

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE
CRÍTICO: A TRANSVERSALIDADE DO
CONTROLO DA INFEÇÃO**

Sónia Maria Freitas Gonçalves Mendonça

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Funchal

2018

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE
CRÍTICO: A TRANSVERSALIDADE DO
CONTROLO DA INFEÇÃO**

Sónia Maria Freitas Gonçalves Mendonça

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Pestana

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Funchal

2018

Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito.
Um se chama ontem e outro se chama amanhã, portanto
hoje é o dia certo para amar, acreditar e
principalmente viver.

Dalai Lama

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Florival Mendonça

Ao meu filho, Rodrigo Mendonça

Aos meus pais, Pedro e Maria José

Aos meus irmãos, Liliana, Pedro, António e Emanuel

Pela força, paciência e coragem durante toda esta longa caminhada.

Pelo apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo, ausência, renúncia e cansaço.

Pelo vosso cuidado, dedicação e capacidade para acreditar em mim, pois foram o alicerce e a segurança que necessitei para concluir com sucesso este projeto.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

À Professora Doutora Cristina Pestana dirijo um agradecimento especial pela disponibilidade, orientação científica e cooperação que demonstrou no decurso da elaboração deste trabalho.

Aos orientadores dos vários estágios por me terem guiado, apoiado e dado o seu contributo e experiência, o que viabilizou o desenvolvimento de competências e conhecimentos adquiridos.

Ao GCPPCIRA da Região Autónoma da Madeira, em especial à Senhora Enfermeira Marta Rodrigues, pelo apoio e compreensão demonstrados no decorrer do mestrado.

À minha família, dirijo um agradecimento muito especial, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão demonstrados nos momentos de maior sobrecarga e ausência. Por todas as palavras que me dirigiram de motivação, pela aposta feita em mim e pela caminhada que trilhamos no decurso desta jornada. Algumas das pedras que encontrei pelo caminho, que pareciam ser intransponíveis, com a vossa ajuda transformaram-se em pequenas pedrinhas fáceis de traspasar.

Aos amigos, pela motivação e força transmitida sempre que se cruzavam comigo.

A todos endereço o meu Muito Obrigada!

RESUMO

Este relatório de estágio, surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Tem como finalidade a descrição e o relato refletido e fundamentado, a partir das aprendizagens decorrentes das atividades e experiências vivenciadas ao longo dos estágios previstos no plano de estudos do Curso visando a sua posterior discussão e a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estes foram realizados no Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Doutor Nélio Mendonça, na Unidade de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João.

O relatório baseia-se na análise do referencial das competências comuns e específicas consignadas no Regulamento de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde, particularizo a minha atenção para a transversalidade do controlo da infeção na intervenção especializada em contexto de cuidados ao doente crítico. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde são uma epidemia silenciosa e uma problemática transversal a todo o processo do cuidar, afetando um elevado número de pessoas e instituições de saúde em todo o mundo, com implicações negativas para os utentes, as famílias, os cuidadores e as instituições de saúde. Assim, ao longo do meu percurso formativo, dei especial ênfase à seguinte competência: maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante o utente em situação crítica e ou falência orgânica.

Para a concretização e fundamentação do relatório recorri à pesquisa bibliográfica, à mais recente evidência científica, a Decretos de Lei em articulação com o Regulamento da Profissão de Enfermagem, com o Código Deontológico do Enfermeiro e com os Padrões de Qualidade em Enfermagem.

Palavras-chave: Competência, Enfermeiro Especialista, Infeção, Utente em Situação Crítica

ABSTRACT

This internship report comes under the scope of the 2nd Masters Course in Medical-Surgical Nursing, taught at the São José de Cluny Nursing School.

Its purpose is to describe and report reflected and grounded, based on the learning resulting from the activities and experiences lived through the stages provided in the study plan of the Course aiming at its subsequent discussion and attaining the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing. These were performed at the Emergency and Intensive Care Unit of the Hospital Doutor Nelio Mendonça, at the Unit for Prevention and Control of Infection and Antimicrobial Resistance and at the Unit for Intensive Care of Infectious Diseases of the Centro Hospitalar de São João.

The report is based on the analysis of the referential of the common and specific competences set forth in the Nursing Regulations of the Specialist Nurse Practitioner in Medical-Surgical Nursing, where I specialize my attention to the transversality of infection control in the specialized intervention in the context of patient care critical. Health Care Associated Infections are a silent epidemic and a crosscutting problem throughout the care process, affecting a large number of people and health care institutions worldwide, with negative implications for users, families, caregivers and others health institutions. Thus, throughout my training, I emphasized the following competence: maximization of intervention in the prevention and control of the infection in the critical user and or organic failure.

In order to concretize and justify the report, I turned to the bibliographical research, the most recent scientific evidence, the Decrees of Law in articulation with the Nursing Profession of the Regulation, with the Nurses Deontological Code and with the Quality Standards in Nursing.

Key words: Competence, Nurse Specialist, Infection, User in Critical Situation

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPS - *Behavioural Pain Scal*

CDC - *Centre for Diseases Control*

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

Dr. - Doutor

e.d. - edição

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorpórea

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPC - Enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ESBL - Enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

h - horas

HNM - Hospital Doutor Nélio Mendonça

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ILC - Infeção do Local Cirúrgico

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INCS - Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

KPC - *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PICCO - *Pulse Induced Contour Cardiac Output*

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PVC - Pressão Venosa Central

QE - Quadro Europeu de Qualificações

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

s.l. - sem local

s.n. - sem editor

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SESARAM, E.P.E. - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - Entidade Pública Empresarial

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Sala de Observação

SPIKES - *Setting, Perception, Invitation, knowledge, Empathy, Summary*

SU - Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCIDI - Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas

UPCIRA - Unidade de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

VE - Vigilância Epidemiológica

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO	19
1.1. A transversalidade do controlo da infeção	25
1.2. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto de Serviço de Urgência do Hospital Doutor Nélio Mendonça	31
1.3. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Doutor Nélio Mendonça	63
1.4. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto da Unidade Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João	82
CONCLUSÃO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no segundo Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu no ano letivo de 2016 a 2018, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Considerando que o curso foi planeado com o propósito de formar enfermeiros especializados para futuramente integrarem a liderança, serem modelos de referência e de apoio para os seus pares na resolução das situações de maior complexidade identificadas nos utentes em contextos de urgência, emergência e cuidados intensivos e que tinha ainda como objetivo, desenvolver a utilização do pensamento crítico-reflexivo, expresso através do relato e análise das experiências e competências desenvolvidas num relatório final de estágio. Nesta linha, o relatório terá como objetivo evidenciar o desenvolvimento e consolidação das aprendizagens e competências decorrentes das atividades e experiências vivenciadas e desenvolvidas ao longo dos estágios realizados no Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Doutor Nélio Mendonça, na Unidade de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João, visando a sua posterior discussão para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A designação de enfermeiro especialista, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) reconhece ao mesmo, um conhecimento profundo numa área específica de enfermagem, tendo como pressupostos as respostas humanas e individuais de cada um perante um processo de vida ou um problema de saúde. Assim, e ao longo do presente relatório serão identificadas as competências desenvolvidas, de acordo com unidades de competência previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n. °122/2011 de 18 de fevereiro) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro). Serão então realçadas as competências técnico-científicas, ético-deontológicas e humanas, comuns (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e específicas (cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e maximizar a

intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas) do enfermeiro especialista e mestre na transversalidade do controlo da infeção do utente em situação crítica.

Relativamente à organização do relatório, iniciarei com um enquadramento conceitual das competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, aludirei ao conceito de competência e dos referenciais inerentes às competências, uma vez que são fundamentais para a compreensão do papel do enfermeiro especialista. Posteriormente, efetuarei uma abordagem realçando a importância da transversalidade do controlo da infeção, com maior ênfase nas medidas adotadas na prevenção e controlo da infeção em contextos de cuidados de saúde diferenciados. Seguir-se-á o relato das experiências significativas, contextualizando-as nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, e enquadradas nos vários campos de estágio.

Ao longo do relatório, referenciarei cada um dos campos de estágio por ordem de realização. Assim sendo, iniciarei com a descrição de alguns dos aspetos que foram mais marcantes e que contribuíram para a aquisição de competências especializadas no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina do Hospital Nélcio Mendonça. Após a abordagem destes, passarei à descrição respeitante aos estágios de opção na Unidade de Prevenção e Controlo da Infeção e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João. Para cada um deles efetuarei primeiramente uma caracterização do serviço, seguindo-se a da equipa multiprofissional que integra cada um destes serviços. Depois passarei ao relato de alguns dos aspetos que achei mais pertinentes para evidenciar a aquisição das competências requeridas pelo Curso.

Utilizarei a metodologia descritiva, analítica e refletida, com recurso a pesquisa bibliográfica e à mais recente evidência científica de modo a fundamentar, a aclarar algumas afirmações e competências.

Serão também referenciais de análise o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros em conjugação com o Código Deontológico do Enfermeiro e os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, ditado pelo Ministério da Educação e Ciência em 2013.

Finalmente e em modo conclusivo, farei uma reflexão na qual enfatizarei o ponto da situação após elaboração do relatório das competências adquiridas no decurso do percurso académico.

Ao nível da sua apresentação e referenciação de fontes, o relatório será elaborado segundo as normas da Escola e da *American Psychological Association* (APA) de 2010, respetivamente.

1. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO

Ao nos debruçarmos sobre a cronologia do homem, encontramos alguns prenúncios da prática de enfermagem já na era da pré-história. Nessa época, havia relatos de homens que saíam para efetuarem caçadas e quando regressavam para o seio das suas famílias apresentavam ferimentos graves. Para tratarem esses ferimentos e executarem curativos, recorriam às mulheres das suas tribos. Desses procedimentos e tratamentos, resultavam homens que, por vezes, evoluíam para situações críticas uma vez que as mulheres não eram detentoras de conhecimentos para fazer face à estabilização da situação. Neste contexto, surgiam mortes por descompensação orgânica, advindas de grandes hemorragias, de infeções, entre outras. Com o decorrer dos tempos, este tipo de ato, trilhado pelos nossos antepassados, conduziu a uma procura de conhecimentos e aperfeiçoamento de técnicas que promovessem a cura, o que, inevitavelmente, despoletou na área da saúde a profissionalização em enfermagem. Foram múltiplas as personalidades que impulsionaram e se dedicam ou dedicaram à indagação de paradigmas e pressupostos que viabilizaram a concetualização da profissão e, simultaneamente, o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros.

Quando falamos em enfermagem moderna, não podemos deixar de referenciar Florence Nightingale, uma vez que é vista como a sua fundadora. O seu cuidar não se cingia apenas à doença. Esta, primava aquando do cuidar da pessoa, por atender a uma filosofia na qual era imperativo possuir uma visão holística da pessoa e considerar o ambiente no qual estava inserida.

Citando Bolander (1998, p.7), Nightingale “não queria uma enfermeira que entendesse a pessoa somente como a “fractura”, a “ferida de bala” ou a “febre” mas antes, como um ser humano com uma doença”.

Já a teórica Virgínia Henderson, foi das primeiras a se debruçar e a escrever sobre a enfermagem, criando um quadro de referência no qual abrangue os cuidados à pessoa numa fase final da vida, onde alude que:

a função singular do enfermeiro é assistir o indivíduo doente ou saudável na execução de atividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) que ele levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários. (Bolander, 1998, p.7).

Por outro lado, Peplau citado por George (2000) vê a enfermagem como uma arte, pelo que a sua teoria defende que a enfermagem é “terapêutica por ser uma arte curativa (...) encarada como processo interpessoal, (...) proporciona o incentivo para o processo terapêutico, no qual o enfermeiro e o paciente respeitam um ao outro (...) apreendendo e crescendo com o resultado dessa interação” (p. 46).

O REPE refere que a enfermagem,

é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível e acrescenta que o enfermeiro é um profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família grupos ou comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (1996, p.3).

Não podemos falar cuidados de enfermagem e da arte do cuidar, sem falarmos do papel do enfermeiro na promoção da qualidade em saúde aplicada a um contexto do exercício profissional, uma vez que a qualidade em saúde, é transversal à atividade multiprofissional. Por conseguinte, as associações profissionais ligadas à saúde desempenham um papel fundamental na conceção de sistemas de qualidade e na definição dos padrões ancorados a cada um dos domínios específicos que determinam os mandatos sociais das profissões envolvidas (Ribeiro, Carvalho, Ferreira, & Ferreira, 2010).

A OE (2001), inicialmente sentiu necessidade de definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nos quais aclarou os conceitos de: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, remetendo-nos para o Meta Paradigma de enfermagem uma vez que relaciona entre si esses conceitos. Neste sentido, defende que a enfermagem deve ser interpretada como ciência e arte da disciplina praticada pelo enfermeiro; pessoa no sentido de ser individual, familiar ou comunidade que é alvo do cuidar; saúde como bem-estar interpretado pelo utente e enfermeiro, ambiente como o meio em se desenvolve a relação e do qual depende a concretização do bem-estar.

Posteriormente, na procura da excelência do exercício profissional e da sua aplicabilidade, no sentido dos padrões serem norteadores e referenciais para a prática especializada, a OE, em 2015, definiu através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica as subseqüentes sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde e prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de saúde; e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estas categorias de

enunciados descritivos segundo a OE (2011) são o pilar das quatro grandes áreas de atuação para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica, que passo a especificar: pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica; situação de catástrofe ou emergência multi-vítima; prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica.

Com a definição dos padrões de qualidade, estes tornam-se referenciais dos cuidados de enfermagem, o que constituiu uma base estrutural fundamental para a uniformização e promoção da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Para viabilizar todo este processo foi necessário emanar *guidelines* que proporcionassem orientações sobre as boas práticas associadas ao cuidar para a obtenção da máxima qualidade de cuidados no exercício profissional, que traduzissem os ganhos em saúde para os utentes e que estimulasse os enfermeiros a refletir e a procurar novas práticas e técnicas de execução.

Considerando a conceção da enfermagem e dos padrões de qualidade expostos, verificamos que a enfermagem ao longo dos tempos tem-se reajustado às mudanças que advêm dos eventos ambientais, patológicos, tecnológicos para responder adequada e eficazmente nos cuidados que são dispensados, imprimindo a arte do cuidar e da assistência à pessoa em todos os momentos do seu ciclo vital.

Outro dos aspetos que é preponderante no nível de cuidados dispensados, relaciona-se com o nível de informação de que a sociedade atual é detentora, pois esta é cada vez mais elevada e eletiva o que exige por parte dos profissionais um maior domínio das práticas e saberes. Como tal, a pessoa perante uma situação de doença e no papel de utilizador/consumidor de recursos de saúde, espera ser cuidado por enfermeiros com qualificação e formação adequadas e que prestem cuidados seguros e de elevada qualidade, de modo a restabelecer o nível de saúde. Neste sentido, os enfermeiros são responsáveis por assegurar e imprimir uma melhoria da qualidade dos cuidados, por facilitar a acessibilidade e prestar cuidados de saúde com equidade e eficiência sem prescindirem dos direitos e necessidades dos utentes. Por sua vez, no decorrer da sua atividade profissional, o enfermeiro depara - se com um conjunto de situações, que vão desde a prevenção da doença à intervenção em situações limite, como por exemplo nos casos em que os utentes entram em falência multiorgânica e, conseqüentemente, em situação crítica, sendo-lhes exigido que intervenham com o objetivo de solucionar os problemas diagnosticados, tomar decisões

baseadas na evidência científica, nas competências, trabalhar em equipa multiprofissional e enfrentar mudanças constantes. Para que o enfermeiro detenha um domínio e saberes que lhe permita atuar com competência, segurança e qualidade, é imprescindível que esteja dotado de um corpo de conhecimentos sustentados em formação específica na sua área de atuação. Ou seja, para ser capaz de responder atempada e adequadamente perante contextos e situações diversas, com diferentes níveis de complexidade, o enfermeiro deverá procurar constantemente aprimorar as suas competências através de uma ampla base de formação específica, de modo a possuir um domínio na área do saber ser e do saber fazer.

Portanto, o nível de exigência dos cuidados de enfermagem dispensados tem vindo a sofrer um crescente aumento atendendo à complexidade dos cuidados requeridos e dos contextos onde são exercidos. Nesta linha surge a minha necessidade de ampliar conhecimentos, competências e ter integrado o Curso de Mestrado em EMC. Para a aquisição do título de mestre de acordo com os Descritores de Dublin, o estudante terá de ser capaz de demonstrar (Ministério da Educação e Ciência, 2013) conhecimentos e compreensão que derivam do aprofundamento dos mesmos, uma vez que são o suporte para o desenvolvimento e aplicação destes conhecimentos e competências em contexto prático. Importa igualmente que o estudante esteja apto a compreender e a aplicar os seus conhecimentos e capacidades na resolução de problemas em ambientes desconhecidos, em contextos multidisciplinares relacionados com a sua área de estudo, isto é, ter capacidade de integrar os conhecimentos, dominar a complexidade e formular juízos com informação incompleta ou limitada, mas que incluam uma reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas relacionadas com a aplicação dos seus conhecimentos e juízos. Para além destas competências, a capacidade de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínio que as suportam de forma clara e sem ambiguidades a públicos especializados e não especializados, tal como a capacidade de aprendizagem que lhe possibilite continuar ao longo da vida os estudos de forma autónoma e diretiva, são também exigidas para o reconhecimento das competências de mestre.

Neste sentido, e tendo como objetivos promover e melhorar a qualificação profissional, optei por uma especialização na vertente da pessoa em situação crítica. A qualificação profissional segundo Bastos (2015), procura ajustar-se às novas metodologias de organização e produção, imputando ao profissional a capacidade de domínio em diversas áreas tendo como base um conjunto de competências, desenvolvidas em contextos específicos, nos quais é necessário articular os saberes formais, informais, teóricos e práticos

na resolução de problemas de modo eficaz e eficiente, ou seja, a competência surge aliada à prática e é privilegiada pelo “*savoir-faire*”.

A capacidade do enfermeiro para intervir em contextos específicos, como, por exemplo, de urgência, emergência e intensivismo, para solucionar, intervir em situações de imprevisibilidade e fazer face a um conjunto de desafios, traduz-se em competências reais adquiridas. Em consonância com o referido, o autor supramencionado diz que o conceito de qualificação compreende a aquisição de competências ao longo do tempo, onde a perceção, o entendimento e a comunicação são o reflexo da articulação e cooperação no decurso do trabalho. Importa mencionar que, de acordo com Deluiz (2001) na Europa, só a partir dos anos 80 o conceito de competência passou a ser mais utilizado. No entanto, não é um conceito preciso nem é empregue com o mesmo sentido nas várias abordagens, quer de cariz empresarial quer académico, dado que se aplica uma diversidade de termos, cada um repleto de significados distintos e relacionados a modelos de referência (Pedro, 2014).

Tal conceito teve origem, segundo Ruzzarin, Amaral e Simionovschi (2006), nas ciências da organização e surgiu num contexto de crise desencadeada pela desregulamentação dos mercados e da resistência ao trabalho, decorrentes da desorganização salarial do trabalho e dos contratos sociais, bem como da progressiva convergência de capitais ocorrida pela fusão entre as empresas monopolistas.

