pela existência de múltiplos setores que são independentes, mas que trabalham mutuamente em colaboração e articulação entre si.

A presença díspar de rácio de pessoa cuidada por cada profissional, foi sem dúvida um elemento dificultador, na medida em que a priorização é vista como uma medida imprescindível para a organização e planeamento dos cuidados.

Ambos os contextos apresentam características próprias que os definem, porém, a contínua procura de conhecimento e os desafios diários encontrados, motivaram-me ao longo deste percurso. A constante problematização e reflexão crítica sobre as situações vivenciadas, surgem como estratégias que me permitiram encontrar soluções para as realidades encontradas, que desafiam a teoria que detenho.

Findo este percurso, considero que a principal dificuldade de todo este processo debate-se com a construção do presente documento, onde foi necessário descrever e traduzir em texto situações vivenciadas que caracterizem as principais aprendizagens e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, no decorrer do estágio. A essência do vivenciado, pelo seu significado, se revela difícil de traduzir num documento escrito.

Cada momento do CMEAEPSC é um elemento constituinte deste percurso sem término. A determinação, dedicação, esforço, persistência, vontade e excelência são características que me acompanharam diariamente. Dou por terminada mais uma etapa da minha vida profissional, que fez de mim melhor enfermeira e pessoa.

REFERÊNCIAS

- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support* (10.^a ed.). Chicago: American College of Surgeons.
- American Speech-Language-Hearing Association. (s.d.). *Augmentative and Alternative Communication*. Retrieved Novembro 2021, from American Speech-Language-Hearing Association: https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/#collapse_4
- Bartoli, D., Trotta, F., Simeone, S., Pucciarelli, G., Orsi, G., Acampora, O., . . . Rocco, M. (2021). The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensiva care unit: phenomenological study. *Heart & Lung, 50*, 926 - 932.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2.^a ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Choi, J., Campbell, M., Gelinis, C., Happ, M., Tate, J., & Chlan, L. (2017). Symptom assessment in non-vocal or cognitively impaired ICU Patients: Implications for practice and future research. *Heart & Lung, 46* (4), 239 - 245.
- Costa, I. (2013). *Relatório de Trabalho de Projeto: Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência*. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: IPS.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. Diário de República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147 – 4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, I-A Série (n.º 205/1996 de 04-09-1996), 2959 – 2962. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>

- Despacho n.º 9639/2018. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, II Série (n.º 198 de 15-10-2018), 27533 – 27533. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 10319/2014. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, II Série (n.º 153 de 11-08-2014), 20673 – 20678. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- DGS. (2017). *Norma 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Retrieved dezembro 2021, from Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Norma 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Retrieved dezembro 2021, from Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- DGS. (2020). *Norma 007/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual*. Retrieved Dezembro 2021, from Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- DGS. (2021). *Norma 004/2020: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. Retrieved dezembro 2021, from Direção-Geral da Saúde: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., . . . Lipshutz, A. K. (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine Journal*, 46 (8), 980 - 990.
- ESEL. (2021). *Plano de Estudos: Mestrados em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*. Retrieved from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: <https://www.esel.pt/node/6942>
- GPT. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. Retrieved dezembro 2021, from Grupo Português de Triagem: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp->

content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf

- Happ, M. (2021). Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 30 (4), pp. 256 - 264.
- Hughes, R. (Ed.). (2008). *Clinical Reasoning, Decision making, and Action: Thinking Critically and Clinically*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Istanboulian, L., Rose, L., Yunusova, Y., & Dale, C. (2021). Protocol for mixed method acceptability evaluation of codesigned bundled COmmunication intervention for use in the adult ICU during the COVID-19 PandEmic: the COPE study. *BMJ Open*, 11, 1 - 7.
- Jansson, S., Martin, T. R., Johson, E., & Nilsson, S. (2019). Healthcare professional's use of augmentative and alternative communication in an intensive care unit: a survey study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 54, 64 - 70.
- JQI. (2004). *Shared "Dublin" descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Retrieved from Joint Quality Initiative: https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf
- Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República, I Série (n.º 181 de 16-09-2015), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaing Humanity inHigh-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 1 - 6.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2.^a ed.). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- McFarlane, D. (2015). Teams, Change, and Leadership: Pratical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4, 748 - 757.
- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos Profissionais Face à Necessidade de Informação: Experiência Vivida pela Família na Unidade de Cuidados Intensivos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1 - 9.

- Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24 (1), 1 - 9.
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva*. Retrieved from República Portuguesa: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série (n.º 123/2015 de 26-06-2015), 17240 – 17243. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>
- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (n.º 135 de 16-07-2018), 19359 – 19370. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., . . . Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: a UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 18 (10), 1685 - 1892.
- Soar, J., Bottiger, B., Carli, P., Couper, K., Deakin, C., Djarv, T., . . . Nolan, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Elsevier*, 161, 115 - 151.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161 - 166.

- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352 - 357.
- Takeshita, I. M., & Araujo, I. E. (2011). Estratégias de Comunicação e Interação do Enfermeiro com o Paciente Inconsciente. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15 (3), 313 - 323.
- Thakur, P., Venkateshan, M., Sharma, R., & Prakash, K. (2016). Nurses Communication with Alterel Level of Consciousness Patients. *International Journal of Nursing Education*, 8 (3), 51 - 56.
- Vahedian-Azimi, A., Rahimibashar, F., Ashtari, S., Guest, P., & Sahebkar, A. (2021). Comparison of the clinical features in open and closed format intensive care units: A systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 40, 1-10.
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, A., & Lima, R. (2020). Delirium: Uma problemática atual. In J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1.^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar: Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. J. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualitative study. *PLoS ONE*, 15 (7), 1 - 15.
- Zhan, M., Anders, R., Lin, B., Zhang, M., & Chen, X. (2020). Lesson learned from China regarding use of personal protective equipment. *American Journal of Infection Control*, 1 - 4.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3.º Semestre

Cronograma do 3.º Semestre

Quadro 2 - Cronograma do 3.º Semestre.

Ano	2021												2022										
Mês	outubro			novembro					dezembro				janeiro				fevereiro						
Dia	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28		
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2		
Estágio Serviço de Urgência												FÉRIAS NATAL											FÉRIAS CARNAVAL
Estágio Unidade de Cuidados Intensivos																							
Pesquisa																							
Reuniões de Orientação Tutorial																							
Elaboração do Relatório de Estágio																							

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem: *Open Space*

Jornal de Aprendizagem: *Open Space*

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC) comporta um dinamismo entre o contexto de cuidados, a pessoa alvo (e sua família) e o profissional envolvido. Para que seja possível englobar todos estes componentes, é necessário desenvolver um pensamento crítico assente na problematização, que advém de experiência prévia na prática clínica. O trabalho desempenhado pelo profissional de enfermagem advém da “vigilância, monitorização, prevenção e promoção de segurança da pessoa”, pelo que se torna imprescindível incluir uma reflexão sobre o ambiente de cuidados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 409).

Para tal, é necessário existir uma combinação entre o conhecimento descrito na evidência científica conjuntamente com o conhecimento adquirido através da prática de cuidados. No entanto, é de salientar que sendo a profissão de enfermagem elaborada “por” e “para” pessoas, a sua imprevisibilidade associada à unicidade de cada um, deve estar presente em todos os momentos (Benner P. , 2001).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, um mestre deve “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” (p. 4162). A prestação de cuidados à PSC envolve processos complexos de tomada de decisão, em que deve ser tida em consideração a sua alocação ao contexto com capacidade de resposta às suas necessidades, valorizando as suas características aquando da intervenção de cada profissional.

A minha experiência profissional prévia insere-se na prestação de cuidados à PSC inserida em contexto de cuidados intensivos, em área polivalente de intervenção, onde é possível responder às necessidades da pessoa ou implementar uma rápida transferência para serviços de exames complementares de diagnóstico ou de tratamento definitivo.

Trata-se de um serviço de elevada dimensão, com capacidade de resposta a pessoas em condição clínica grave. A sua configuração insere-se na distribuição de 2 unidades por sala, incluindo-se no formato de unidade “fechada”, em que os profissionais são distribuídos um por cada sala, equivalente a um rácio de 2:1.