No Quadro Europeu de Qualificações (QEQ), publicado pela Comissão Europeia da Educação e Cultura em 2009, são definidos alguns conceitos ligados à qualificação, de entre os quais consta o de competência descrita em termos de responsabilidade e autonomia. Ainda de acordo com o QEQ (Comissão Europeia da Educação e Cultura, 2009, p. 13), o termo competência é definido como: "a capacidade comprovada de usar conhecimento, habilidades pessoais, habilidades sociais e/ou metodológicas, em situações de trabalho ou de estudo e no desenvolvimento profissional e/ou pessoal".

Perante todos estes desenvolvimentos, a OE, com o objetivo de regulamentar profissão de enfermagem, os seus direitos, deveres e as suas competências, emana o Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro (REPE) a quatro de setembro de 1996 (Decreto de Lei n.º 161/96). Trata-se de um instrumento jurídico que regulamenta a profissão: clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando assim dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados pelos vários elementos integrantes das equipas de saúde e pela população.

Assim, a OE (2010) identifica dois grupos de competências que devem ser detidas pelos enfermeiros especialistas: as competências comuns e as competências específicas.

- **“Competências comuns”** - são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

- **“Competências específicas”** - são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

As competências específicas são então as que decorrem do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, só através da certificação destas competências se pode assegurar que o enfermeiro especialista é detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e aptidões que mobiliza em contexto de prática clínica.

Indo ainda ao encontro das considerações elencadas, a OE (2010, p.17) refere que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta “um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

A definição de competências do enfermeiro especialista, decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais definidos pela OE (2011). Assim, para a certificação de competências é necessário assegurar que o enfermeiro detém

um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (OE, 2012, p. 7).

Independentemente do campo de especialização, os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados, sejam eles primários, secundários ou terciários. O Regulamento n.º 122/2011 do exercício profissional (OE, 2011) define quatro domínios e respetivos elementos de competências que representam a sua realização concreta, que são as chamadas unidades de competência e lista de critérios de desempenho profissional

esperados/resultados de acordo com cada unidade de competência na qual se integram os critérios de avaliação. Dos domínios de competência fazem parte a responsabilidade profissional, prática ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e as aprendizagens profissionais.

O perfil de competências, comuns e especializadas, permite a certificação de competências e assegura que todos os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam na prática clínica e serve de referencial para todos os enfermeiros, clarificando o papel que se pode esperar dele por parte da sociedade, pelos seus pares e instituições de saúde (OE, 2011).

Em síntese, todas as definições de competências estão correlacionadas com o saber que o indivíduo detém, a sua compreensão e capacidade de execução no término de uma experiência de aprendizagem. A competência é inseparável da ação e os conhecimentos teóricos/ práticos são empregues atendendo à capacidade de tomar decisões que a ação exige. Pode ser descrita como a capacidade de resolver um problema numa dada situação, logo, assenta nos resultados, e deve ser um pré-requisito mínimo, comum a todos os profissionais no âmbito do doente crítico e do controlo da infeção.

1.1. A transversalidade do controlo da infeção

A infeção decorrente de um cuidado de saúde é mais frequente do que possamos supor. Os avanços na medicina e, conseqüentemente, nos cuidados de saúde, conduziram a ganhos em saúde sem precedentes para os utentes, familiares e cuidadores, tendo aumentado a esperança média de vida e a qualidade de vida dos mesmos. Todavia, estas conquistas acarretaram alguns constrangimentos, como é o caso das Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010). De acordo com os autores supracitados, as IACS constituem uma epidemia silenciosa, que afeta um número elevado de pessoas em todo o mundo, tendo implicações negativas para os utentes, famílias, seus cuidadores e para as instituições de saúde. Primariamente incluíam apenas as denominadas infeções hospitalares ou infeções nosocomiais, pois englobavam apenas as infeções adquiridas em meio hospitalar, ou instituições de saúde (exemplo: clínicas).

Ao longo de várias décadas, segundo Silva (2013), a infeção foi vista como uma consequência dos cuidados de saúde resultantes da hospitalização, daí que em unidades de saúde como por exemplo nos Cuidados de Saúde Primários, acabou por ser descurada. Posteriormente, surgiu o conceito de infeção “iatrogénica”, apontada como uma consequência indesejada dos cuidados prestados. Atualmente, trata-se de um conceito muito

próximo daquele que é compreendido como um evento adverso em saúde e correlaciona-se com a definição atual de IACS por ser mais abrangente e no qual está imputado, não só as infeções adquiridas em meio hospitalar, como também todas as infeções que surgem em consequência de prestação de cuidados de saúde, independentemente do local onde os utentes se encontram (centros de saúde, lares, unidades de cuidados continuados, entre outros).

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2008), refere-se às IACS como sendo as infeções adquiridas por utentes e profissionais, associadas à prestação de cuidados no local onde forem prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários). Já o *Centre for Diseases Control* (CDC) referido pela DGS (2009, p. 12), considera as IACS como “uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina. Deve ser evidente que a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar”.

A DGS (2009, p. 13) alerta que não são consideradas IACS “infeções associadas a complicações ou extensão de infeções já presentes no momento da admissão, exceto se ocorrer mudança no agente patogénico ou os sintomas sugerirem claramente a aquisição de uma nova infeção”. A nível mundial, o impacto das IACS é controverso, uma vez que se tem verificado um crescente aumento da taxa de IACS. Perante esta condição, emergem problemas, relacionados com o aumento da taxa de morbi-mortalidade, com o prolongamento do período de internamento e, conseqüentemente, com a sobrecarga socioeconómica em saúde quer para os utentes, famílias, cuidadores e instituições.

Atualmente nas instituições portuguesas prestadoras de cuidados estão implementados vários programas que monitorizam a qualidade dos cuidados e segurança dos utentes, no que diz respeito às infeções e nos quais os enfermeiros têm um papel de relevo no processo. Entre esses programas destacam-se: o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, Cirurgia Segura Salva Vidas, Programa de Formação em Segurança do Doente dirigido aos Profissionais de Saúde, Campanha da Higiene das Mãos – “Medidas Simples Salvam Vidas”, Estratégia Multimodal das PBCI, entre outros.

Uma vez em exercício de funções no Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) há sensivelmente três anos, deparo-me diariamente com situações de infeção associadas aos cuidados de saúde, decorrentes de más práticas, falta de recursos humanos e materiais, falta

de formação dos profissionais da instituição e, muitas vezes, renitência e insensibilidade para esta problemática. Nesta linha, sendo o controlo da infeção uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, merece toda a minha atenção no sentido de colmatar, aprofundar conhecimentos, desenvolver competências, assim como dar o meu contributo na prevenção e controlo das IACS. Atendendo a estas considerações, senti necessidade de aperfeiçoar e aprofundar as minhas competências na área do controlo da infeção por considerar que futuramente será uma mais-valia em termos de crescimento profissional e institucional.

De acordo com o *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, citado por Brusaferró et al. (2015), estima-se que 3,2 milhões de utentes agudos adquirem uma IACS em hospitais europeus por ano e como consequência direta das mesmas, 37000 morrem.

Além disso, as IACS integram a listagem dos eventos adversos em utentes hospitalizados e são uma amostra representativa dos mesmos, daí terem sido identificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sinónimo de qualidade, como desafio e um elemento essencial na segurança do utente.

A *World Health Organization (WHO)* publicou em 2014 o Relatório Global sobre a Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos, no qual ressalta que as infeções são uma crescente ameaça à saúde pública, responsável por vários constrangimentos em várias áreas associadas à saúde e na qual tem-se vindo a constatar que os representantes máximos de todo o mundo vêm dispensando progressivamente mais atenção, uma vez que se tem assistido a um agravamento acentuando desta problemática. Para além destas constatações e considerando o facto de a dimensão atribuída às infeções provocadas por microrganismos multirresistentes ter galgado o plano das organizações de saúde fez com que desencadeasse o despertar de interesses por parte dos agentes económicos, tais como o Fórum Económico Mundial, onde nos últimos anos atendendo ao risco global que incorre, tem refletido regularmente sobre esta problemática, a fim de prevenir e controlar as infeções. Em junho de 2015, as Resistências aos Antimicrobianos (RAM) foram um alvo específico de destaque na declaração final da cimeira do G7 na Alemanha, onde se enfatizou similarmente a relevância da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, e da investigação de novos antibióticos.

Por sua vez, em 2016, foi emitido o despacho n.º 3844-A/2016 do XXI Governo Constitucional, em que foi estabelecida como prioridade a defesa do Serviço Nacional de Saúde e, nesse âmbito, foi reconhecida a necessidade de combater as IACS, as quais são

responsáveis por custos que ascendem a cerca de 300 milhões de euros anuais referentes apenas às que estão diagnosticadas como infeções hospitalares.

A prevenção e o controlo eficaz das IACS em organizações de saúde, na perspetiva do ECDC (2013, p. 1), dependem da existência de profissionais especializados em controlo de infeção e com competências específicas que permitam a elaboração, implementação e monitorização de medidas preventivas locais, tais como a higiene das mãos e o isolamento do utente.

A taxa de IACS numa unidade prestadora de cuidados, foi definida pelo Ministério da Saúde em 2016 como "índice de qualidade do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA)", ou seja, um indicador de qualidade e de segurança do utente, que tem como objetivo para o triénio de 2017-2019 a redução da taxa de infeção.

Segundo a DGS (2016), no último inquérito de prevalência de infeção realizado pelo ECDC à escala europeia em 2012, foi identificada uma taxa global de infeção hospitalar a nível europeu de 6,1%, sendo que em Portugal foram determinadas taxas na ordem dos 10,6%.

Já no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial (SESARAM, E.P.E.), a taxa foi de 14,4% em 2012, ou seja, superior à média nacional e europeia (GCPPCIRA, 2018).

Quanto à taxa de prevalência de infeção em Portugal em 2012 rondava os 9% a 10%, ou seja 9 a 10 doentes em cada 100 apresentavam em média uma infeção no hospital (Silva, 2013).

A taxa de infeção está relacionada com um conjunto de fatores de risco aos quais os utentes são expostos. Como exemplo disso temos o uso de antimicrobianos, a gravidade da doença, a cirurgia e os dispositivos invasivos. Estes fatores realmente foram aqueles que mais estiveram diretamente implicados na contração de IACS segundo os inquéritos de prevalência realizados em 2012 e 2017.

Note-se que no inquérito de prevalência de infeção efetuado em 2012 de acordo com a DGS (2017, p. 7), constatou-se que relativamente ao consumo de antimicrobianos nos hospitais que "(...) em Portugal 45,3% dos doentes estavam a ser tratados com antibióticos enquanto na Europa essa percentagem era de 35,8%."

Dado que o consumo de antibióticos reflete um aumento da pressão e seleção de estirpes de microrganismos resistentes, o uso racional de antibióticos deve ser promovido, assim como deve ser prevenido o seu uso inadequado (DGS, 2016).

Relativamente ao inquérito de prevalência, realizado a 17 de maio de 2017 no SESARAM, E.P.E., foram estudados 590 utentes, onde se verificou que a taxa de infeção decresceu a nível regional (8.3%), o mesmo acontecendo a nível nacional (8.9%).

Quanto ao fator de risco *gravidade da doença*, de acordo com a Classificação de *McCabe*, inferiu-se que a prevalência da infeção foi mais frequente na Doença não fatal (sobrevida esperada de, pelo menos, 5 anos) com 65,3 %, seguindo-se a Doença fatal a prazo com 22,4 %. Dos 137 (23,2%) utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos segundo os critérios (presença de febre, de pús no local cirúrgico nos últimos 30 dias após a cirurgia) da *National Healthcare Safety Network (NHSN)*, 20 (33,9 %) contraíram uma IACS.

Outro dos fatores estudados foi a presença dos dispositivos invasivos, tendo-se verificado taxas de infeção mais elevadas na presença do cateter periférico com 77,6 % e na presença de cateter urinário com 44,9 %. Embora os tubos endotraqueais não estejam referenciados como os dispositivos mais prevalentes associados à infeção, constatou-se que das pneumonias registadas, 7,1% estiveram relacionadas com a intubação traqueal. A infeção do trato respiratório inferior e a infeção do local cirúrgico surgem como as mais prevalentes com 28,6% cada, seguindo-se as infeções do trato urinário com 20,0%. Já os microrganismos mais identificados do grupo das Enterobacteriaceas foram a *Escherichia coli*, com 23,1% e a *Klebsiella pneumoniae*, com 13,2%, no que concerne aos Cocos Gram positivo salientam-se os *Staphylococcus aureus* (13,2%) e nos Gram negativo Não Enterobacteriaceas, a *Pseudomonas aeruginosa* foi a mais frequente (5,5%). Os serviços onde ocorreu um maior número de infeções foram a Medicina Interna com 28,8%, seguindo-se a Cirurgia Geral com 21,2%. Já o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e o Serviço de Urgência (SU) apresentaram uma prevalência de infeção na ordem dos 0,2%.

Em suma, para termos um conhecimento mais aprofundado sobre as taxas de infeção e quais os fatores de risco que potenciam o seu desenvolvimento, a Vigilância Epidemiológica (VE) assume um papel relevante na macro intervenção junto das instituições de saúde na medida em que permite medir a eficácia das intervenções implementadas no combate à infeção. São objetivos específicos desta vigilância: o cumprimento das recomendações existentes para uma prática segura, a correção ou melhoria de práticas específicas e o desenvolvimento, implementação e avaliação de novas práticas preventivas relacionadas com as IACS.

Refletindo sobre o papel do enfermeiro na prevenção e controlo da infeção, como elemento integrante do PPCIRA e sobre o exposto anteriormente, optei por direcionar o meu processo formativo para o desenvolvimento de competências especializadas ao doente

crítico tendo em conta a transversalidade do controlo da infeção, nomeadamente em contexto hospitalar.

O enfermeiro especialista “considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011, p. 8656), deve responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção. Estas afirmações corroboram uma das competências do enfermeiro especialista em EMC, a qual refere que o enfermeiro “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011, p. 8656).

A excelência do cuidar advém, indubitavelmente, de uma trajetória profissional que promova o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, alicerçada na aprendizagem decorrente das experiências da vida, na motivação individual, na capacidade crítica, reflexiva e de autoavaliação por parte dos mesmos. A autoformação assume concomitantemente um papel imprescindível na formulação de contributos para a enfermagem enquanto ciência. O enfermeiro, ancorado no contacto de proximidade que detém junto do utente, tem uma intervenção basilar na prevenção e controlo da infeção.

Já o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, é aquele que é detentor de um conjunto de competências exclusivas, que possibilitam desempenhar cuidados de enfermagem individualizados, com qualidade, segurança e com elevado grau de adequação às necessidades do utente, família e cuidador.

Por outro lado, para que a qualidade e segurança dos cuidados seja uma realidade é necessário que a taxa de IACS seja reduzida. Neste sentido, o enfermeiro que desempenha funções no âmbito do controlo da infeção, a nível institucional, segundo o GCPPCIRA (2015), possui um papel fulcral uma vez são exigidas competências relacionadas com a VE, na qual o enfermeiro tem a incumbência de participar no planeamento e implementação dos programas de VE locais e colaborar nos propostos pela DGS, identificar casos de infeção e efetuar a ponte com os elos de cada unidade, a fim de validar a implementação de medidas corretivas e necessidades de intervenção institucional, assim como propor alteração de procedimentos visando a melhoria dos cuidados.

Para além da VE, a função do enfermeiro que exerce funções no controlo da infeção é complementada pela emissão de normas de boas práticas. Este deverá também participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos associados ao controlo da infeção, na sua divulgação e na orientação e supervisão da sua implementação.

Outra das áreas que assume um grande destaque é a área da formação, na qual o enfermeiro irá planear e realizar ações de formação direcionadas para os vários grupos profissionais, priorizando os recém-formados e aqueles que estão em fase de integração.

A assessoria aos gestores da instituição de saúde é outra das funções que assume um peso significativo, uma vez que colabora na elaboração de protocolos relacionados com a formação básica e pós-básica de profissionais de saúde, na definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, visando a prevenção do risco biológico e coadjuva na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na unidade de saúde, tendo por base os indicadores de resultado da gestão em controlo de infeção.

Ao analisar as funções do enfermeiro ligado ao PPCIRA, posso concluir, que muitas das funções descritas são transversais às competências do enfermeiro especialista no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção.

Como elemento integrante do GCPPCIRA do SESARAM, E.P.E., reconheço que a articulação entre todas as áreas focadas é a chave para o sucesso do controlo da infeção no contexto de uma unidade de saúde, pois não é suficiente investir numa determinada área em detrimento de outra para combater de modo eficaz as IACS.

Seguidamente e enfatizando tudo o que já foi aclarado até aqui, passarei a explicar o meu percurso pelos vários contextos de estágio no sentido de validar cada uma das competências adquiridas.

1.2. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto de Serviço de Urgência do Hospital Doutor Nélio Mendonça

Os profissionais de enfermagem que atuam num SU devem possuir formação técnica e científica especializada, contínua e direcionada para o conhecimento dos cuidados adstritos ao utente em situação de urgência/emergência. Dado tratar-se de um serviço onde a imprevisibilidade e a complexidade imperam, é fundamental o enfermeiro responder de forma célere e eficaz com vista a salvar o maior número de vidas, bem como possuir um domínio das suas próprias emoções, conhecimento de seus limites, das suas potencialidades e capacidades.

Diante do exposto e apoiada na perspetiva do potencial de desenvolvimento de competências e habilidades específicas que pretendi desenvolver ao longo do estágio I, relativo à pessoa em situação crítica, realizado em contexto de SU do Hospital Doutor Nélio Mendonça (HNM), delineei como objetivo geral, desenvolver e aperfeiçoar competências no cuidado inerente ao doente crítico em situação de urgência e emergência. Os objetivos

específicos incidiram sobre o desenvolvimento de competências que me permitissem: prestar cuidados de enfermagem especializados a utentes acometidos de disfunções orgânicas complexas em ambiente de urgência; constituir como líder e modelo de referência e de apoio para os meus pares na resolução das situações de maior complexidade apresentadas pelos utentes em contexto de urgência, emergência; e, mobilizar a evidência científica do domínio da enfermagem face à pessoa em situação crítica e incorporá-la no processo de tomada de decisão relativo à prestação de cuidados especializados.

Este estágio I - Urgência, decorreu em junho de 2017 e contemplou um total de 250 horas.

No sentido de evidenciar o percurso trilhado para desenvolver competências específicas relacionadas com o cuidado de enfermagem ao utente crítico em contexto de urgência/emergência tornou-se imprescindível compreender a dinâmica e o funcionamento do SU do HNM, visando um maior conhecimento das etapas que envolvem o atendimento ao utente e do tipo de cuidados que são requeridos neste contexto.

O Ministério da Saúde, no Despacho Normativo 11/2002 (p.1865) de 6 de março, define SU com “(...) serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica”.

Já no que concerne às situações de urgência e emergência, o mesmo Despacho considerou como urgentes/emergentes todos os casos que impusessem a intervenção médica imediata atendendo à gravidade e à clínica apresentada.

Por outro lado, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU, 2014) diferencia a conceção de urgência e emergência, explicando que uma situação de urgência se reporta à intervenção, avaliação ou correção no menor tempo possível dessa situação e visa ser curativa ou paliativa. Por sua vez, entende por emergência uma situação em que se constate a possibilidade de ocorrência de risco de perda de vida ou de função orgânica, na qual é imperativo intervir no mais curto espaço de tempo.

Após a ressalva efetuada, passo à caracterização do SU do HNM. Existem vários níveis de SU, que vão desde o SU Básico (nível 1), passando pelo SU Médico – Cirúrgico (nível 2) e SU Polivalente (nível 3). O SU do HNM é classificado, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, como SU Polivalente, uma vez que dá resposta às situações de Urgência/Emergência por ser o mais especializado e com maior carteira de serviços, na Região. Localiza-se no andar técnico do HNM e está subdividido em duas alas (adultos e

pediatria). Neste relatório, irei focar-me na ala dos adultos. É um serviço misto que admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino, com idade superior a 18 anos. Tem as seguintes especialidades médicas a funcionar em áreas próprias: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e as restantes em regime de prevenção.

Dá cobertura a uma população de aproximadamente 255 mil habitantes. Os utentes que recorrem ao SU, são provenientes de toda a ilha, ou seja, poderão ser oriundos dos cuidados de saúde primários (através de referenciação), do domicílio, das clínicas, dos lares, da rede de cuidados continuados ou de outros hospitais. Dado que o SU é considerado uma unidade de saúde diferenciada em recursos humanos, materiais e tecnológicos, que funciona em regime de “porta aberta”, para muitos utentes é o recurso mais fácil e com maior garantia de sucesso no acesso aos cuidados de saúde que necessitam, acabando por servir de “ponte” para o primeiro contacto com os serviços de saúde diferenciados, nomeadamente os ligados às especialidades, daí que o número de atendimentos por ano, em 2016, tenha rondado os 127 172, tendo-se verificado uma redução em 2017 para os 115 964 (320 utentes por dia), ou seja, menos 11 208 atendimentos (SESARAM, E.P.E., 2018).

Relativamente à dinâmica e ao espaço físico, o SU é composto por uma sala de admissão/espera, por uma sala de triagem; quatro “boxes” para avaliação e observação dos utentes; sala de tratamentos onde são efetuadas as colheitas para envio ao laboratório ou banco de sangue, a administração de terapêutica e a realização de procedimentos invasivos: cateterismos, punções, entubações; sala de recuperação, onde permanecem utentes que apresentam alguma instabilidade e requerem uma vigilância maior; sala aberta, na qual permanecem os utentes estáveis e que aguardam resultados analíticos e de exames; sala de cirurgia, onde ficam os utentes que estão a aguardar avaliação da cirurgia; sala de pequena cirurgia onde são efetuados alguns tratamentos a feridas e suturas; a sala de ortopedia, que está vocacionada para realização de talas gessadas, colocação de ligaduras, entre outros; inclui ainda uma Sala de Observação (SO) que está direcionada para utentes que necessitam de monitorização, que estão instáveis e que estão a aguardar evolução da sua situação clínica; sala de cuidados especiais para utentes em situações críticas que requerem uma vigilância mais apertada ou que necessitam de Suporte Avançado de Vida (SAV); um isolamento, utilizado para casos em que surjam doentes imuno-comprometidos, com suspeita de infeção ou infetados; Sala de Emergência (SE), indicada para a receção e estabilização das situações emergentes. Para além destas, existem outras áreas de apoio ao SU, como a copa dos doentes, o gabinete do chefe, arrecadação de soros, de materiais, roupa, os despejos e várias casas

de banho para utentes e profissionais, bem como o gabinete médico, de enfermagem e do secretariado.

Assim que um utente recorre ao SU, quer pelos seus próprios meios, quer de ambulância terá de ser facultada na secretaria do SU a sua identificação para efetuar a inscrição no sistema, de modo a ficar disponível no aplicativo da triagem onde é efetuada uma apreciação e recolha de dados visando a identificação do nível de prioridade no atendimento traduzida por uma cor, de acordo com as normas de Triagem de Manchester.

Os utentes referenciados pelo seu médico assistente, provenientes dos Centros de Saúde, fazem-se acompanhar por uma Carta de Referenciação sendo também submetidos a triagem para definir o grau de prioridade. Após a identificação, todos os utentes passam (exceção: pessoa em situação crítica e utentes nos quais são ativadas as vias verdes) pela sala de triagem, onde um Enfermeiro com formação diferenciada, efetuará uma avaliação e colocará algumas questões sobre o motivo da sua ida à urgência.

No SU existem as chamadas Vias Verdes (AVC, Coronária, *Sépsis* e Trauma) ou Sistemas de Resposta Rápida, (Despacho n.º 10319/2014 (p. 20676)). Nestes, todos os SU desempenham um papel específico na cadeia de resposta numa situação de urgência ou emergência. O procedimento indicado para dar resposta a estas situações é iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, no qual o sistema pré-hospitalar e hospitalar vai garantir o encaminhamento, a continuidade e a integração de cuidados dos vários sistemas. Apenas em contexto de ativação da Via Verde, o utente não é submetido a triagem e tem um atendimento prioritário.

A todos os utentes é disponibilizada uma pulseira com a identificação e a respetiva cor; assim, os utentes são atendidos por gravidade da doença e não pela ordem de chegada. Com este método é possível estabelecer, logo à entrada, quais as situações mais graves e priorizar o atendimento. A Triagem de Manchester contempla as seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco, em que cada uma delas traduz uma classificação do nível de urgência e dos tempos médios de espera: emergente (atendimento imediato), muito urgente (até 10 minutos), urgente (até 60 minutos), pouco urgente (até 120 minutos), não urgente (até 240 minutos) e tem indicação para um atendimento programado.

Para entender a utilidade da Triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um SU hospitalar é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente a urgente), representativas de risco de vida. Perante a avaliação do utente e a atribuição de um vermelho, o enfermeiro da triagem é responsável por ativar a sala de emergência através de uma campainha. Os tempos de espera

correspondem a tempos-alvo, sendo indicadores do tempo em que o utente deve ser atendido. Em períodos nos quais se constate uma grande afluência e pressão sobre o SU, pode acontecer que estes tempos sejam ultrapassados.

Após a triagem, o utente será observado nas salas de atendimento da área médica, cirúrgica ou ortopédica e em casos específicos encaminhados para ginecologia/obstetrícia. Realizado o atendimento, o utente, ou terá alta, ou então será encaminhado uma das outras áreas para realizar exames complementares de diagnóstico, ou para a sala de tratamento do SU. Caso se verifique a necessidade de efetuar tratamentos poderá ser indispensável ficar temporariamente na sala de recuperação ou no SO, de acordo com a situação clínica. Nas situações que imperem uma patologia do foro cirúrgico o utente será encaminhado para a área cirúrgica (sala de cirurgia e/ou sala de pequena cirurgia).

Se precisar de realizar exames complementares de diagnóstico ou tratamento, o utente é acompanhado por um assistente operacional. Caso se verifique o compromisso do estado de consciência, das funções vitais e orgânicas o utente é acompanhado também por um médico e um enfermeiro de modo a garantir a segurança no transporte do utente, a estabilidade e a viabilidade da realização do exame. Na decisão de transportar terá de imperar primariamente o bom senso clínico e a prévia análise do risco/benefício, para assegurar um transporte isento de eventos adversos e zelar pela integridade do utente através da vigilância e prestação de cuidados que assegurem a manutenção das funções vitais, caso haja necessidade. Para tal, o planeamento e a sua efetivação associada a uma articulação eficaz entre os elementos da equipa que efetuam o transporte é fundamental para o sucesso e diminuição dos eventos adversos. Neste sentido, Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre e Capellier (2010) mencionam que a preparação e organização do transporte são elementos essenciais porque têm impacto sobre o prognóstico da pessoa em situação crítica a curto/médio prazo.

No transporte, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel preponderante porque é aquele que detém experiência em reanimação e treino em transporte de doente crítico. Considerando esta premissa, a formação e a experiência clínica, próprias da qualificação técnica, são aspetos fundamentais para promover e garantir a segurança do utente durante o transporte (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Corroborando todos estes aspetos, a Mesa do Colégio de Especialidade em EMC emite o Parecer n.º 09 / 2017 sobre transporte da Pessoa em Situação crítica.

Na eventualidade de ser indispensável ser avaliado por uma especialidade assegurada em regime de prevenção, será indicado o local no qual o utente irá aguardar (sala aberta, sala de recuperação ou SO). Se a situação clínica assim o indicar, o utente poderá ser transferido para outros serviços de internamento hospitalar, como, por exemplo, para o SMI, bloco operatório, entre outros.

Os utentes admitidos no SU têm direito a um acompanhante por si indicado, sempre que as circunstâncias o permitam. Todavia, nem sempre é possível atender a este direito uma vez que as condições físicas não o permitem. Nos casos em que o utente tenha dificuldade em fornecer dados da sua história clínica, quer pelo estado de consciência, quer pelas suas limitações verbais, o acompanhante é solicitado pelo profissional de saúde a permanecer junto do utente. Nas outras situações, é disponibilizado ao acompanhante um documento com a identificação do utente e aquele é orientado para permanecer na sala de espera e manter-se atento ao sistema interno de comunicação através do qual será chamado, caso a sua presença seja necessária. Em casos onde o segredo clínico possa ser violado ou em que o comportamento do acompanhante perturbe ou interfira com o normal funcionamento do serviço, a presença de acompanhante pode ser dispensada, ou mesmo suspensa.

Quanto ao SO, é um espaço de internamento de curta duração, com regras próprias no que concerne às visitas: são restringidas para um total de 10 minutos; cada utente recebe apenas uma visita de cada vez; podem ser interditas por ordem de um profissional de saúde ou podem ser interrompidas caso seja necessário dispensar cuidados médicos e de enfermagem ao utente.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é constituída por 69 elementos, distribuídos por seis equipas funcionais com 11 elementos. Cada equipa é dirigida pelo chefe de equipa que poderá ou não ser especializado. No caso de não ser especializado, trata-se de um enfermeiro considerado perito em urgência/emergência, reconhecido como sendo detentor de um nível de conhecimentos e competências específicas adquiridas ao longo de vários anos de exercício profissional naquele contexto. Integram estas equipas, pelo menos, dois elementos especializados em EMC, adstritos à SE, SO, cuidados especiais e isolamento e um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (alocado à sala aberta e de tratamento). O especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria desempenha um papel fundamental junto dos utentes, famílias e cuidadores, atendendo ao facto, por exemplo, de possuir um conjunto de competências mais específicas na gestão da ansiedade, medos, comunicação de más notícias, entre outros.

Em cada equipa o chefe assume o papel de responsável de turno, gerindo a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, equipamentos, dispositivos médicos e farmácia, sempre que necessário. Este enfermeiro é ainda responsável pela verificação da SE. Contudo, será pertinente equacionar se a SE não deveria ser verificada pelo elemento A (*Team Líder*), enfermeiro especialista em EMC, pois é aquele que vai liderar a equipa no caso desta sala ser ativada. Isto porque se for o responsável pela verificação do material, terá uma noção mais precisa do seu acondicionamento, das lacunas existentes e de todo o material e equipamento que terá ao seu dispor no caso de necessitar intervir. Para além deste elemento, estão adstritos em situações de emergência mais dois enfermeiros, um elemento B, que tem como função a cateterização e otimização de acessos venosos e colheita de espécimes. Ao elemento C compete colaborar com os outros dois elementos, sendo sua responsabilidade preparar e administrar a terapêutica, assim como registar em diário clínico a avaliação global do utente e as intervenções executadas. Por sua vez, o enfermeiro chefe do SU é responsável pela gestão do serviço, apoiado por duas enfermeiras, uma especialista em reabilitação (na ausência do chefe é quem o substitui e está mais afeta à gestão dos materiais, equipamentos e recursos humanos de enfermagem) e outra generalista (afeta à gestão e supervisão dos assistentes operacionais).

A equipa de enfermagem desenvolve o cuidado segundo o método de distribuição por posto de trabalho, sendo repartida pelas diversas áreas funcionais, nas quais cada enfermeiro é responsável pelos utentes a quem presta cuidados. Assim, em cada turno, há pelo menos um enfermeiro alocado a cada posto de trabalho: um ou dois à triagem, dois à sala de tratamento, dois à sala de recuperação, um à Sala de Pequena-Cirurgia, um à de Sala de Ortopedia, um à sala aberta, dois ao SO, um aos cuidados especiais, não assumindo postos fixos, habitualmente rodando entre os turnos.

Relativamente à rotação dos postos de trabalho do enfermeiro, Dinis e Fronteira (2015) num estudo realizado sobre a “A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia” concluíram que a rotação dentro do mesmo posto de trabalho incentiva os enfermeiros a atingir um desempenho mais elevado, proporcionando um crescimento e desenvolvimento contínuos de novos conhecimentos e competências, potenciando a qualidade dos cuidados. De igual modo, atestam que os gestores são de opinião que a rotação pode ajudar os profissionais a adquirir um leque de capacidades e, conseqüentemente, a ampliação dos seus conhecimentos, reduzindo a possibilidade de *burnout*. Porém, num ambiente de trabalho, onde as relações interpessoais estão fortemente vinculadas, podem ser desencadeadas pressões de carácter emocional. Por

outro lado, se a rotação for elevada, pode não ser positiva e devem ser considerados no planeamento da rotatividade os fatores associados à experiência, à aprendizagem e à familiarização com o trabalho. Os mesmos autores, inferiram também que a “rotação entre secções não influenciou o nível de satisfação global, mas apenas algumas dimensões específicas” (Dinis & Fronteira, 2015, p. 9).

Atendendo às características do SU e à gestão do mesmo, sou de opinião que o método aplicado se coaduna com a eficácia, qualidade e a celeridade necessárias na resposta às situações que surgem face à sua imprevisibilidade.

Quanto à SE é um “palco” funcional particularmente exigente, que se caracteriza por acolher utentes em situação crítica por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. No entanto, habitualmente a admissão de uma pessoa em situação emergente neste espaço implica a presença não só do enfermeiro afeto a esta unidade funcional, mas também em primeira instância dos enfermeiros que o apoiam diretamente. Cada uma das áreas referenciadas tem as suas especificidades, constituindo um desafio para o enfermeiro, impelindo-o a efetuar uma análise crítica e reflexiva da sua dinâmica, articulação com os múltiplos profissionais de saúde, o que contribui para o desenvolvimento de competências e aprendizagens. Pela sua especificidade exige que o enfermeiro alocado a SE possua uma multiplicidade de competências especializadas. Deter um domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, ser capaz de operacionalizar, em situações de urgência/emergência, protocolos complexos de atuação e simultaneamente trabalhar em equipa, bem como estar apto a comunicar más notícias, a gerir o tempo disponível, os recursos humanos e materiais alocados, todos estes factos traduzem um conjunto de contributos essenciais para atingir a excelência dos cuidados num serviço desta natureza. Pelo descrito, o que determina a alocação dos enfermeiros especialistas na coordenação na SE e SO deve-se ao reconhecimento do padrão de conhecimentos de que são detentores e que facultam um julgamento clínico de elevado nível, tal como uma tomada de decisão mais facilitada nos diferentes domínios da sua área de especialidade.

O enfermeiro que exerce funções no SU integra uma equipa multidisciplinar, que comporta uma diversidade de grupos profissionais que conjugam esforços no sentido de prestar cuidados de saúde com qualidade e de excelência a cada um dos utentes admitidos. Para que tal seja profícuo é necessária uma articulação coerente, eficaz e eficiente entre os diferentes intervenientes, onde a comunicação e a inteligência emocional assumem-se como elementos centrais.

A equipa médica é composta maioritariamente por médicos de medicina interna e cirurgiões, estando em presença física permanente, pelo menos, um médico de cada uma destas especialidades durante 24 horas. Por outro lado, conta ainda, de modo condicionado ou de prevenção com as seguintes especialidades: Nefrologia, Cardiologia, Urologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada - TAC e Ressonância Magnética Nuclear - RMN), Patologia Clínica, Gastrenterologia, Neurocirurgia, entre outras.

Para além destes profissionais, integram também a equipa multidisciplinar os assistentes operacionais, que igualmente estão distribuídos por posto de trabalho. São responsáveis pela assistência aos utentes, limpeza dos espaços comuns, unidades do utente, pela limpeza e acondicionamento dos dispositivos médicos, bem como do acompanhamento dos utentes para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, sendo sempre supervisionadas/tuteladas/delegadas as suas atividades pelo enfermeiro.

De seguida efetuarei uma análise crítica sobre o desenvolvimento das habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos referentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade no âmbito da EMC, contextualizando-as nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal

Uma das questões fundamentais inerentes ao agir com responsabilidade profissional, ética e legal é o assegurar o direito à autodeterminação.

Para atender ao respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de informar o utente, a família e o cuidador relativamente aos cuidados de enfermagem, sendo para tal imperativo, de acordo com o artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2015, p. 8)

respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Ao reger-se por estes princípios nos seus atos, o enfermeiro irá respeitar a integridade biopsico-social, cultural e espiritual do utente, segundo o artigo 97.º do CDE (2015, p. 3), “(...) cumprindo as convenções e recomendações internacionais que lhe sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente retificadas e adoptadas pelos órgãos de soberania competentes (...)”, o que vai ao encontro dos deveres gerais do enfermeiro.

Conjugando estes factos, na opinião de Silva (2007, p. 14), é do conhecimento geral que os SU

funcionam em espaços despersonalizados, partilhados simultaneamente por muitos utentes e vários profissionais de saúde, num ambiente de permanente azafama onde se observam situações de risco iminente de vida. A permanência de utentes em macas e cadeiras, por longos períodos de tempo nos corredores é testemunho frequente de quem recorre a estes serviços (...)

O que não se afigura como evidente é a solução ou soluções para este problema, muitas vezes rotulado como um ambiente desumano e caótico (Chambel, 2012). Por vezes é difícil atuar para prevenir estas situações, atendendo à dimensão da equipa de enfermagem que compõe o SU e da equipa multiprofissional. No sentido de colmatar esta situação, discutiu-se a possibilidade de restringir o acesso de alguns acompanhantes às diversas salas; de estabelecer uma listagem dos elementos da equipa multiprofissional que deve configurar em caso de ativação da SE. A dotação das salas de recuperação, sala aberta, cirurgia e SO com equipamentos adequados à utilização de cortinas, à semelhança do que já havia sido efetuado nas boxes, foram outras das sugestões analisadas. Estas sugestões numa fase posterior foram expostas à diretora do SU e ao respetivo enfermeiro chefe. Considero que também seria importante haver junto dos profissionais uma maior sensibilização para a importância e promoção da privacidade, porque a expectativa natural de privacidade que existe na relação profissional/utente é construída com base num contexto de relação de confiança, sendo a sua natureza confidencial aceite pelos profissionais de saúde e exigida pelo utente e pela sociedade em geral. Como tal, sou de opinião que, mesmo em contexto de urgência, a privacidade do utente deverá ser tida em atenção, pois para prestar cuidados com qualidade em situações que exigem muito por parte do profissional, torna-se imprescindível manter e salvaguardar a privacidade, pois o respeito pela privacidade e intimidade do utente é um dos pressupostos dos deveres que o enfermeiro deve assumir perante o utente, de acordo com o artigo 107.º do CDE (2015). Neste sentido, adotei uma postura de proteção pela sua privacidade, pelos seus interesses.