Considero que a possibilidade de elaborar estágio em outra unidade de cuidados intensivos (UCI) é deverás enriquecedor. Tal como referido, a minha experiência prévia apenas se encontra inserido na UCI onde desempenho funções de

enfermeira de cuidados gerais, em que a sua configuração inclui-se no formato de unidade “fechada”, contrariamente ao que ocorre no contexto de estágio visto que se inclui em formato de unidade “aberta”. Estamos perante uma enorme diferença ao nível estrutural e organizacional, em que a capacidade de resposta diminui sendo constituída por uma sala em formato “aberto” (*open space*) e unidades de isolamento, que permite uma ampla apreciação da condição clínica da população ali inserida.

Ambas as unidades de cuidados intensivos se inserem no nível III de cuidados, onde a complexidade e diferenciação de cuidados aqui prestados são notórios, capazes de conferir resposta a pessoas sob doença crítica ou agudização de doença crónica do foro médico, pós-cirúrgico e pós-traumático. Tendo na sua base de diferenciação, a sua dimensão e o formato “fechado” vs “aberto”.

Apesar da prestação de cuidados conferidos pelos profissionais não se distinguir nos diferentes formatos, a minha primeira abordagem levou a colocar uma panóplia de questões, em que procurei transpor para o novo local as situações ocorridas na minha experiência profissional prévia, onde se salienta questões relativas à privacidade, ao isolamento/controlo de infeção e quanto à organização do serviço, temáticas que procurarei aqui analisar.

Ressalvando o descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido na alínea b) da Lei n.º 156/2015, o enfermeiro deve “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p. 8080). Como profissional e futura especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área do cuidado à PSC, é meu dever garantir o respeito pela intimidade do outro.

O formato estrutural de uma unidade “aberta” remete rapidamente para questões associadas à privacidade de cada pessoa cuidada e como agir de modo a garanti-la. A utilização de cortinas como método isolador de cada unidade parece ser a estratégia mais adequada. Mas surgem aqui outros pontos de referência quando é implícita a necessidade crescente de espaço e isolamento sonoro, em que a prestação de cuidados a uma pessoa em específico não deve prejudicar aquele que coabita no mesmo local.

Existem situações assentes na emergência médica em que é necessária a utilização de um espaço mais abrangente para a abordagem à pessoa cuidada, como por exemplo em situações de paragem cardiorrespiratória onde existe uma enorme mobilização da equipa.

Em associação surge situações em que o isolamento sonoro é essencial, como por exemplo em situações de cuidado à pessoa em fim de vida, em que o enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (Lei n.º 156/2015, p. 8080). As expressões relativas ao processo de luto podem ter várias facetas de acordo com a cultura de cada pessoa e devem ser sempre respeitadas, sem que para tal exista prejuízo do outro.

As duas situações aqui expressas remetem para circunstâncias em que existe um inadequado acesso à privacidade, em que os profissionais devem atuar de forma a salvaguardar os direitos da pessoa cuidada, mas também dos restantes residentes no mesmo serviço.

A utilização de um formato “fechado” de UCI, surge como estratégia estrutural facilitadora nos dois aspetos descritos, porque uma sala é apenas partilhada, no máximo, por 2 pessoas em simultâneo. No entanto, a utilização do formato “aberto” também pode ser válida através da realização de um ajuste na organização do serviço, como por exemplo, através da transferência da pessoa em fim de vida para uma sala de isolamento, que permita preservar o respeito pela intimidade daquelas que se submetem a um processo de luto. Ação que apenas é conseguida de acordo com a adequada avaliação das necessidades momentâneas do serviço.

Ao dar continuidade à presente reflexão, surgem questões associadas ao isolamento para melhoria do controlo de infeção hospitalar. Apesar de existirem salas alocadas ao isolamento na unidade de formato “aberta”, estas são empregues em casos onde existe maior risco de transmissão, tanto para a população residente, como para o profissional prestador de cuidados, tais como: infeção por SARS-CoV-2 ou a tuberculose. Situações de transmissão da infeção através do contacto, são tidas como de menor risco e as pessoas são alocadas às unidades na sala aberta.

Tal como descrito no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista “participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”, através da implementação e manutenção de medidas de controlo de infeção hospitalar, através da fomentação de estratégias pró-ativas visando o controlo e a prevenção de infeção (p. 4748).