Considero como positivo, haver por parte de quem estava a dirigir a equipa, por exemplo na SE, lembrar junto dos elementos que acedem à mesma sem necessidade, para evitarem esse tipo de prática. Quanto ao que considero menos positivo, parece-me factual a falta de sensibilidade de alguns profissionais para a promoção da privacidade neste contexto e noutros descritos anteriormente, agravado, pela falta de recursos materiais e estruturais que permitam proporcionar uma maior privacidade aquando da prestação de cuidados. Acresce a estes factos, a necessidade e a intenção de zelar pela privacidade, mas não o fazer por não

haver meios e condições para o fazer. Silva (2007, p. 27), afirma que: “O conceito de privacidade está fortemente ligado à noção de subtração da atenção pública, de reserva social, encontrando-se subjacente uma oposição entre o público e o privado, tal como se houvesse um corte, uma separação demarcada entre estes dois ambientes.”

Outro dos aspetos a ressaltar, decorrente das situações que surgiram em contexto de urgência e emergência, diz respeito ao consentimento presumido aquando da execução de técnicas e procedimentos na admissão de utentes na SE, nas quais, na impossibilidade de solicitar previamente o consentimento informado para intervir posteriormente, dada a gravidade da situação, o estado de consciência dos utentes e ausência de pessoa significativa, atuei de acordo com o consentimento presumido. Ou seja, o consentimento traduz-se pela manifestação da vontade de um utente perante uma intervenção e tratamento específico, no qual o exercício da autonomia e a vontade do utente, de dispor do próprio corpo, assenta no direito à dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1.º Constituição da República Portuguesa. Já, o consentimento presumido é aplicado nos momentos em que não se verificam as condições mínimas necessárias para obter o consentimento declarado e ainda quando não se identificam dados objetivos e fiáveis de que o utente se opõe a uma intervenção específica (Nunes, 2014).

Por sua vez, a necessidade de obter o consentimento enquadra-se, basicamente, na consagração da autonomia/liberdade do utente intervir numa decisão arrolada sobre si. Legitima-se como um meio de proteção próprio de um direito fundamental, a dignidade de cada indivíduo como pessoa humana na sua autodeterminação. Assim, segundo o artigo 99.º do CDE (2015, p. 5):

As intervenções do enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (...) são valores universais a observar na relação profissional, (...) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (...).

Em síntese, quando o utente é incapaz de consentir ou dissentir intervenções, atos e tratamentos de caráter médico e cirúrgico, o consentimento presumido garante a proteção da autonomia e da vontade. Estas situações despoletam questões do foro ético e jurídico relativas ao domínio da ação em cuidados de saúde, impondo a necessidade de atuar mantendo o discernimento proporcional nos casos onde o profissional atua apoiado numa vontade hipotética do utente. Portanto, o preceito aplicado é “*in dubio pró vita*”, no qual, na ausência de conhecimento da vontade real do utente é legítimo intervir e tratar para salvaguardar a vida em situações de incapacidade.

Face à pessoa em situação crítica e incapaz, mobilizar a evidência científica no domínio da Enfermagem e incorporá-la no processo de tomada de decisão intrínseco à prestação de cuidados especializados é imprescindível na atuação do enfermeiro em contexto de urgência.

Cuidar de um utente em contexto de urgência e emergência implicou um conjunto de tomadas de decisões rápidas e seguras assentes em princípios, valores e normas deontológicas, nas quais recorri às técnicas de tomada de decisão. Segundo Teixeira (2013), o modelo padrão do processo de tomada de decisão envolve cinco fases, definidas como: identificação do problema, desenvolvimento de alternativas, escolha da melhor alternativa, implementação da melhor alternativa e o feedback.

O processo de tomada de decisão em contexto de urgência e emergência pode ser influenciado e condicionado por diferentes cenários: o do risco, da certeza e/ou incerteza, ambivalência e/ou turbulência. Atendendo a cada cenário, a mesma situação pode necessitar de uma intervenção, por parte do enfermeiro, ajustada, distinta e personalizada para responder eficaz e eficientemente às necessidades e problemas diagnosticados. Considerando o contexto de atuação, onde o desconhecimento, a indecisão e a dúvida imperam, por vezes, as decisões tomadas são potenciadoras de dilemas, como por exemplo, o de reanimar, o de transfundir, o de prolongar a vida. Este tipo de decisão não programada, na perspetiva de Teixeira (2013), implica a modificação no modo de atuação porque o enfermeiro não possui informação precisa sobre os antecedentes pessoais, os dados alusivos à saúde e vontades do utente e tem de atuar no imediato.

O autor supracitado, refere ainda que o processo de tomada de decisão sofre a influência de fatores não programados, tais como a disponibilidade para analisar problemas, acontecimentos e procedimentos desconhecidos, o local do evento, o tipo de desafio e as várias alternativas a estes. Nestes casos, o dilema surge quando estamos perante a tomada de decisão não programada, onde a sua resolução vai surgindo à medida em que os problemas vão sendo identificados, o que provoca, por vezes, a desestruturação das decisões.

Considerando tratar-se de um serviço onde ocorrem em simultâneo situações de sobrelotação, de urgência/emergência que exigem do enfermeiro o vivenciar de um conjunto de experiências únicas, um parecer e uma resposta prontamente eficaz, impõe ao enfermeiro a seleção do alvo dos seus cuidados, o que provoca por vezes culpa e gera conflitos pessoais, pelo facto de não agir em conformidade com o que julga ser correto e por considerar os comportamentos adotados limitados de ética e compromisso social (Pai & Lautert, 2008).

De modo a cumprir com o emanado no artigo 102.º do CDE (2015) sobre os valores humanos que o enfermeiro deve respeitar no exercício das suas funções e tendo como pressuposto o desenvolvimento de competências relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal, zelei e respeitei na minha atuação e fiz cumprir as vontades, desejos, assim como a individualidade e integridade biopsicossocial, cultural, espiritual, os valores humanos (morais, culturais) que são imputados aos utentes, seus familiares e cuidadores. Cuidei do utente sem o discriminar, salvaguardando os seus direitos (vida, dignidade, justiça, autodeterminação, segurança, benevolência, respeito) e absteve-me de juízos de valor, ou seja, fundamentei as minhas decisões nos princípios, valores e normas deontológicas do enfermeiro.

Aquando da minha passagem pelo SU apercebi-me que a admissão de um utente tem implicações a vários níveis, uma das quais é a privacidade individual, dado que esta assume um papel preponderante nos vários domínios da vida de cada um de nós, em especial nos momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade, que acompanham o processo de doença, constituindo nas palavras de Silva citando Nunes (2007, p. 11) “um valor e um direito em si mesmo”. No decurso do estágio, observei que a privacidade dos utentes é, por vezes, negligenciada pela equipa de enfermagem e por outros profissionais que interagem com o utente. Esta situação é mais frequente quando surge a necessidade de recorrer a técnicas invasivas (algalias, cateterismos centrais, entre outros...) troca de roupas, posicionamentos, realização de exames, prestação de cuidados de higiene, transmissão de informação clínica aos familiares e ao próprio utente nos diversos contextos: sala de tratamento, sala de recuperação, sala aberta, SO, cuidados especiais e SE, porque urge agir atempadamente e adequadamente na estabilização do utente em detrimento de preservar a privacidade.

Tradicionalmente relacionado com a temática da humanização na saúde, o direito à privacidade, segundo Silva (2007), assume atualmente, novas dimensões, novos limites, em consequência da expansão das tecnologias de informação e comunicação.

É igualmente do conhecimento comum que no decorrer do processo de prestação de cuidados de saúde durante a hospitalização, as zonas de intimidade da pessoa são alteradas. A inevitável proximidade física e mesmo psicológica, incidindo sobre os aspetos íntimos da pessoa, podem provocar sensações de perda de autonomia, colocando em risco “a necessidade humana básica de privacidade” (Silva, 2007, p. 11).

Pressuponho que atitudes como as por mim observadas, devem-se a um conjunto de fatores que passo a enunciar: inexistência de regras e organização por parte das equipas;

a gravidade da situação do utente; escassez de recursos materiais e humanos; prática de enfermagem, por vezes, não refletida e estruturas físicas inadequadas.

Outra particularidade a considerar quando estamos perante um utente crítico é a comunicação e a relação de ajuda entre o enfermeiro/utente/família/cuidador, pois estas são de extremas importância. O enfermeiro deve respeitar os princípios da autonomia, consentimento informado e o direito à informação, uma vez que a doença e a hospitalização são responsáveis pela ocorrência de medos e insegurança que poderão potenciar distúrbios psicológicos, espirituais, físicos, sociais e familiares. Realce-se que o CDE, no artigo 105.º (2015), alude ao dever que o enfermeiro tem de informar o utente, a família e o cuidador relativamente aos cuidados que presta, assim como respeitar, proteger e promover o direito ao consentimento livre e informado. Igualmente, o estabelecimento de uma relação de ajuda, alicerçada na empatia, na manifestação de confiança, na verdade, na privacidade e a na confidencialidade, são aspetos de extrema relevância (Muller, 2002).

A promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais são fatores determinantes para a prestação de cuidados e para o cumprimento dos aspetos ético-legais.

Competências comuns: Melhoria contínua da qualidade

De acordo com o artigo 97.º do CDE (2015), o enfermeiro tem o dever de possuir conhecimentos científicos e técnicos, assim como de respeitar a vida e a dignidade humana. Acresce o facto de zelar pela saúde e bem-estar da população, implementando estratégias com a finalidade de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Quando pensamos em qualidade, simultaneamente pensamos no valor que tem para a pessoa e no significado que cada uma lhe atribui. Para as pessoas, a qualidade é pessoal e subjetiva, porque atende aos valores e critérios que cada um lhe atribui dado que não é possível medir. Não podemos vê-la como um valor humano recente, uma vez que sempre esteve presente nas nossas vidas ainda que por vezes não tenhamos dado por ela. Trata-se de um aspeto intemporal e que é transversal a todos os contextos e organizações. Inicia-se no seio da família e é dada continuidade no meio onde a pessoa está inserida. Reflete valores, hábitos e tendências sociais (Costa, 2013).

É baseado neste conjunto de conhecimentos e valores que se desenvolve a cultura da qualidade, traduzida pelo saber fazer bem e cada vez melhor, ou seja, há uma procura contínua pela excelência, o que permite que se desenvolva qualidade e progresso sustentado

a nível das organizações. O nível de qualidade de uma organização vai traduzir o nível de sucesso da atuação dessa organização.

A destacar que no Plano Nacional de Saúde, emanado para 2011-2016, pelo Ministério da Saúde (2011, p. 2), este advoga que

a Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

O HNM, por nomeação do Conselho de Administração, segundo o Jornal Oficial (2016) possui uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, responsável pelo acompanhamento e monitorização dos níveis de qualidade global e segurança na prestação de cuidados. Esta comissão promove ações que culminam com a melhoria da qualidade da assistência através da humanização e também da gestão integrada das situações de risco.

Mais recentemente, em 2017, foi criada a Comissão de Risco Global no HNM, a qual integro por nomeação pelo Conselho de Administração. Esta comissão tem como finalidade a gestão do risco clínico e não clínico, o que implica uma análise das participações dos eventos adversos (como por exemplo: infeções, quedas, agressões), dos acidentes e incidentes e da intervenção dos seus membros no sentido de solucionar as situações identificadas. Outra das áreas de intervenção é a formação dos profissionais de saúde na área do risco clínico e não clínico e a elaboração de procedimentos e protocolos de atuação em contextos específicos. Está direcionada para responder aos utilizadores internos e externos, nomeadamente utentes, doentes, profissionais, visitantes e público em geral, em todos os sectores de atividade. Nesta comissão, tenho como missão estabelecer a ponte e simultaneamente representar o GCPPCIRA nos pareceres específicos sobre as infeções notificadas pelos profissionais de saúde e sua validação. Também, tenho o papel de consultora, o que requer um nível de competência correspondente à sua especificidade, indo ao encontro do que defende o REPE (2011), pois reconheço a importância de ter o domínio de algumas das áreas ligadas ao risco clínico e não clínico e controlo da infeção. Mediante o domínio destas áreas, tenho a possibilidade de promover a qualidade nos cuidados de saúde através da correção de más práticas, nomeadamente no que diz respeito ao descarte de resíduos, à gestão de camas na sala de cirurgia e no SO, à utilização em segurança de alguns dispositivos médicos, como, por exemplo, as seringas de gasometria, cateteres centrais, administração de terapêutica na sala de recuperação, organização das gavetas da bancada de trabalho, assim como do carro de apoio às cateterizações e colheita de espécimes.

Realce-se que o Despacho n.º 5613/2015, emitido pelo Ministério da Saúde faz referência à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, onde alude à obrigação das instituições, bem como dos profissionais de saúde em garantir que os cuidados aplicados aos utentes respondem a critérios de qualidade. Neste despacho, um dos tipos de indicadores que os profissionais têm de monitorizar diz respeito aos indicadores de segurança, dos quais fazem parte, entre outros, a taxa de infeção.

Como elemento integrante do Grupo de Coordenação dos Registos Eletrónicos de Enfermagem na região, no qual tenho, entre outras, a função de realizar formação neste âmbito e, conseqüentemente, acompanhar e monitorizar todo o processo correspondente à informatização dos serviços, bem como de contribuir para a construção da aplicação informática de registos eletrónicos de enfermagem, tendo como potencialidades a interoperabilidade das várias aplicações existentes e a informação centrada no utente, ou seja, um processo único independentemente do contexto onde o utente se encontre (cuidados de saúde primários, hospital de dia, internamento, urgência), considerarei pertinente dar o meu contributo, no sentido de incentivar e motivar a equipa para os registos de enfermagem de acordo com a norma de boas práticas de registo, replicando a estratégia para a elaboração do plano de cuidados dos utentes e plano de trabalho. Assim, aquando da minha passagem pelo SO e SE, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos que possuo relativamente aos registos de enfermagem, de efetuar registos e planos de cuidados personalizados, com diagnósticos específicos para o doente crítico e em falência multiorgânica, assim como planear e executar intervenções de enfermagem sensíveis aos problemas identificados, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados e assegurando a continuidade dos mesmos.

Uma vez que os registos efetuados transparecem o tipo de cuidados prestados e as áreas de investimento de cada enfermeiro, foi possível intervir junto da equipa no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pela reflexão feita sobre os focos de enfermagem identificados para o utente crítico, o tipo de cuidados prestados, planeados e os problemas identificados. Este trabalho foi realizado em articulação com o enfermeiro chefe, elemento de referência, enfermeiro formador e restantes elementos da equipa. A minha proatividade foi imprescindível para motivar e cooperar com a equipa, a fim de aprimorar a elaboração dos planos de cuidados e registos efetuados, assim como para recheiar a parametrização com mais diagnósticos, uma vez que possuíam uma parametrização que não dava resposta a grande parte dos problemas apresentados pelos utentes naquele contexto, inviabilizando, por vezes, a continuidade dos cuidados; a título de exemplo, destaco a

parametrização do diagnóstico associado ao risco de infeção do local de inserção do cateter central e vesical e às intervenções de manutenção dos mesmos.

Esta minha atuação coaduna-se com o dever do enfermeiro, descrito no artigo 104.º do CDE (2015), onde se defende que o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados através do registo rigoroso dos acontecimentos observados, assim como as intervenções executadas.

Também, junto da equipa onde estava inserida, foi possível efetuar cuidados de enfermagem e posteriormente planos de cuidados com alguns colegas de equipa, demonstrar como é possível extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem a partir dos planos realizados e da validação das intervenções executadas.

Nas situações de emergência, atuei sempre primando pela segurança do utente e pessoal. Esta atitude, por vezes, tornou-se difícil de por em prática, uma vez que houve situações onde tive de improvisar (por exemplo, para conseguir monitorizar um utente), atendendo aos constrangimentos que encontrei, quer relacionados com a estrutura física, quer com os recursos materiais, físicos e humanos disponíveis. Tais factos contradizem o que defende o CDE, no artigo 109.º (2015), dado que a excelência do exercício profissional implica garantir condições de trabalho que facultem o exercício da profissão com dignidade e autonomia, transmitindo aos gestores as lacunas que lesam a qualidade dos mesmos.

Considerando a qualidade dos cuidados que o enfermeiro em contexto de urgência imprime na sua execução apesar dos constrangimentos humanos e materiais, por vezes essa qualidade é invisível aos olhos dos utentes porque o nível de satisfação será influenciado por uma diversidade de fatores que vão desde a valorização da celeridade no atendimento, resolução do problema que levou o utente a recorrer à urgência, passando pelas condições físicas e estruturais do SU.

Para Ricardo (2010, p. 14) é difícil avaliar

o grau de satisfação dos utentes, pois o que determina a qualidade nesses casos é o valor percebido pelo cliente, ou seja, fatores intangíveis que são percebidos através dos sentidos, como um ambiente acolhedor, um bom atendimento e agilidade nos processos, que geram bem-estar e atendem as expectativas.

Em síntese, de facto, procurei refletir sobre o meu desempenho, enquanto futura Enfermeira Especialista, sobre o crescente desenvolvimento técnico e científico, traduzido numa proficiente utilização clínica do mesmo, contribuindo para a melhoria da qualidade e procurando a excelência dos cuidados prestados, baseada numa atitude reflexiva contínua.

Competências comuns: Gestão dos cuidados

A gestão do cuidado em enfermagem é entendida por Mororó, Enders, Lira, Silva e Menezes (2017) como exercício profissional sustentado numa disciplina de enfermagem, ciência do cuidar, perante ações de planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados adequados, seguros e abrangentes, objetivando-se a garantia da sua continuidade, sustentabilidade política e orientação estratégica de uma instituição. Nessa perspetiva, o enfermeiro deve favorecer uma cultura de organização que promova a prática do cuidado, o desenvolvimento de capacidades e implementação de um modelo de cuidado capaz de orientar a prática de enfermagem e fundamentar as ações dos enfermeiros.

Todavia, refletindo sobre a prática profissional e a gestão dos cuidados em contexto de urgência, a prática profissional tem implicações a nível da organização e capacidade de resposta imediata e eficaz do enfermeiro, face às exigências do utente em estado crítico em situação de emergência, uma vez que é necessário tomar decisões num curto espaço de tempo e implementar cuidados que exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e competência técnica.

Considerando a condição do utente e o nível de instabilidade, por vezes é imprescindível partilhar as decisões, de modo a minimizar o risco de erro e potenciar o processo do cuidado visando a solução do problema de forma eficaz.

A capacidade de gestão em contextos de trabalho onde a cada momento surgem imprevistos, exige mais do profissional. Para mim foi um desafio contínuo, pelo facto de necessitar de ajustar a minha atuação atendendo ao estado do utente e dos problemas identificados, ter de lidar com dispositivos médicos com os quais não estava familiarizada, como por exemplo: dispositivos de monitorização invasiva, com técnicas específicas (execução de gasometrias), estabelecer prioridades para responder rápida e eficazmente sem causar maior dano ao utente e experienciar novas emoções advindas das situações que vivenciei, como por exemplo: a frustração e insatisfação por querer proporcionar melhores cuidados e não ter meios disponíveis, de incapacidade para dedicar e dar mais atenção aos familiares e utentes. Surgiram situações de agravamento em simultâneo de utentes em contexto de SO, nos quais tive de planear e gerir os cuidados. Um dos aspetos fundamentais na área da gestão e que pode influenciar os cuidados aos utentes diz respeito à gestão de camas, stocks de medicamentos e materiais, dispositivos médicos, entre outros. Foi oportuno e produtivo a minha participação neste tipo de atividade, pois permitiu-me ficar desperta para a importância da validação e gestão em cada uma destas áreas, apesar de já ter alguma experiência nesta matéria embora mais direcionada para o contexto de Medicina Interna,

pelo facto de lá ter exercido funções durante 14 anos. Para facilitar a gestão, o enfermeiro tem ao seu dispor um conjunto de ferramentas que lhe permitem auxiliar a organizar o seu plano de trabalho diário. De entre estas ferramentas utilizadas, destaco o diário clínico, o plano de cuidados e o plano de trabalho, os quais permitem efetuar uma avaliação do utente e com base nessa avaliação identificar diagnósticos, propor resultados, planear intervenções sensíveis a esses diagnósticos, validar a sua execução e efetuar posteriormente uma avaliação dos diagnósticos identificados. A partir do registo no aplicativo do “Internamento Clínico”, o qual contempla o módulo do “Plano de Cuidados”, é possível o enfermeiro inferir os cuidados que estão prescritos para o utente, bem como aqueles que estão pendentes e aos quais necessita de dar resposta. Estes procedimentos efetuados ao longo do estágio enquadram-se no REPE (2015), uma vez que este preconiza a agregação regular de registos de enfermagem num sistema que inclua as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas.

O planeamento nestes casos torna-se num instrumento indispensável para potenciar a continuidade dos cuidados e efetuar a ponte com os outros elementos da equipa multidisciplinar.

Quando estive afeta ao SO e SE, recorri à organização de um plano mental numa fase inicial, de modo a responder atempadamente e adequadamente às prioridades, não descurando alguns dos riscos que pudessem advir por recursos insuficientes ou inadequados, como por exemplo da terapêutica disponível para administração, da inexistência de alguns números de tubos endotraqueais. No doente crítico, nomeadamente as situações ocorridas que exigiram de mim uma maior dedicação e gestão dos cuidados deveram-se à ativação da via verde do Trauma, do Acidente Vascular Cerebral e Coronária. Embora exista igualmente a via verde da *Sépsis*, esta não foi ativada durante o período em que decorreu o estágio. Para dar resposta a cada uma destas vias, é necessário conhecer o algoritmo das mesmas e pôr em prática os conhecimentos com base na evidência científica. Surgiram dois utentes em situação crítica vítimas de trauma, onde foi necessário ativar a via verde do trauma e aplicar o algoritmo de acordo com a seguinte nomenclatura “ABCDE” indicada pela *American College of Surgeons* (2012). A sequência obedece à seguinte ordem de atuação: A – Abertura da via aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e oxigenação; C – Circulação e suporte cardiovascular com controlo de hemorragia; D – Avaliação da função neurológica; E – Exposição com a avaliação de lesões existentes e prevenção de hipotermia.

Outro dos casos foi a admissão de um utente por enfarte agudo do miocárdio, seguido de paragem cardiorrespiratória, onde tive de aplicar o SAV. A ativação das vias verdes implica uma maior conjugação de conhecimentos e técnicas aliadas a gestão, uma vez que são múltiplos os intervenientes e cada um destes tem uma intervenção fundamental para que o resultado final traduza ganhos em saúde. Após estabilização dos utentes, colaborei na referenciação dos mesmos para outras unidades, efetuei o acompanhamento destes e disponibilizei um plano de cuidados sensível à condição do utente, o que se coaduna com o CDE (2015), na medida em que no artigo 104.º alude ao dever de orientar o utente para o profissional de saúde mais apropriado, para dar resposta ao problema, quando a intervenção necessária transcenda a área de competência.

A delegação de funções a alguns colegas na SE e SO e aos assistentes operacionais aplicada por mim, está consignada no artigo 100.º do CDE (2015), onde estabelece que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelas suas decisões e atos que pratica ou delega. No entanto, constituiu um desafio uma vez que tive de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados através da supervisão e avaliação de tarefas/cuidados; ressalvo como exemplos destas funções a instrução, demonstração da manipulação e esvaziamento do saco coletor, a utilização do kit de algaliação e cateterização central (criados para melhorar a prática do cateterismo e reduzir a taxa de infeção associados a estes), a remoção de fluídos orgânicos do chão, a manipulação dos dispositivos de monitorização para descontaminação.

No que diz respeito à inexistência de terapêutica na sala de cirurgia e de tratamento, tonou-se um entrave à rápida e eficiente atuação uma vez que exponha o utente a um risco acrescido, porque tinha de preparar previamente a terapêutica na sala de trabalho do SO. Por este motivo, equacionei junto das chefias um modo de otimizar com maior sucesso a sua manipulação e administração com segurança, pois avaliar os riscos para a prestação de cuidados referentes aos recursos é segundo o REPE (2011) uma das funções do enfermeiro especialista.

Atendendo ao mencionado anteriormente, nem sempre na SE a atuação dos profissionais decorre da melhor forma devido a algumas condicionantes da mesma, como por exemplo, os armários onde se encontram os materiais possuem portas de inox o que inviabiliza os profissionais de terem uma visão imediata, tendo estes de proceder à abertura de várias portas até encontrarem o que necessitam, apesar de existirem listas afixadas nas portas dos mesmos, terapêutica indicada para situações de urgência (exemplo: pantoprazole...) não estarem disponíveis, sendo necessário recorrer a outras salas; os dispositivos de SAV portáteis por vezes serem retirados da sala para dar resposta a outros

serviços ou salas, ficando a sala desprovida por algum tempo; ausência de um relógio de parede para controlo das horas; a verificação da sala ser efetuada sempre que necessário pelo chefe de equipa e não pelo elemento A (enfermeiro especialista em médico-cirúrgica e que coordena a atuação perante a ativação da sala) e após a sua verificação e reposição de material não ser selada. Contudo, perante os constrangimentos relatados, geri os cuidados aos utentes de modo a não os prejudicar e potenciar ainda mais a sua instabilidade. A minha atitude coaduna-se com o que o CDE (artigo 109.º, 2015) defende, uma vez que alude na pertinência do enfermeiro assegurar através dos meios que tem disponíveis as condições de trabalho que possibilitem executar a sua atividade com dignidade e autonomia, informando junto das chefias as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados.

Competências comuns: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Profissionalmente, para demonstrarmos que detemos um conjunto de saberes adequados aos contextos, devemos ser capazes de adaptá-los às circunstâncias, ou seja, de personalizar e organizar de modo adequado, seguro e competente. Dadas as características do SU, toda a pressão e a envolvente que requer um utente admitido em situação crítica, este campo de estágio fomentou aprendizagens múltiplas, designadamente a gestão de emoções, conflitos, protocolos de terapêutica, protocolos de ventilação, transporte de utentes, vias verdes e triagem de utentes.

O desenvolvimento destas aprendizagens, foi um processo progressivo e contínuo para ser bem sucedido. Para tal, requereu o meu empenho e interesse na busca e partilha de conhecimento, assim como a sua aplicação e implementação prática de técnicas específicas. Considerando que são os conhecimentos que vão sustentar as aprendizagens, foi necessário recorrer à formação credenciada e atualizada, que integrou a vertente teórico-prática para um maior sucesso na sua aplicação, atualização e aperfeiçoamento profissional, fomentando a excelência do cuidado face ao corpo de saberes e conhecimentos atualizados. Assim, no decorrer do estágio adotei uma postura de interesse e motivação por experienciar novas técnicas, dispositivos e cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Em cada momento, fiz com que se traduzisse em ganhos de conhecimento e competência no cuidar da pessoa em situação crítica. Perante um determinado caso, efetuei primariamente uma avaliação global do utente e atendi aos achados clínicos de modo a responder de forma eficaz, baseando-me nos conhecimentos adquiridos e nas pesquisas efetuadas sobre o doente crítico e em falência multiorgânica. Surgiram situações nas quais não era detentora de um conhecimento aprofundado para prestar cuidados especializados, mas para minimizar essa

situação auscultei o enfermeiro tutor e posteriormente consultei bibliografia com o objetivo de aprofundar conhecimentos e solidificar aprendizagens.

Saber agir com pertinência, de acordo com Machado e Alves (2016), não se cinge ao saber fazer ou ao saber operacionalizar. O profissional deve saber ir além do prescrito, uma vez que por detrás da prescrição podem identificar-se enunciados incompletos. Perante os imprevistos, as eventualidades, face à complexidade dos sistemas, o profissional terá de deter capacidade para tomar iniciativa, decidir, optar, interpretar, atendendo ao facto de as suas funções não serem automatizadas, pois a sua competência é impressa na sua inteligência prática para resolver as situações, na sua capacidade, não só de executar, mas também de compreender. Deve saber reagir perante os acasos, as avarias, isto é, deve saber direccionar a sua ação, agindo com pertinência na resolução de problemas.

Foram variados os eventos em que tive de aplicar os conhecimentos e técnicas especializadas adquiridas nas aulas, como, por exemplo, no utente em paragem cardiorrespiratória, em choque, com edema agudo do pulmão, com dispneia, com hemorragia subaracnoídea, com traumatismo vertebro-medular, com intoxicação, necessitando de implementar o algoritmo da ressuscitação cardiorrespiratória, da abordagem ao utente vítima de trauma, da administração de amins e analgésicos, da execução e interpretação de gasometrias, de monitorização invasiva e não invasiva. Dada a multiplicidade e complexidade dos problemas de saúde serem cada vez maiores, assim como o nível de exigência imputado ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, na perspetiva da OE sobre os Padrões de qualidade (2015), a conjugação de todas estas experiências e técnicas contribuem para ampliar competências, pois o Enfermeiro é percecionado como um elemento chave na implementação de cuidados especializados de qualidade. Existem alguns aspetos que diferem na sua intervenção comparativamente ao enfermeiro generalista como, por exemplo, a adequada aplicação de medidas de SAV; a gestão apropriada de protocolos terapêuticos complexos; a realização correta e o rigor técnico/científico de cuidados técnicos de alta complexidade e a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas atendendo à identificação dos focos de instabilidade e aos problemas diagnosticados.

A formação em enfermagem assume um papel fundamental na qualidade dos cuidados que são prestados ao utente, pois é o suporte para uma tomada de decisão fundamentada e baseada na evidência.

Manter os conhecimentos continuamente atualizados e empregar de modo competente as tecnologias, sem descuidar a formação permanente e aprofundada nos saberes humanos, são deveres do enfermeiro e que estão consignados no artigo 109.º do CDE (2015).

Quando falamos nas aprendizagens dos enfermeiros, estes devem estar preparados para reconhecer, através da apreciação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade. Esse reconhecimento deverá ser objetivo e fundamentado cientificamente. É a partir da reflexão das práticas reais, em função da conceptualização, que o profissional pode reconduzir a sua experiência nas práticas e nas mais variadas situações com que é confrontado, ou seja, tal como nos diz Machado e Alves (2016, p. 64-65) “Aprender a identificar os problemas e a classifica-los através da referência dos diferentes contextos significa que o profissional aprende e aprende a aprender.”

A reflexão junto da equipa sobre a atuação, a troca e a partilha de conhecimentos, bem como a avaliação inicial do utente em situação de urgência, proporcionou o reconhecimento rápido do foco de instabilidade fisiológica; nestes casos foquei-me nas funções vitais de modo a que fossem suportadas até que se determinasse um diagnóstico específico e que fosse instituído o tratamento adequado para corrigir o problema de base.

Ter capacidade para solucionar não apenas um problema, mas sim um conjunto de problemas de diferentes ordens, denota que o profissional tem capacidade para estabelecer analogias, imprescindíveis no dia a dia para contornar alguns dos eventos que ocorrem e que o transcendem. Esta capacidade é fulcral para diferenciar um enfermeiro com competências especializadas. Para assumir determinado tipo e nível de cuidados, o enfermeiro deve desenvolver e aprimorar competências específicas na sua área de atuação. Assim, fui veículo de transmissão de conhecimentos e aprendizagens, quer na área dos registos eletrónicos de enfermagem, quer no controlo da infeção, uma vez que partilhei saberes e experiências sobre os mesmos.

Tendo informação prévia de quais as lacunas existentes na área da infeção e dos registos de enfermagem, investi pontualmente junto de cada elemento da equipa onde estava inserida na vertente da melhoria do registo de enfermagem e dos planos de cuidados ao utente crítico e em contexto de urgência. Também foi oportuno, após auscultação da equipa de enfermagem, associar à parametrização da urgência o conjunto de intervenções específicas ao feixe de medidas do cateter vesical e do cateter central indicados para a prevenção do risco de infeção. Quanto à área do controlo da infeção, fomentei a aquisição e solidificação de conhecimentos respeitantes às Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI) e em situações pontuais ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), quer

através de formações realizadas, quer de orientações dirigidas no momento em que detetava desvios. Este tipo de atitude enquadra-se no REPE (2015, p. 6), pois o enfermeiro especialista deverá ser um “formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”.

Ainda no âmbito do desenvolvimento de aprendizagens, participei na Semana das PBCI em 2017, apresentando o tema “Como reduzir a endemia a *Staphylococcus aureus* metilcilina resistente (MRSA)”, o que implicou a pesquisa de informação atual. Colaborei também, na sensibilização dos profissionais de saúde e visitantes para as PBCI e técnica de higienização das mãos. O MRSA por se tratar de um tema atual, cuja implementação do procedimento suscita algumas dúvidas e na qual se constata a nível institucional um défice de conhecimentos e adesão por parte dos profissionais, foi importante dar o meu contributo, no sentido de promover a aquisição de conhecimentos e melhoria de condutas, reconhecendo ter sido uma mais valia na orientação dos colegas de equipa e assistentes operacionais para a operacionalização do procedimento, da utilização de EPI e da técnica de higienização das mãos.

Por conseguinte, as aprendizagens profissionais adquiridas ao longo do estágio visaram a melhoria do autoconhecimento, da minha capacidade de adaptabilidade individual e profissional aos eventos e contextos como enfermeira especialista, bem como à obtenção de níveis de padrões de conhecimento elevados e adequados à minha área de atuação.

Competências específicas: Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

A prestação de cuidados de enfermagem no SU, na perspetiva de Macphail (2001), está direcionada para uma diversidade de pessoas que estão enquadradas em momentos diferentes do ciclo vital, o que se vai traduzir em alterações percecionadas potenciais ou reais, quer de natureza física ou psíquica, que requerem intervenções específicas pontuais, e consequentemente agudas quando lhes é atribuído um diagnóstico.

Neste contexto, para Rocha e Dias (1996), o enfermeiro do SU assume um papel primordial na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pelo que, no seu exercício profissional, deve revelar responsabilidade, autonomia, competência e conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados.

Portanto, é mandatário que o enfermeiro perante um utente em situação crítica ou em falência multiorgânica seja solicitado a prestar cuidados específicos e de forma holística. Nestas circunstâncias, o enfermeiro especialista deverá apresentar e demonstrar um

juízo clínico ajustado à condição do utente e ao tipo de cuidados que irá dispensar. A tomada de decisão implicará ser mais assertiva, atendendo ao conjunto de saberes e competências especializadas que adquiriu relativamente ao domínio da sua especialidade.

Em concordância com o Regulamento n.º 124/2011 da OE, os cuidados de enfermagem ao utente em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco, são cuidados altamente qualificados que visam a manutenção das funções básicas de vida. Para tal, deverão ser asseguradas de modo contínuo a observação, a avaliação, a monitorização e a pesquisa contínua, metódica e sistematizada de dados, tendo como alvo o conhecimento da pessoa que irá receber os cuidados com a finalidade de detetar precocemente focos de instabilidade e assegurar uma intervenção precisa em tempo recorde.

Visando o desenvolvimento desta competência, ao longo do estágio dediquei-me à prestação de cuidados a utentes em situações urgentes e emergentes, nos quais apliquei e aprimorei um conjunto de conhecimentos e saberes específicos da pessoa em situação crítica ou em falência multiorgânica ou vítima de trauma, dos quais destaco a avaliação do utente segundo a sequência “ABCDE”, a monitorização não invasiva, a aplicação do suporte básico e avançado de vida, entre outros. Cuidar de utentes instáveis e em ambientes com recursos humanos e materiais limitados torna-se desafiador, no sentido em que nos põe à prova. Neste contexto, o processo de gestão de cuidados funciona de acordo com as prioridades que vão sendo identificadas, dado que estes utentes se encontram, por vezes, na eminência de descompensarem ou então já entraram na fase de descompensação e, por isso, urge agir para evitar a falência de um ou mais órgãos. Contudo, é gratificante cuidar de utentes em situação crítica, na medida em que constatamos que fomos capazes de responder adequadamente e em tempo útil. Resgatar uma vida que se encontrava na eminência de ser perdida é de uma enorme satisfação, mas, nem sempre se consegue tal proeza e nesses casos surge um sentimento de impotência, de frustração. Existiram algumas situações em que foi necessário identificar os focos de instabilidade com recurso à monitorização de um conjunto de parâmetros que traduzem a função dos órgãos, de modo a intervir rapidamente e antecipadamente para evitar que o utente progredisse para paragem cardiorrespiratória ou choque. Este tipo de procedimento numa fase inicial do estágio, foi de grande apreensão, porque a gestão dos cuidados era efetuada a cada momento, não existindo um planeamento a longo prazo, o que implicava ter “olho clínico” e capacidade de gestão para priorização das ações a implementar. Corroborando esta minha atitude, o CDE (2015), no artigo 104.º, faz alusão à responsabilização do enfermeiro pelo atendimento do utente em tempo útil, evitando atrasos no diagnóstico da doença e na instituição do tratamento.

Tive oportunidade, de em alguns dos utentes admitidos no SO e SE, gerir protocolos de terapêutica específica como os inerentes à transfusão de componentes sanguíneos, amiodarona, propofol, midazolam, controlo da dor, os quais, quer durante, quer após a sua administração requereram que estivesse alerta para possíveis complicações advindas das mesmas, exigindo uma avaliação constante do utente. Apliquei, por exemplo, na monitorização da agitação e sedação a Escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), na tentativa de ser o mais objetiva possível na avaliação do utente.

Segundo os Padrões de Qualidade (2015) compete ao enfermeiro especialista efetuar uma gestão diferenciada e eficaz da dor recorrendo à aplicação de instrumentos adequados à sua avaliação, tal como a gestão de protocolos terapêuticos e de medidas, quer farmacológicas, quer não farmacológicas para alívio da dor. Relativamente à dor, nem sempre é fácil efetuar uma avaliação precisa quando envolve um utente em situação crítica, dado que na maioria das situações o seu nível de consciência está alterado, sendo necessário recorrer aos sinais comportamentais de dor, tais como a agitação, o gemido, a alteração dos parâmetros vitais, sudorese. Aquando da admissão de um utente, a dor era foco da minha atenção, porque muitos dos utentes críticos eram sedoanalgesiados logo numa fase inicial, de modo a reduzir a agitação e a ansiedade, o que contribuía para a estabilização do utente e para a prevenção de lesões decorrentes da agitação. Este tipo de conduta exigia mais de mim, no sentido em que tinha de estar mais desperta para possíveis efeitos secundários e para a monitorização da sua eficácia. Para além das medidas farmacológicas, foram instituídas algumas medidas não farmacológicas, como alívio da pressão, mudança de posição, substituição de dispositivos, aplicação da técnica ligada à relação de ajuda e terapêutica.