Existem várias medidas que podem e devem ser aplicadas na presença de infeção validada e, até mesmo, de modo preventivo. Como por exemplo, implementação de locais de desinfeção junto de cada unidade, juntamente com a distribuição de material de proteção individual, para que o profissional não precise de

se deslocar para outro local para proceder à sua desinfecção. Existe ainda a possibilidade, na existência de recursos humanos em número suficiente, colocar um enfermeiro apenas sob a responsabilidade da pessoa com infecção conhecida.

Relativamente ao formato “fechado” de UCI, a distribuição e reorganização do serviço para que seja possível manter o distanciamento de pessoas sob infecção é a estratégia mais indicada. No entanto, utilizar as restantes estratégias mencionadas de modo preventivo, principalmente se coabitarem no mesmo serviço pessoas em situação crítica em estado de imunodepressão, é a ação mais adequada a ser aplicada.

Ao longo da presente reflexão já foram reveladas algumas estratégias associadas à constante organização e reestruturação de uma UCI, valorizando as necessidades vigentes da população nela residentes. Porém surge aqui uma temática que também aufere importância.

Pela experiência na prática clínica em contexto de UCI com formato “fechado” tenho evidenciado que em momentos de emergência médica em uma das salas, está implícita a mobilização de profissionais para este local, comprometendo de certa forma a segurança do restante serviço.

Talvez a forma apresentada da temática remete para a negligência do restante serviço, mas não é de todo o que ocorre. Na verdade, existe sim uma vigilância das restantes pessoas aqui internadas, mas não com o rácio anteriormente apresentado.

Conforme pude evidenciar na experiência em contexto de estágio em UCI em formato “aberto”, toda a população aqui residente encontra-se alocada no mesmo espaço, mesmo que separada por unidades (excetuando situações de isolamento). Esta organização do espaço permite uma constante vigilância das pessoas cuidadas, facilitando a mobilização da equipa prestadora de cuidados de acordo com as necessidades existentes no momento, sem prejuízo do outro.

Considero que exista então uma vantagem respeitante ao formato de UCI “aberta”. Contudo estou a comparar unidades de cuidados intensivos com dimensões muito discrepantes, podendo não ser equiparável. Talvez a aplicação de UCI de formato “aberto” seja mais adequada para unidades de menor dimensão, onde é possível garantir a vigilância constante da sua população. Caso contrário, a utilização do formato “fechado” permite ter uma melhor apropriação da condição de cada pessoa nela inserida.

Existe ainda uma lacuna que considero existente em UCI de formato “fechado”. A distribuição da equipa de enfermagem é realizada por sala, não sendo possível ter

em consideração a gravidade do quadro clínico das pessoas nela inseridas. Aspeto que considero essencial para que os profissionais consigam fazer face às necessidades vigentes da pessoa de forma equitativa. Aqui assenta a necessidade de implementar estratégias trabalho em equipa, aspeto que é possível colmatar através da implementação de uma UCI de formato “aberto”.

Realizando uma leitura do que aqui foi retratado e em contraste com o que é descrito na literatura, é possível inferir que não existe uma estrutura organizacional mais adequada. Na verdade, tudo tem a ver com as necessidades vigentes da população nela inserida, como também, dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

Em ambos formatos estruturais de uma UCI, existe uma necessidade constante de avaliação e reorganização do serviço, para que seja possível prestar cuidados de qualidade, sem prejuízo dos restantes. Não sendo possível valorizar uma em despeito de outra (Vahedian-Azimi, Rahimibashar, Ashtari, Guest, & Sahebkar, 2021).

Através da presente reflexão é possível inferir que dois locais tão distintos entre si, têm por base a prestação de cuidados à PSC, sob suporte tecnológico e humanístico de tão elevada complexidade e unicidade. As suas diferenças confluem numa enorme aprendizagem e promovem a consolidação de competências de enfermeiro especialista.

São as experiências na prática clínica desenvolvidas pelo profissional de hoje, que constroem o enfermeiro de amanhã, de modo autónomo e auto-orientado, competências que constituem a intervenção de um mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Apêndice III – Relatório: VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva sobre a temática

Nos dias 4 e 5 de novembro de 2021, decorreram as VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva relativas à temática “Ressuscitação: Técnicas de circulação extracorporeal”, que tiveram lugar na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, sob a organização do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Evento científico que teve como intuito a partilha de diferentes experiências e o mais recente conhecimento descrito na evidência sobre a temática eleita, valorizando o trabalho realizado entre as várias especialidades médicas e de enfermagem.