Para uma adequada gestão e controlo da dor no doente crítico, será importante ter em conta que esta pode não ser somente consequência direta da lesão/trauma ou da própria doença. São múltiplas as fontes de dor nestes utentes, pois pode advir de procedimentos invasivos de monitorização, dispositivos médicos, nomeadamente drenos, cateteres, tubos para ventilação; intervenções de enfermagem associadas à higiene, execução de pensos, aspiração de secreções, posicionamentos; processos inflamatórios adjacentes e da imobilidade a que está submetido (Lindinbaum & Milia, 2012).

O processo do cuidar abrange não só o utente, como também a própria família e cuidador, tornando-se imperativo o estabelecimento de uma relação terapêutica, que permita o envolvimento da família, de modo a reduzir os níveis de ansiedade, as fragilidades e os medos perante o desconhecido; para tal, tive a oportunidade de gerir a comunicação com o

utente em situação crítica, com a sua família ou cuidador, mobilizando estratégias facilitadoras de comunicação, em particular tendo como alvo o utente sedado e ventilado.

Saber gerir o impacto emocional subsequente de uma situação crítica experienciada pelo utente, família e cuidador, tal como estabelecer uma relação terapêutica é fulcral na atividade diária do enfermeiro especialista, de acordo com os Padrões de Qualidade (2015).

Notei que as famílias que eram informadas e apoiadas antes de contactar com o utente, transmitiam maior confiança junto do mesmo e, por vezes, até esperança, pois apresentavam maior capacidade para lidar e aceitar o estado do utente ou para lidar com imprevisibilidade e a eminência da morte. Os níveis de ansiedade eram mais atenuados. Estas afirmações corroboram um estudo realizado no Brasil, onde foi concluído que a preparação, o acolhimento, a informação oportuna e em tempo útil sobre o quadro clínico do seu familiar, assim como a presença da família no atendimento em contexto de urgência, proporcionam suporte emocional, conforto e promovem a superação de obstáculos e diminuem a ansiedade (Soares, Martin, Rabelo, Barreto, & Marcon, 2016).

Uma das estratégias para gerir o nível de ansiedade das famílias e dos cuidadores do utente em situação crítica é a comunicação de más notícias, pois o SU destingue-se dos outros serviços, porque, às vezes, estas são despoletadas pelo inesperado, pela inevitabilidade da morte, por uma incapacidade temporária ou permanente. Não é tarefa fácil, uma vez que as condições em que ocorrem transcendem o controlo e a eficácia da atuação, muitas vezes incompreendidas e inaceitáveis por parte dos utentes e familiares, exigindo o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias.

Transmitir uma má notícia, na perspetiva de Twycross (2003), influencia de modo decisório ambos os elementos que participam na sua transmissão e receção, expondo, quer o emissor, quer o recetor a sentimentos e a atitudes controversas, que podem passar pela apatia, raiva, negação, agressividade ou mesmo, uma aparente normalidade.

No sentido de minimizar o impacto inicial referido anteriormente, foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1993), dos quais resultou a elaboração de um protocolo respeitante ao procedimento sobre a comunicação de más notícias. Buckman (1993), denominou-o de protocolo SPIKES, no qual cada letra corresponde a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, preparação do ambiente; P – *Perception*, perceção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, partilha de conhecimento; E – *Emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese. No decorrer do estágio, algumas vezes, a aplicabilidade deste protocolo, foi dificultada pela estrutura física do serviço e pela sua dinâmica, e imprevisibilidade quanto à evolução do utente e do tempo de

permanência no serviço, tendo colmatado esta dificuldade com o acolhimento prévio da família numa das salas com menos lotação, com a validação da informação detida pelo familiar e só posteriormente comunicava a condição do utente e acompanhava o familiar ou cuidador até junto do utente, proporcionando apoio e encaminhando quando necessário para outros elementos da equipa multiprofissional, de modo a completar a informação ou a receber um apoio mais específico.

Em suma, o cuidado à pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica exige do enfermeiro especialista em contexto de urgência um maior manancial de conhecimentos e competências, quer na relação e comunicação com a família, na gestão dos cuidados para fazer face à imprevisibilidade, na administração de terapêutica mais complexa e na estabilização do utente crítico em tempo recorde de modo a prevenir e minimizar danos maiores.

Competências específicas: dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

As situações de catástrofe na Ilha são esporádicas, mas não invalida que a instituição e mais precisamente o SU possua um plano de atuação para estes casos. Um plano desta natureza tem como principal finalidade definir os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um afluxo maciço de vítimas.

Assim, segundo o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil n.º 27/2006, publicado em Diário da República a 3 de julho, um acidente grave é distinto de uma catástrofe. De acordo com o artigo indicado, um acidente grave é considerado um acontecimento inesperado com consequências limitadas quanto ao tempo e espaço, no entanto, é suscetível de afetar pessoas, outros seres vivos, haveres ou o ambiente. O conceito de catástrofe para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2012) correlaciona-se com um acontecimento súbito e regra geral é imprevisível. Trata-se de um ou mais acidentes graves, ou em série que poderão ser desencadeados por uma causa natural ou tecnológica, nos quais são previsíveis causarem elevados prejuízos materiais e eventualmente humanos no qual resultam vítimas. Decorrente deste evento, as condições de vida das populações poderão ser gravemente afetadas, assim como as condições socioeconómicas.

No que concerne à emergência múlti-vítima, a OE (2011) refere que se aplica a um número de vítimas muito elevado, modificando o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde, impondo a integração de um conjunto de

procedimentos associados aos cuidados de saúde de emergência em função dos recursos disponíveis, visando salvar o maior número de vidas

Por sua vez, o REPE (2011) menciona que nas situações de catástrofe e emergência o enfermeiro concebe níveis de urgência, delibera a sequência de atuação e sistematiza as ações a desenvolver.

A 12 de Agosto de 2010, a Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE aprovou o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde consta a competência sobre a “dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência múlti-vítima”; logo, independentemente da origem do acidente, este evento é alvo da atenção do enfermeiro.

Atendendo à complexidade do tipo de ocorrência, verifiquei que existe um plano de atuação que se pretende eficaz e eficiente para aplicar no socorro às vítimas e à gestão das equipas, de modo a socorrer, no menor tempo útil, o maior número de vítimas viáveis. O plano existente é ativado de acordo com o número de vítimas resultantes do evento, ou seja, funciona por níveis: nível I (entre 10 a 30 feridos); nível II (entre 31 a 60 feridos) e nível III: (mais de 61 feridos) (segundo o meu enfermeiro tutor). Para o desenvolvimento desta competência, tive a oportunidade de participar numa simulação que foi efetuada na Proteção Civil com o objetivo pôr em prática as diretrizes referentes à triagem e socorro de vítimas num caso de catástrofe. Ainda neste contexto, assisti a uma comunicação sobre atuação em situações de catástrofe ou emergência, promovida pelo SESARAM, E.P.E. em 2017. A parca experiência que possuo, deveu-se à minha participação aquando da primeira evacuação dos utentes internados no Hospital dos Marmeleiros devido aos incêndios de 16 de agosto de 2013. Contactada, pela Direção de Enfermagem por ser um dos elementos na equipa da Medicina Interna com mais experiência profissional, fiquei com uma outra colega responsável pela triagem, acolhimento dos utentes e gestão de camas.

Este tipo de situação caótica, implicou capacidade de raciocínio, organização e aplicação na prática de saberes e técnicas, de forma a responder eficazmente a todas as solicitações. O apoio emocional, a transmissão de informação sobre o estado de saúde do familiar, a relação de ajuda proporcionada aos utentes, famílias e cuidadores, foram fundamentais para reduzir os níveis de ansiedade e prevenir alguns riscos, tais como o stress pós-traumático, angústia perante o futuro, atitudes e comportamentos inadequados face à gestão da situação (raiva, irritabilidade). O artigo 110.º do CDE aborda a questão do dever do enfermeiro quando presta cuidados, dar atenção à pessoa como um ser único e individual

integrado numa família e, conseqüentemente, numa comunidade. Perante este dever, considero que em situações desta natureza, na relação estabelecida com os utentes, familiares e cuidadores numa situação já de si caótica, é imprescindível que o enfermeiro atenda à pessoa inserida no seu todo porque está a vivenciar um processo doloroso, que poderá passar pela perda de vidas de pessoas significativas, de incerteza quanto ao futuro, de impotência perante os fenómenos naturais e de necessidade de reorganização familiar. De acordo com um estudo piloto realizado sobre o trauma em 2013, constatou-se que a intervenção em catástrofe contempla um amplo leque de estratégias que visam a resiliência da vítima, através de mecanismos protetores e de autoeficácia na perceção do evento tendo como objetivos ajudar a lidar com o evento traumático, facilitar a recuperação e a reorganização nos diferentes contextos e diminuir o desencadear de quadro psicopatológicos (Ramirez et al., 2013).

Competências específicas: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Nem sempre é fácil ter em atenção um conjunto de procedimentos relativos à prevenção e controlo da infeção quando estamos perante um utente que dá entrada no SU numa situação crítica ou em falência multiorgânica. A tendência é para atuar no sentido de salvar uma vida, porém, os princípios essenciais à prevenção da infeção devem estar sempre presentes, de modo a minimizar a ocorrência de eventos adversos, como, por exemplo, uma IACS.

Após a realização de alguns turnos nos diferentes setores do SU, que foram desde a sala de triagem, passando pelas boxes, sala de tratamento, sala de recuperação, sala de cirurgia e de pequena cirurgia, sala aberta, SO e SE, apercebi-me que, por vezes, é descuidada por alguns profissionais que lá exercem funções, a prevenção da infeção e, conseqüentemente, as PBCI, nomeadamente no que diz respeito às vias de transmissão de microrganismos, aos procedimentos e circuitos correlacionados com a colocação de doentes, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa e a utilização de EPI. Tais factos devem-se à estrutura física desprovida de espaços ajustados à realização de determinados procedimentos, à escassez de recursos humanos, materiais e até mesmo à condição dos utentes e à necessidade de intervir no imediato.

Tive a oportunidade de observar procedimentos que eram executados sem serem atendidas as normas indicadas pela instituição. De acordo com a DGS (2017), as PBCI têm

como objetivo principal indicarem as regras de boa prática a implementar por todos os intervenientes nos cuidados de saúde (utentes/profissionais/visitantes) aquando da prestação de cuidados, vislumbrando a minimização do risco de infeção e a transmissão cruzada de microrganismos, de um portador sã ou doente para outro, por via direta ou indireta. A salientar que se apenas um dos intervenientes não cumprir com as PBCI ao interagir com o utente poderá colocar em causa um simples cuidado e expor o utente ao risco de adquirir uma IACS, que na grande maioria das situações potencia o desenvolvimento de complicações, tais como o prolongamento do tempo de internamento, elevada taxa de morbimortalidade, aumento dos custos em saúde e do absentismo (DGS, 2017). Perante este facto, urge repensar nos tipos de cuidados dispensados em contexto de urgência e que estratégias deverão ser adotadas para fazer face a esta problemática. Por vezes senti impotência perante as situações que punham em risco o utente e profissionais, o que me provocou alguma inquietação ao verificar que, para alguns profissionais das diversas áreas, aparentemente não existe sensibilidade, interesse pela prevenção e controlo da infeção.

Sou de opinião que a curto ou médio prazo deverá haver mais investimento na formação e monitorização de procedimentos, assim como um reforço de recursos humanos e materiais, de modo a se verificar uma inversão do tipo de conduta e de postura por parte dos profissionais, utentes e visitantes. No sentido de contribuir para a melhoria do cumprimento das PBCI e das situações de incorreção, optei por reforçar a importância da implementação dos procedimentos emanados pelo PPCIRA, junto dos assistentes operacionais e da equipa de enfermagem. Aquando da prestação de cuidados e manipulação de dispositivos médicos, dei o exemplo e agi de acordo com os princípios recomendados e em determinados contextos, como, por exemplo, na SE e SO, fazendo questão de reforçar no decurso da prestação de cuidados a importância do cumprimento das PBCI. Outra estratégia foi estabelecer a ponte e indagar junto dos elementos gestores, dos chefes de equipa e dos profissionais de saúde sobre as estratégias a adotar para correção e ter uma atitude pedagógica quer pela via da formação, quer pelas orientações dadas nas situações de incorreção. Consciente de que o controlo da infeção passa pela capacitação de todos os profissionais de saúde para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica, após diagnosticar as lacunas na prevenção da infeção e em concordância com o chefe de equipa, tutor e enfermeiro chefe, realizei formação durante cinco dias aos assistentes operacionais sobre PBCI, de forma a capacitá-los nesta área, uma vez que se tratava do grupo profissional que possuía mais défice de conhecimentos.

O REPE (2011) diz que o enfermeiro deve diagnosticar as necessidades do serviço pertencentes à prevenção e controlo de infeção, a fim de definir estratégias proativas a implementar no serviço.

De acordo com os responsáveis pelo SU e assistentes operacionais, esta formação foi importante na medida em que os conteúdos abordados foram ao encontro das necessidades e às práticas a implementar diariamente. Também constatei que houve alteração de comportamentos e práticas, ou seja, uma maior sensibilidade para a prevenção das IACS.

Estas intervenções enquadram-se no previsto nas competências do enfermeiro especialista, emitidas pela OE em 2015, nos quais se enfatiza que é importante na prevenção da infeção, a participação do enfermeiro especialista na definição e atualização de estratégias, tais como a liderança na implementação de planos de intervenção no que respeita à determinação de procedimentos e circuitos.

De acordo com a avaliação efetuada sobre os riscos existentes no serviço, apesar da renitência de alguns profissionais em ajustar circuitos de sujos e limpos na sala de recuperação, de otimizar a preparação e administração de terapêutica na sala de cirurgia, consegui que fossem equacionadas estratégias de melhoria, bem como numa fase posterior a sua implementação. Ressalvo que o facto de estar a exercer funções no GCPPCIRA foi um fator facilitador, pelo domínio de conhecimentos que possuo, pois fui uma referência para a equipa, dado que quando surgiam dúvidas sobre o tipo de atuação e as medidas a implementar, era solicitado o meu parecer e orientação. Este modo de atuação coaduna-se com o que está definido no REPE (2011, p. 2) quando refere que o enfermeiro deve “demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção”.

Efetuada uma apreciação das condutas assumidas por alguns profissionais de saúde, há que continuar a reforçar junto dos mesmos que cada um deles é responsável por se munir de um conjunto de conhecimentos sobre condutas a adotar para prevenir as IACS e consciencializar para os princípios básicos das PBCI, do uso de EPI de acordo com o risco em causa e da cadeia epidemiológica da infeção.

1.3. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Doutor Nélio Mendonça

As ciências médicas integram uma área multidisciplinar e diferenciada denominada Medicina Intensiva, a qual está vocacionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes críticos acometidos por doença aguda reversível e também com potencial de recuperação. Está ainda vocacionada para dar resposta a utentes que apresentem iminência e ou falência de uma ou mais funções vitais, nos quais o restabelecimento dessas funções é viável (SESARAM, E.P.E., 2016).

Uma vez que o doente crítico apresenta risco ou até mesmo falência de uma ou mais funções vitais, que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, a intervenção e a abordagem de enfermagem a este doente impõe ao enfermeiro especialista em EMC um nível de conhecimentos e competências específicas. Será através da prestação contínua de cuidados qualificados que o enfermeiro vai garantir a manutenção das funções básicas de vida, assim como prevenir as complicações e limitar as incapacidades, culminando na desejada recuperação do doente.

Neste meu processo de formação académica, realizei o estágio II no Serviço de SMI do HNM, em maio de 2017, um total de 250 horas. Os meus objetivos convergiram para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao utente crítico, às situações de maior complexidade e instabilidade hemodinâmica, dedicando um olhar particular aos utentes com *sépsis* ou com IACS, às famílias e aos cuidadores destes utentes.

Para um melhor desempenho é imprescindível deter conhecimentos relativos à estrutura física, possuir um domínio da dinâmica e funcionamento do SMI, bem como dos seus objetivos e missão. O SMI do HNM enquadra-se numa unidade polivalente de nível III, uma vez que tem:

quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (...). (Ministério da Saúde, 2013, p. 58)

O objetivo principal do SMI, segundo o SESARAM, E.P.E. (2016), é oferecer suporte aos utentes de modo a recuperar funções vitais e proporcionar as condições adequadas para tratar a doença de base culminando com a promoção da oportunidade de viver com qualidade.

No que concerne à sua missão, prende-se com a prestação de cuidados de saúde a doentes críticos acometidos por doença reversível e com potencial de recuperação, que se encontrem na iminência ou falência uma ou mais funções vitais, bem como no estabelecimento dessas funções. Outra das missões prende-se com a área da formação em intensivismo. Para além das mencionadas, acresce ainda a promoção e a participação na investigação e na ciência aplicada.

O serviço localiza-se no andar técnico, no entanto, existe uma extensão deste no 1º piso poente, denominada “Ucipezinha”, afeta à sala 10. É composto por um total de 11 camas, sendo estas distribuídas do seguinte modo: 8 camas estão no andar técnico, sendo que uma delas está apenas ao isolamento e as outras três à “Ucipezinha”. Esta extensão deveu-se a um acréscimo de utentes críticos com necessidades de cuidados especializados em medicina intensiva.

O SMI, dadas as suas características, articula diariamente com diversos serviços, entre os quais se destaca o laboratório, a imagiologia, o SU, os serviços de internamento, a farmácia, a rouparia, o aprovisionamento, o serviço de Medicina Transfusional.

A equipa multidisciplinar é composta por um quadro distinto de pessoal médico, pessoal de enfermagem e assistentes operacionais. Todos os médicos são detentores da subespecialidade de medicina intensiva e do regime de exclusividade, estando permanentemente em presença física dois intensivistas.

A equipa de enfermagem é liderada por um Enfermeiro chefe, com especialização em EMC e formação pós graduada em gestão hospitalar, e constituída por cinco equipas; cada uma é composta por um chefe de equipa e mais sete enfermeiros (em três equipas, o chefe de equipa é especialista em EMC), sendo que integra também em cada uma delas um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e, pelo menos, um ou mais enfermeiros especialistas em EMC consoante as equipas.

No que concerne aos assistentes operacionais, estes estão distribuídos pelas cinco equipas de enfermagem e sob a sua supervisão. Em média, nos turnos da manhã e da tarde estão em permanência dois, no turno da noite apenas um. Para além destes profissionais de saúde mencionados anteriormente, o SMI, tem também o apoio de um assistente social, de um psicólogo, de uma dietista, de um farmacêutico, entre outros.

A reflexão plasmada neste relatório sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas referentes a um enfermeiro especialista em EMC em contexto do SMI, implicou um investimento pessoal nas áreas que passarei a mencionar.

Competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro, no exercício da sua profissão, é detentor de um corpo de conhecimentos sobre deontologia e ética, com vista a imprimir nas suas ações segurança profissional e ética a fim de proporcionar cuidados adequados às preferências do utente em conformidade com a avaliação prévia efetuada. O CDE (2015) alude ao dever da prestação de cuidados orientada e fundamentada para as decisões e atos em enfermagem, visando uma atuação diária com maior êxito.

Não obstante o direito à vida e à qualidade de vida estar consagrado no CDE, compete ao enfermeiro de acordo com o artigo 82º do CDE (2015), atender aos deveres relativos ao respeito pelo ciclo vital; assim, em todas as circunstâncias, deve atribuir o mesmo valor, defender e proteger a vida humana, respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual. Também lhe compete desencadear esforços no sentido de valorizar a vida e a sua qualidade, o que implica não participar em atos degradantes, desumanos, de tortura ou tratamento cruel.

Em concertação com os deveres deontológicos defendidos pela OE (2015) no CDE, no artigo 100.º, o enfermeiro deve cumprir com as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, assim como responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Outro dos deveres está associado à proteção e defesa da pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.

Assim, nas decisões tomadas em contexto de SMI regi-me pelo CDE definido pela OE, uma vez que cumpro com as normas deontológicas da profissão, pois responsabilizei-me pela tomada de decisão essencial aos procedimentos e cuidados a instituir ao utente, família e cuidador, tal como pelos atos praticados e delegados a outros profissionais, como por exemplo, às assistentes operacionais.

No SMI experienciei várias situações que me levaram a refletir sobre a minha conduta profissional, a minha atuação de modo responsável, sem prejudicar o utente, a família e o cuidador ou descuidar cuidados nos quais foi necessário ter presente os aspetos legais e éticos dos utentes, respetivos familiares e cuidadores.

Por vezes, na prestação de cuidados a um utente crítico é complexo tomar decisões atendendo a que estas podem traduzir repercussões positivas ou negativas no imediato ou em deferido no tempo. Envolver o utente ou a família nas estratégias de resolução de problemas, na comunicação e no estabelecimento de objetivos e compromissos é crucial, contudo, nem sempre é viável nas situações de maior instabilidade ou falência multiorgânica.

Constatei que estas situações exigem do enfermeiro um maior manancial de conhecimentos e estratégias para lidar e dar uma resposta eficaz e eficiente ao utente, à família e ao cuidador. Nestas situações, para a tomada de decisão, imperou o juízo baseado no conhecimento/evidência científica fundamentada e na experiência pessoal e profissional, sendo fundamental a orientação e apoio do enfermeiro tutor e do chefe de equipa. A autonomia na tomada de decisão e no julgamento só se adquire com a prática clínica, daí afirmar que, apesar de já deter alguma autonomia, atendendo à minha experiência profissional num serviço de medicina, no SMI senti necessidade de me empenhar na aquisição e no aprofundamento de conhecimentos para dispor de mais ferramentas para participar na construção da tomada de decisão em conjunto com a equipa de enfermagem, respondendo com adequação e com fundamentação às situações experienciadas.

Atualmente, com os progressos tecnológicos extraordinários da biomedicina e da medicina intensiva, já é possível, com sucesso, salvar vidas que possivelmente estariam em processo irreversível de morte. A declaração de morte é efetuada após o término irreversível do funcionamento do tronco cerebral. Depois da avaliação médica e atendendo aos critérios estabelecidos por lei, sendo atribuído o diagnóstico de morte cerebral, a pessoa pode ser desligada das máquinas que mantêm o suporte à vida ou então pode dar-se início ao protocolo de manutenção de dador, tendo como objetivo a transplantação, caso a opção individual não passe pela recusa expressa no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA).

O RENNDA foi regulamentado em Decreto de Lei (n.º 244/94) pelo Ministério da Saúde em 1994 (p. 5781) e refere que

a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post mortem de certos órgãos ou tecidos ou para a afetação desses órgãos ou tecidos a certos fins, é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA mediante o preenchimento adequado pelos seus titulares ou representantes legais de impresso tipo (...)

Assim, e de acordo com as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde (2007) sobre a doação de órgãos, todas as pessoas são potenciais dadores, desde que não atestem a sua qualidade de não dadores.

Destaco, de entre as situações que vivenciei, dois utentes, um na faixa etária dos 40 anos e outro na dos 50 anos que foram admitidos no SMI por enfarte agudo do miocárdio e que evoluíram para morte cerebral. Legalmente, quando um utente reúne condições para ser dador, inicia-se todo um processo para viabilização da doação de órgãos, que passa, em primeiro lugar, por validar se o utente está inscrito no RENNDA e, posteriormente, por dar conhecimento à família. Neste contexto impôs-se que a família fosse interpelada sobre o

estado do utente e a possibilidade de os utentes encabeçarem a lista de dadores após prévia validação e atestado de morte cerebral, atendendo ao facto de nenhum dos utentes estar inscrito no RENNDA ou possuir um testamento vital. No SMI, por uma questão de consideração para com as famílias, estas são questionadas sobre a sua vontade. Ressalvo que numa das situações, foi respeitada a vontade do familiar mais significativo (esposa) de não retirar as córneas do utente (40 anos). Assim, promovi o respeito pelo direito dos familiares ao acesso à informação sobre a doação de órgãos.

Na perspetiva da OE (2005), as situações de morte cerebral e de doação de órgãos desencadeiam alguns dilemas éticos, entre os quais se encontra a determinação da morte cerebral e a legitimidade para suspender ou iniciar o uso de dispositivos médicos que garantam a manutenção das funções vitais e as ligadas ao protocolo de doação e transplante de órgãos.

Nestes dois casos, foi solicitada por parte da equipa de enfermagem a minha opinião e parecer sobre esta situação; contudo, devo confessar que, mesmo tendo presente o que é emanado no CDE sobre o direito à vida e qualidade de vida, os valores humanos, o dever de informar e os deveres deontológicos gerais, foi extremamente difícil opinar sobre estes dois casos pois reconheço que ambos requeriam um nível muito elevado de competência correspondente à minha área de especialidade. Porém, foi uma experiência que me proporcionou um olhar mais aprofundado sobre as implicações relacionadas com os aspetos éticos e deontológicos que este tipo de situação implica.

Outra das situações que fez parte do meu quotidiano foram as paragens cardíaco-respiratórias, nas quais coloquei em questão alguns dos atos praticados pela equipa multiprofissional, como, por exemplo, a aplicação de manobras de suporte básico e avançado de vida em utentes sem critérios para reanimar, assim como a administração de terapêutica (antibiótica) em utentes em fim de vida, dado que este ato, muitas vezes, prolongava o sofrimento do utente. Ao refletir sobre estas vivências, reconheço que há uma caminhada a realizar por parte das equipas, no sentido de aprimorar a tomada de decisão ética nas situações críticas.

Nos casos que referi, algumas vezes discutiu-se em equipa multidisciplinar a melhor decisão a tomar; igualmente, em cada uma das situações e após atuação, efetuava junto do enfermeiro tutor uma análise com base em fundamentação científica sobre a minha atuação, perspetiva e possível decisão perante essas situações.

Outra das estratégias adotadas, foi efetuar o ponto da situação através da avaliação de resultados e partilhá-los na passagem de turno, promovendo e incentivando o desenvolvimento da prática especializada.

Na tomada de decisão tive sempre em consideração a avaliação prévia e a transposição dos conhecimentos adquiridos para a prática.

Competências comuns: Melhoria contínua da qualidade

O SESARAM, E.P.E. possui um Gabinete de Qualidade criado em 2002, que tem como missão o suporte operacional dos processos de acreditação, assegurando efetivamente toda a gestão documental eletrónica e aquela que ainda possa existir em papel, relacionada às evidências produzidas pelas várias unidades integradas. Este gabinete também é determinante para a gestão do circuito de aprovação dos documentos, bem como para o apoio técnico-administrativo às equipas de autoavaliação e à Equipa de Coordenação do Projeto de Acreditação.

A qualidade dos cuidados de saúde, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015 (p. 3882), não se cinge apenas à qualidade na saúde, integrando múltiplas dimensões, nas quais se incluem a congruência dos cuidados, a segurança, a aceitabilidade e acessibilidade, tal como a sua realização no momento apropriado. Implica, também, a garantia da continuidade dos cuidados, assim como eficiência e efetividade na prestação dos mesmos.

A DGS atribuiu ao SMI a acreditação da qualidade de nível bom em 2017. Para tal, foi imprescindível a articulação com o Modelo Nacional de Acreditação de Unidades de Saúde, denominado de Modelo de Acreditação ACSA Internacional. Para o serviço ser acreditado implicou o desenvolvimento de políticas, procedimentos e protocolos de cuidados conducentes a uma unidade com qualidade. A qualidade advém da perícia, do olho clínico, do desenvolvimento de mecanismos formais de evitação de incidentes e avaliação das suas consequências, bem como da formação, da investigação e da prática conduzida por princípios que norteiam a profissão. Estes factos são corroborados pelo SESARAM, E.P.E. (2016, p. 3), uma vez que constam, associados aos valores do SMI, o “compromisso pela melhoria contínua da qualidade” e o “desempenho norteado pela competência técnico-científica”. Com base nestes valores é exetável que o enfermeiro que aí exerce funções preste cuidados de enfermagem com qualidade suportados no processo de enfermagem, atendendo à multidimensionalidade das necessidades do utente, da família e do cuidador, que proceda a um planeamento das intervenções e que execute a respetiva avaliação. Outro dos aspetos essenciais é a promoção de um ambiente favorável à melhoria contínua da

qualidade em concordância com os objetivos definidos para essa melhoria. Como elemento pertencente a uma Comissão de Gestão de Risco Global, reconheço que não basta afirmar que um serviço é detentor de qualidade. É imprescindível demonstrá-lo; para tal está implementado um sistema permanente de monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem, que passa pelas auditorias aos planos de cuidados dos utentes alvo de determinados procedimentos, como, por exemplo, a inserção e a manutenção do Cateter Vesical (CV), do Cateter Venoso Central (CVC) visando a tradução dos riscos monitorizados. Existem projetos em curso no SMI que têm como objetivos a qualidade e a melhoria contínua da prática dos cuidados ao utente crítico, dos quais destaco o projeto “Stop Infeção Hospitalar! - Um Desafio Gulbenkian”, que tem como objetivos a redução das taxas de infeção associadas ao CVC, CV e Pneumonia Associada à Intubação (PAI), a implementação do protocolo de Transporte do Utente Crítico, entre outros. Neste sentido, dei o meu contributo através da implementação dos procedimentos referenciados, assim como da sua monitorização e parametrização do feixe de intervenções pertencentes a cada um dos dispositivos, a fim de promover um registo mais preciso e facilitar a monitorização e extração de indicadores. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011) o especialista deve contribuir para a criação, materialização de projetos institucionais e promover a divulgação essencial à acomodação da sua operacionalização.

No decorrer do estágio e uma vez que já detinha alguma experiência relativa aos cuidados a utentes em situação crítica e falência orgânica, dado que ao longo do meu exercício profissional prestei cuidados a utentes do foro nefrológico, neurológico e de medicina interna, e também dos conhecimentos que adquiri no estágio realizado no SU, procurei aliar em cada turno que realizei a minha experiência profissional com o conhecimento científico e técnico associado aos protocolos instituídos no SMI, de modo a obter o máximo de informação, documentar-me e fundamentar-me sobre todos os cuidados que prestava. Numa fase inicial, foi necessário compreender, analisar toda a envolvente intrínseca ao utente crítico, observar primeiro e realizar sob supervisão depois, algumas das técnicas específicas que não dominava (gasometrias, permeabilização de linhas arteriais), de modo a aperfeiçoar e a promover um ambiente seguro reduzindo a probabilidade de erro.

Na avaliação dos cuidados implementados aos utentes que me foram atribuídos, tive a oportunidade de demonstrar os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados prestados, espelhados no plano de cuidados do utente e na avaliação do mesmo.

Competências comuns: Gestão dos cuidados

A gestão, no geral, implica um domínio global de conhecimentos e técnicas, assim como a articulação com diversas entidades e elementos de uma equipa, tendo influência na liderança e nos laços que se criam. Tive oportunidade de colaborar e integrar uma equipa que, para mim, foi uma referência e um apoio no desenvolvimento de competências nos cuidados especializados.

O método utilizado na gestão dos cuidados é o método por enfermeiro responsável, o qual segundo Costa citado por Silva (2017), foca a sua atenção nas necessidades dos utentes, centrando-se na personalização e individualidade dos cuidados. Com este método é feita a distribuição dos utentes em função do grau de dependência. Demonstra ter mais vantagens neste tipo de contexto, pois proporciona uma maior satisfação profissional resultante da individualização dos cuidados, promove o aumento da responsabilidade e, consequentemente, da capacidade de decisão; para além disso, espelha nos planos de cuidados os problemas dos utentes e a personalização dos cuidados a implementar e ainda potencia a continuidade de cuidados. Com a personalização, a satisfação do cliente também se eleva devido a sentimentos de confiança no enfermeiro responsável pela prestação de todos os seus cuidados.

Os cuidados ao utente crítico ou em falência multiorgânica em contexto de medicina intensiva, obrigam a que o enfermeiro efetive uma avaliação global do utente e que a mantenha atualizada, no sentido de planear cuidados adequados à situação atual do utente. Dado tratar-se de um ambiente mais controlado, o papel do enfermeiro está facilitado na identificação das necessidades do utente e, por conseguinte, no planeamento, pois conhece a história do utente e tem outro tipo de recursos. Este modo de atuação é o inverso do que acontece no SU, onde os cuidados são prestados no imediato sem recurso a plano de cuidados explícito (numa fase inicial), por se tratar de um ambiente menos controlado, de grande imprevisibilidade, de desconhecimento e incerteza sobre a história do utente. No SMI é comum haver oscilações no estado geral do utente e o enfermeiro necessita de estar desperto para pequenas alterações que surjam, de modo a intervir antecipadamente para estabilizar o utente e identificar possíveis causas responsáveis por essas oscilações. Surgiram situações imprevistas relacionadas com o estado dos utentes, nas quais houve necessidade de reajustar e gerir as intervenções planeadas para dar resposta às alterações apresentadas, potenciando a estabilização rapidamente e evitando intercorrências. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015, p. 17240) alude a que “na procura permanente da excelência no exercício profissional,

o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.”, o que é concordante com a minha atuação.

A monitorização e a vigilância neste contexto são fundamentais para prevenir complicações e identificar focos de instabilidade; esta afirmação é corroborada por uma revisão de literatura, realizada em 2016, sobre “O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva” onde se concluiu que a monitorização hemodinâmica “colabora” na prescrição de medicação adequada à condição do utente, bem como na tomada de decisão e na rápida intervenção prevenindo possíveis complicações. O enfermeiro tem um papel basilar na monitorização hemodinâmica, pois através da interpretação e da análise dos dados obtidos tem a possibilidade planear e prescrever intervenções adequadas contribuindo deste modo para a melhoria da condição do utente e, conseqüentemente, para a redução do tempo de internamento (Venturi et al. 2016).

Assim, este serviço possui um conjunto de rotinas e procedimentos muito específicos que facilitam a gestão dos cuidados, uma vez que muitas das monitorizações já têm horários pré-definidos, porém ajustáveis sempre que necessário; alguns exemplos são o balanço hídrico, as gasometrias, os sinais vitais.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015) defende que o enfermeiro especialista tem um papel relevante na prevenção de complicações do utente em contextos críticos complexos ou de falência orgânica, na medida em que, aquando da prestação de cuidados, age no sentido de obter constantemente a excelência do exercício profissional.

Os utentes em SMI estão mais vulneráveis ao aparecimento de úlceras de pressão devido à sedação, ao suporte ventilatório, ao uso de drogas venotrópicas, à imobilidade e à instabilidade hemodinâmica. As alterações no nível de consciência também são fatores considerados como determinantes para o desenvolvimento de úlceras de pressão, porque podem diminuir a perceção sensorial e, conseqüentemente, potenciar a dependência para a mobilização (Moreira & Souza, 2016). Nesta linha, de acordo com as necessidades dos doentes, com base numa avaliação prévia efetuada e visando a identificação do risco, apliquei, por exemplo, a alguns, doentes as escalas de Braden e Glasgow.

Considerando as características de uma pessoa em situação crítica, tive o cuidado de avaliar a dor aplicando a escala BPS e de administrar terapêutica analgésica nas situações em que identifiquei dor, ou em que tinham subjacente uma condição que potenciase o desencadear de dor.

Em algumas situações, tais como, na execução de pensos, nos posicionamentos, na técnica do banho com toalhetes de Gluconato de Clorohexidina, na administração de terapêutica, na interpretação de parâmetros de monitorização e de vigilância, apliquei o pensamento crítico e o estabelecimento de prioridades atendendo à instabilidade do utente e necessidades e individualização.

No que concerne à gestão interna do serviço, participei e colaborei nas diferentes vertentes da gestão, principalmente de cuidados de enfermagem, de consumíveis, da unidade do utente e de recursos humanos.

Na gestão dos recursos materiais, colaborei diariamente na reposição de stock de material terapêutico e fármacos no posto de trabalho por mim ocupado, atendendo aos gastos previsíveis para aquele dia. Observei que os pedidos de materiais ao aprovisionamento são realizados online em dias pré-definidos, havendo a possibilidade de efetuar pedidos “extra” em casos excecionais, ou seja, nas situações em que se constata um acréscimo de gasto de material superior ao previsto.

Outra particularidade da gestão prende-se com a utilização de uma escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS). Assenta nas atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. É aplicada uma vez por dia e reflete a carga de trabalho realizado nas 24 horas anteriores. Do meu ponto de vista, esta escala constitui um importante instrumento de gestão, porém é limitadora por não traduzir todos os domínios da enfermagem da área do cuidar e outras áreas (cuidados de higiene; apoio e cuidados aos familiares e utentes; tarefas administrativas e gerenciais; gestão de materiais; terapêutica). Atendendo a estas limitações, foi desenvolvida por Miranda e seus colaboradores, em 2003 a *Nursing Activities Score* (NAS), que resultou de modificações do TISS-28 e tem como objetivo estimar, com precisão, as necessidades de cuidados e a carga de trabalho de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos (Mafra & Barbosa, 2014). A NAS é constituída também pelas sete categorias do TISS-28, e, agrega ainda, atividades de enfermagem não contempladas nas versões anteriores da TISS (Conishi & Gaidzinski, 2007). Perante estes factos sou de opinião que a NAS é mais sensível ao trabalho do enfermeiro e que deveríamos criar condições para a sua implementação no SMI do HNM.

Competências comuns: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O utente crítico requer cuidados de alta complexidade, que vão desde a estabilização hemodinâmica, passando pela técnica contínua de hemodiálise à monitorização invasiva, sendo para tal requerido um desenvolvimento de aprendizagens específicas ligadas ao utente em contexto de intensivos.

Abreu citado por Rosa (2014, p. 46), diz que a aprendizagem envolve transformações a nível das “cognições, práticas, sócio profissionais, autoconhecimento, definição de uma «estratégia pessoal» de processar informação e transferibilidade – os saberes adquiridos num determinado contexto podem ser mobilizados em situações distintas”.