No decorrer do estágio do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, surge como objetivo previamente delineado a promoção de um processo contínuo de aprendizagem que engloba a realização de pesquisa contínua de evidência científica que sustente a prática de cuidados. Pelo que, torna-se assim essencial a participação em momentos de procura e partilha de conhecimentos provindos de experiência da prática de cuidados e por profissionais peritos no cuidado à pessoa em situação crítica.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a intervenção do enfermeiro recai na pessoa “cuja a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19363).

A falência orgânica aqui descrita implica a procura e desenvolvimento de estratégias temporárias e/ou definitivas de modo promover a recuperação do órgão ou para definir um plano de cuidados que dê respostas às necessidades aí inerentes. A utilização de técnicas de circulação extracorporeal surge muitas vezes como primeira linha de tratamento nestas situações.

Na verdade, atualmente existem técnicas que possibilitam a substituição renal, hepática, pulmonar e cardíaca, mesmo que por limitação de tempo. A constante partilha de experiências e conhecimentos relativamente às diferentes técnicas, permite o aperfeiçoamento da sua utilização e, conseqüentemente, a inovação e a melhoria dos cuidados prestados.

A utilização de técnicas de circulação extracorporeal provoca algumas limitações à pessoa cuidada, entre elas: a dor, deficit de mobilização, dependência de terceiros e os próprios riscos associados à sua utilização. Importa aqui frisar que independentemente da presença de múltipla tecnologia associada ao cuidado, que temos uma pessoa que desconhece esta realidade e que essa sim é o nosso foco de cuidados. A presença de 2 realidades vistas pelo ponto de vista da pessoa/doente que foram sujeitas à utilização destas técnicas, permite-nos compreender o misto de emoções por estas sentidos. Aspeto que

considero promover a aprendizagem do profissional, não apenas do foro técnico e fisiopatológico, mas principalmente humano.

A interligação com a componente teórica, prática e humana acompanha desde sempre a profissão de enfermagem. Pelo que considero essencial a existência de momentos de partilha que promovam o crescimento profissional de cada elemento, tendo em consideração as diferentes vertentes do cuidado.

Apêndice IV – Relatório: *Webinar* “Formação, Investigação e Exercício”

Webinar “Formação, Investigação e Exercício”

No passado dia 10 de novembro de 2021, decorreu um *webinar* intitulado de “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, organizado pelo Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica Adulto e Idoso, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Encontro científico que remete para a inovação e desenvolvimento das práticas de cuidados na área do adulto e idoso, tendo por base a formação em Enfermagem Médico-cirúrgica.

De acordo com a Decreto-lei n.º 65/2018, art.15º: “grau de mestre é conferido aos que demonstrem (...) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta” (p. 4162). No âmbito do projeto de estágio inserido no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, objetiva-se a construção de um percurso académico com base na aquisição e desenvolvimento de competências, sob a interligação entre o conhecimento teórico e a sua aplicabilidade na prática de cuidados.

A participação em eventos científicos que incidam na partilha de experiências sob base teórica e evidência descrita na literatura, estabelece momentos de reflexão sobre a prática clínica e promove a construção de um raciocínio clínico.

Considero importante salientar uma das temáticas para mim eleitas durante o presente *webinar*, que se encontra intimamente relacionado com o tema “Investigação e Prática Clínica nos Cuidados à Pessoa Adulta e Idosa e Família em Situação de Doença Crítica no Contexto da Pandemia”. Infelizmente ou felizmente, o tema relativo à pandemia por infeção por SARS-CoV-2 continua atualmente a ser bastante desenvolvido. Esta ambiguidade de sentimentos, tem por base a experiência pessoal sobre a sua vivência, que trouxe consigo aspetos positivos e negativos a nível profissional.

É completamente erróneo referir que todos nós (profissionais ou cidadãos) estaríamos preparados para tal acontecimento e que iríamos conseguir “sobreviver” sem que deixasse marca. Ouvir a voz de uma experiência profissional, que terminou por ser pessoal, de outro elemento que pertenceu ao grupo de prestadores de cuidados e sentir que a sua vivência se espelha na nossa, é reconfortante.

Considero que momentos como o presente *webinar* são essenciais para a construção de uma prática de cuidados com base na evidência científica, mas que transmita a mensagem de que cuidar em enfermagem engloba ainda a componente humanística do cuidado, quer seja para com a pessoa cuidada, como em paridade com os elementos de cuidados. A pandemia foi e continua a ser um período que trouxe consigo não apenas aprendizagem de como lidar com um agente de que todos nós desconhecíamos, mas a valorizar que o trabalho em equipa multidisciplinar continua a ser essencial no cuidado à pessoa.

Apêndice V – Poster

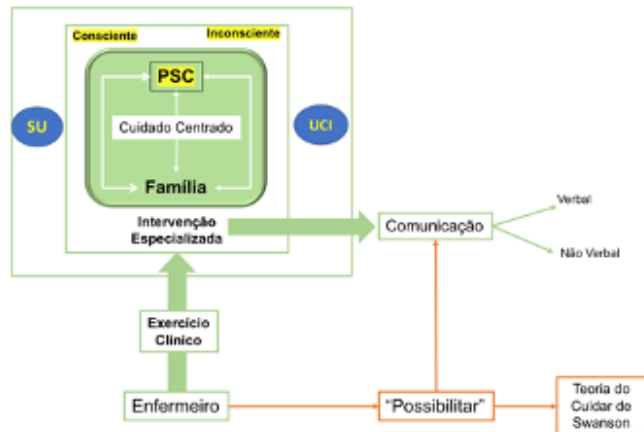
"Possibilitar" a Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica

Clemente, Maura¹; Mendes, Anabela²

¹Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José – CHULC. Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. mauracleme@campus.esel.pt;
²Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto-Idoso. Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. anabelamendes@esel.pt

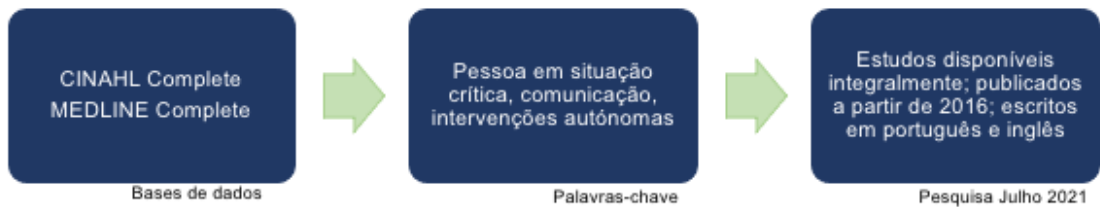
Introdução:

A presente área de cuidados focaliza-se na obtenção de dados conferidos através da tecnologia, em detrimento da informação conferida pela pessoa e sua família, quer seja aquela que é conferida verbalmente, quer seja a que é observada. Aqui surge a necessidade de desenvolver estratégias que capacitem o enfermeiro na utilização da comunicação como instrumento de recolha e de prestação de cuidados. Existem algumas barreiras relativas à comunicação com a PSC, como por exemplo a alteração do estado de consciência, a presença de dispositivos médicos, a transmissão de más notícias, que implicam um trabalho crescente por parte do profissional. "Possibilitar" permite focar o cuidado nas preocupações da pessoa, ação geradora de alternativas, com o intuito de proporcionar um cuidado centrado.



Quais as intervenções de enfermagem autónomas no âmbito da comunicação com a pessoa em situação crítica?

Metodologia: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Resultados:

A comunicação é uma ferramenta essencial para a prestação do cuidado centrado na pessoa. Na impossibilidade de se estabelecer a comunicação impõe-se recorrer a instrumentos. São exemplos a utilização de:

Escalas de avaliação de sinais e sintomas

Comunicação aumentativa e alternativa

Referências:

- Choi, J., Campbell, M. L., Gálvez, C., Happ, M. B., Tate, J. & Chien, L. (2017). Symptom assessment in non-vocal or cognitively impaired ICU patients: Implications for practice and future research. *Heart & Lung*, pp. 1 – 7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtng.2017.04.002>
Happ, M. B. (2021). Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, pp.256 – 265, 30 (4). ISSN: 1062-3264
Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), pp. 161 – 166. DOI: 10.1097/00006199-199105000-00006
Yoo, H. J., Lim, O. S. & Shim, J. J. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS ONE*, 15 (7), pp. 1 – 15. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235994>