No domínio desta competência, tive a oportunidade de consultar e aplicar alguns dos protocolos existentes no serviço (insulina, dieta, reposição de potássio, entre outros). Foi possível acompanhar e verificar a montagem e a organização que requer uma unidade para acomodar um utente, bem como colaborar na admissão de utentes e de preparação para alta e constatar quais os cuidados que envolvem este tipo de procedimento e que contribuíram para o solidificar de aprendizagens e competências.

Indo ao encontro de um dos objetivos de estágio, que dizia respeito à realização de um processo de enfermagem fundamentado, inicialmente idealizei direcionar para um utente a quem tivesse sido diagnosticado uma *sépsis* ou um choque séptico. Atendendo a que no período em que decorreu o estágio não houve nenhuma admissão com essa patologia diagnosticada, efetuei uma revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem decorrentes do diagnóstico médico de *sépsis* e partilhei-os com a equipa de saúde. Porém, dando resposta ao solicitado no plano de estudos desenvolvi e apresentei o processo de enfermagem fundamentado alusivo a um utente com tromboembolismo pulmonar. Refiro que foi uma mais valia, pois permitiu-me aprofundar e relacionar o quadro clínico que o utente apresentava com a bibliografia existente sobre esta temática, aplicar o processo de enfermagem em todas as suas etapas, o que constituiu uma mais valia como instrumento de trabalho dado que espelhava a individualidade da utente, os problemas reais e potenciais e as áreas de intervenção do enfermeiro especialista em EMC, contribuindo deste modo para a continuidade dos cuidados. Outro dos aspetos que considero positivo foi o facto de o plano de cuidados ter sido efetuado segundo a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2015, uma vez que esta versão era recente e não era do domínio geral. Como elemento representante da tradução da CIPE da região e do Grupo de Coordenação dos Registos Eletrónicos de Enfermagem, possibilitou-me, na apresentação

do trabalho, discutir com os colegas as dúvidas relacionadas com os diagnósticos e intervenções de enfermagem pré-definidos direcionados para o utente crítico e também em falência multiorgânica e discutir estratégias para ultrapassar a dificuldade na identificação de diagnósticos e intervenções sensíveis. Acredito que foi um momento de partilha, transmissão de conhecimentos e aprendizagem benéfico para as partes envolvidas.

O SMI dispõe de uma panóplia de dispositivos médicos, de entre os quais destaco os vários tipos de ventiladores, que permitem que o utente usufrua de modos ventilatórios adequados à instabilidade respiratória identificada. A manipulação deste tipo de dispositivo, bem como a interpretação dos parâmetros de ventilação foi um desafio no qual, sem orientação, pesquisa e fundamentação não teria superado com sucesso. O facto de colaborar no desmame ventilatório e na extubação de utentes, tal como de prestar cuidados a utentes com monitorização não invasiva e invasiva, entre as quais destaco a Pressão Venosa Central (PVC), a Monitorização de Débito Cardíaco Minimamente Invasivo efetuado através do *Pulse Induced Contour Cardiac Output* (PICCO), a Monitorização de Débito Cardíaco por Swan Ganz, contribuíram para o aperfeiçoamento destas técnicas.

Relativamente aos tipos de suporte de funções nos quais aprimorei as competências e os cuidados respetivos, realço: o Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV; a Ventilação Mecânica Invasiva e a Ventilação Mecânica Não Invasiva; a trombólise; a Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO); a terapia transfusional, entre outras. Analogamente, as técnicas invasivas foram aquelas com que lidei com maior frequência pelo que saliento: a cateterização central, a arterial; a entubação traqueal; a traqueotomia; a drenagem pleural; a sedação, entre outras.

Em todos estes procedimentos e técnicas tive o cuidado de validar, confirmar e procurar fundamentação científica relativa a tudo aquilo que me suscitava dúvida antes de atuar, conseguindo deste modo evitar incidentes e prestar cuidados com maior segurança.

Importa sublinhar que, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 aludido no Despacho n.º 1400-A/2015, os incidentes de segurança que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde estão estritamente relacionados com o nível de cultura de segurança presente nas instituições que prestam cuidados e com a sua organização, existindo evidência de que o risco de ocorrência aumenta dez vezes mais nas instituições que descumrem as boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências advindas deste tipo de incidente são nocivas e têm repercussões a nível humano, físico, emocional e repercutem-se nos utentes, nas suas famílias e também na economia da instituição (Serviço Nacional de Saúde, 2010).

Perante estes factos, reconheço que este campo de estágio me proporcionou a aquisição de um vasto leque de novas experiências e aprendizagens que contribuirão futuramente para uma prática de enfermagem com maior qualidade, segurança e diferenciação. Tal só foi possível com as relações estabelecidas entre os diversos elementos que integravam a equipa de enfermagem e multiprofissional, nas quais imperaram a cordialidade e a partilha de saberes de modo construtivo.

Em síntese, segundo Lamond et al. (1996), citados por Leigh (2008) e por Rosa (2014), a estratégia de ensino/aprendizagem utilizada contribui para a construção de experiências prévias e para o aperfeiçoamento da perícia clínica, fomentando o processo de transferência de conhecimentos para a prática.

Competências específicas: Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

O cuidado que requer um doente crítico ou em falência orgânica é extremamente abrangente e exigente. Obriga a um maior conhecimento e destreza com o domínio das tecnologias e sistematização de cuidados, o que implica maior dedicação e atenção ao utente. Relembrando que o cuidar implica uma visão do utente de forma holística, compete ao enfermeiro no processo do cuidar, atender às necessidades identificadas de modo personalizado, zelar pelo bem-estar, antecipar focos de instabilidade, de modo a prevenir complicações. Para dar uma resposta adequada e isenta de omissões aos utentes que me foram atribuídos, utilizei e elaborei planos de cuidados personalizados, tendo por base o Modelo de Nancy Ropper, baseado nas doze atividades de vida. Com a aplicação deste Modelo, constatei que a atividade de vida mais afetada nos utentes admitidos no SMI era a respiração/circulação, associada a pneumonias e falências respiratórias, o que exigiu de mim um maior manancial de conhecimentos e destreza relativamente à manipulação dos ventiladores e interpretação dos parâmetros, bem como à prevenção de complicações decorrentes do seu uso. Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2002), corroborado posteriormente por Ranzani, Prina e Torres (2014), a pneumonia nosocomial é mais comum em utentes ventilados em unidades de cuidados intensivos, onde a taxa de pneumonia é de 3% por dia de ventilação. Os microrganismos mais envolvidos são as *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, MRSA, e bacilos Gram negativos produtores de betalactamases de espectro alargado. Relativamente aos fatores de risco associados à pneumonia destacam-se: tipo e duração de ventilação, qualidade dos cuidados respiratórios, gravidade do quadro (falência orgânica) e história de utilização de antibióticos.

No desenvolvimento do estágio, executei planos de cuidados aos utentes aquando da sua admissão e reajustei sempre que foi pertinente, ou seja, de acordo com a evolução dos mesmos; porém, verifiquei que muitos dos planos de cuidados eram standardizados e não refletiam uma prática de Enfermagem personalizada e individualizada. Presumo que esta prática ocorra por incapacidade de os elementos de enfermagem responderem a todas as solicitações e também a um insuficiente domínio da linguagem CIPE; todavia, reconheço que em ambientes onde as dotações são insuficientes e a carga de trabalho é elevada é mais viável a execução de planos de cuidados standartizados, mesmo com as suas limitações. Tendo como objetivos a melhoria do registo e do planeamento dos cuidados, sempre que surgiu oportunidade, efetuei uma reflexão partilhada com alguns colegas de equipa, elo de ligação aos registos de enfermagem e com o tutor sobre os diagnósticos e intervenções específicas relacionadas com o utente crítico, o que constituiu uma partilha e troca de saberes e experiências.

De entre os cuidados dispensados, os que exigiram de mim um maior domínio e conhecimento foram os relacionados com a monitorização e ventilação invasiva, com o ECMO, com a monitorização hemodinâmica invasiva pelo método PICCO e algumas técnicas invasivas, sobretudo a extubação e a colocação de linha arterial. Neste tipo de procedimentos verifiquei que a adequação de parâmetros era efetuada pela equipa médica e competia ao enfermeiro a vigilância e a garantia da sua correta aplicação, ou seja, existe uma partilha e troca de conhecimentos referentes a estes procedimentos com a equipa médica. Todas estas práticas impuseram um estudo acrescido que me permitiu posteriormente formular, analisar e responder a problemas mais complexos com maior autonomia e segurança.

À semelhança do SU, geri protocolos terapêuticos complexos, tal como, o da noradrenalina. O utente submetido a tratamento com noradrenalina deve ser monitorizado de forma rigorosa com recurso à avaliação da pressão arterial invasiva. Sendo um fármaco vasopressor utilizado para restaurar a tensão arterial em casos de colapso circulatório exigiu que estivesse atenta à tensão arterial para ajustar a terapêutica em função da resposta do utente, requerendo conhecimento, capacidade e tomada de decisão em resposta às oscilações identificadas na monitorização e a possíveis efeitos adversos, designadamente hipotensão, isquemia ou necrose das extremidades.

Almejando potenciar as capacidades dos utentes, sempre que a situação permitiu, estimulei, dediquei maior atenção aos mesmos e proporcionei o envolvimento da família. Esta minha postura vai ao encontro do que refere o CDE (2015) no artigo 110.º, o qual frisa

que o enfermeiro coopera na criação de um ambiente favorável à evolução das capacidades do utente e no artigo 105.º do referido Código em que é enfatizado o dever do enfermeiro informar o utente e a família sobre os cuidados de enfermagem a executar, o respeito, a defesa e a promoção do direito ao consentimento informado, bem como ao pedido de informação ou explicação sobre os cuidados. Neste sentido, tive o cuidado na abordagem que efetuei junto das famílias, de avaliar o conhecimento que detinham da situação/prognóstico do utente e utilizar uma linguagem adequada à compreensão da informação transmitida. Envolvi e dei conhecimento à família ou cuidador sobre os cuidados de enfermagem prestados e nas situações em que me era solicitada informação sobre a situação clínica e a gravidade da situação encaminhei para o médico responsável.

A legislação portuguesa, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015 (p. 3882), consagra à pessoa o

direito a ser informada sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde. Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição. Este processo de informação e esclarecimento do cidadão, que implica a execução de planos de comunicação, encontra-se previsto em várias normas da Direção-Geral da Saúde, procurando garantir que, para além de receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, o doente dê o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a sua prestação.

Na vertente da comunicação, existe o cuidado de acolher a família na primeira ida ao SMI e explicar toda a dinâmica e funcionamento do serviço e o estado do utente, ou seja, é feita uma preparação prévia da família ou cuidador para o que irá constatar. Nas situações em que o familiar visitava o utente pela primeira vez, disponibilizei tempo para as famílias e cuidadores falarem sobre as suas preocupações e medos, promovendo uma redução na angústia e inquietação. O ajuste da linguagem, a relação empática e de confiança por parte do enfermeiro, de modo a transmitir a informação pretendida de forma clara, concorre similarmente para a redução da ansiedade, dos medos e para o amenizar da situação (Muller, 2002). Tentei, dentro do que estava ao meu alcance, assistir os utentes, a família e o cuidador, através da comunicação segundo a abordagem de SPIKES, da promoção de conforto e de esperança. Os exemplos de situações em que necessitei de comunicar más notícias e que requereram esta técnica, foram em utentes que agravaram o seu estado de saúde e que culminaram com paragem cardiorrespiratória, falência multiorgânica, coma.

Outro dos aspetos que prendeu a minha atenção foi a comunicação e a dor no utente sedadoanalgesiado e ventilado.

No que diz respeito à comunicação com o utente sedado e ventilado, torna-se um desafio para o enfermeiro, porque pensamos que é inviável dada a sua condição. No entanto, para Ribeiro et al. (2015) esta é imprescindível e fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica, para reduzir os medos e as ansiedades, bem como para evitar a desorientação, confusão e o *delirium*. Neste sentido, visando a humanização dos cuidados, apliquei um conjunto de estratégias que passaram pelo contacto visual, o cumprimento, o toque terapêutico, os gestos de expressão, a escrita com papel, a escuta ativa, as reafirmações verbais de delicadeza, o uso de perguntas abertas, o conforto, o uso terapêutico do humor, a confiança e o acolhimento.

Para além da comunicação com o utente em situação crítica ser indispensável, a avaliação da dor e seu controlo assume igualmente uma importância vital na estabilização do utente e tem de ser vista pelo enfermeiro especialista como uma necessidade de primeira linha, isto porque:

A dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto desde a recomendação da Direção-Geral da Saúde emitida numa circular normativa n.º 9/DGS de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. (Pinho, Carneiro & Alves, 2016, p. 6)

Nos utentes críticos é um problema negativo que carece de atenção e avaliação por parte do enfermeiro, dado que pode constituir-se como agente major no desencadeamento de stresse e de sequelas nefastas para o utente. Dado que os utentes críticos estão incapacitados de comunicar verbalmente, a avaliação da dor e a comunicação torna-se um processo complexo e simultaneamente um desafio. Nesta condição ficam expostos a um risco acrescido de a sua dor não ser controlada adequada e eficazmente.

No que concerne aos instrumentos de avaliação da dor também, por vezes, não são adequados e fiáveis, o que constitui um entrave para um desempenho mais aprimorado por parte do enfermeiro nessa avaliação. Para este tipo de utente, recomenda-se, sobretudo, na perspetiva de Pinho, Carneiro e Alves (2016), a observação de sinais fisiológicos e indicadores comportamentais de dor. Nesta vertente, foram desenvolvidas escalas com um bom nível de fiabilidade e validade para identificar e medir a dor em utentes críticos tal como: a *Behavioural Pain Scal* (BPS), que incide em três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), a *Critical Care Pain Observation Tool* que incide em quatro itens comportamentais e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*. No entanto, a escala usada no SMI é a BPS, por se tratar de uma escala que obteve maior aprovação para utilização por parte dos enfermeiros que exerciam

funções nas Unidades de Cuidados Intensivos num estudo realizado em Portugal. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e o Plano Nacional de Avaliação da Dor (2016) a BPS é uma escala mais precisa na avaliação da dor em utentes sedados, que não comunicam de forma verbal e motora e que estão submetidos a ventilação mecânica.

Competências específicas: dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

As situações de catástrofe na Região são pouco frequentes, no entanto são eventos de extrema importância pela dimensão que assumem e pelos danos causados, pessoais, humanos, ambientais e até mesmo materiais, impondo nestes casos ao enfermeiro uma resposta imediata e eficiente.

A Autoridade Nacional de Proteção Civil, em situações de catástrofe no território nacional é a responsável pela gestão e organização de todos os meios operacionais de socorro. Compete ao Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira mediante uma situação de catástrofe, acionar e operacionalizar todos os meios de socorro.

Nestas circunstâncias, a intervenção do enfermeiro, em parceria com os diversos profissionais envolvidos, é fundamental para minimizar, recuperar e resolver os problemas de saúde identificados.

Possuir competências na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, assim como planear estratégias concretas de resolução e de gestão dos cuidados às múltiplas vítimas em situação de emergência é uma das competências do enfermeiro especialista. Ao longo do estágio realizado no SMI não tive oportunidade de intervir numa situação de catástrofe, porém, procurei ancorar o meu desenvolvimento profissional nesta vertente, através de pesquisa e interpretação do plano de catástrofe existente no serviço regional de saúde e das diretrizes gerais do Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira.

Aquando da probabilidade e mesmo da confirmação de um evento correlacionado com uma situação de catástrofe ou emergência, o SMI acaba por ser implicado por ser um serviço que reúne todas as condições para dar uma resposta célere e eficaz às vítimas em iminência ou falência multiorgânica e, conseqüentemente, em estado crítico. Acresce a este facto, os meios que tem ao seu dispor e a equipa de profissionais. Por se tratar de uma equipa dinâmica, proativa e com um corpo de conhecimentos específicos para atuar perante estas situações, acaba por ser “peça” fundamental.

Nas situações de catástrofe, o SMI dispõe de princípios a ter em consideração para uma prestação de cuidados segura e rápida. Este possui um protocolo sobre evacuação de doentes e familiares em caso de sinistros.

No decorrer do estágio, apenas surgiu a oportunidade de colaborar em situações de emergência no serviço, nomeadamente ligadas ao foro cardiorrespiratório. Nestas situações observei que a equipa se reorganiza rapidamente e intervém, geralmente três enfermeiros, dois que ficam responsáveis por assegurar o SBV e um responsável pela gestão e administração de terapêutica. Os utentes já internados, ficam sob a responsabilidade dos enfermeiros que não estão a dar assistência naquele momento.

Em resposta às urgências e emergências que ocorram num dos serviços ou unidades que compõem o HNM, o SMI tem escalado diariamente uma equipa composta por um médico e um enfermeiro especialista para responder de forma rápida aquando da ativação do número de emergência interno da instituição. Estes dois profissionais quando se dirigem para o local onde ocorreu o evento, fazem-se acompanhar de mala com todo o material e terapêutica necessária para intervir em situações de emergência e de um dispositivo de monitorização. Após a estabilização do utente, por vezes é necessário transferi-lo para o SMI.

Competências específicas: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Para o ECDC (2013), as competências na área do controlo da infeção passam por estabelecer prioridades, atendendo às características organizacionais e individuais de saúde, nas quais se inclui a segurança dos profissionais de saúde, a transferência interna de informações e divulgação pública das mesmas, sem descuidar o respeito pelos padrões éticos relativos à proteção do utente.

Num contexto onde os utentes são complexos, as defesas estão comprometidas por falência de órgãos, a exposição a dispositivos invasivos é elevada o que potencia a infeção e, por vezes, a contaminação por microrganismos multirresistentes, é imprescindível a aplicação dos procedimentos que estão preconizados pela instituição. Nesta situação, a minha atuação pautou-se pelo respeito pelos procedimentos e princípios recomendados pela instituição referentes às PBCI baseadas nas vias de transmissão, visando a minimização da infeção cruzada.

Compete ao enfermeiro que presta cuidados, garantir a correta gestão do risco através do acondicionamento adequado dos materiais corto-perfurantes, da desinfeção dos dispositivos médicos e da higiene adequada das mãos nos cinco momentos recomendados. Todos estes aspetos foram tidos em consideração aquando dos cuidados dispensados.

Na prevenção da infeção associada aos cuidados no SMI estão implicados todos os profissionais da equipa multidisciplinar, dado que se trata de um serviço que integra o projeto “Stop Infeção Hospitalar! - Um Desafio Gulbenkian”. Este projeto tem como objetivos neste contexto a redução da taxa de infeção associada a dispositivos médicos (CVC, CV e tubo endotraqueal); por conseguinte estão instituídas um conjunto de medidas transversais à manipulação destes dispositivos. Para além das medidas mencionadas, constatei a existência de planos de controlo da infeção relacionados com a higiene das mãos, o controlo ambiental, a colocação de doentes, a descontaminação de equipamentos clínicos, o manuseamento da roupa segura, a utilização de equipamento individual, as práticas seguras na preparação, administração de injetáveis e a monitorização dos mesmos. Neste sentido, e como elemento do GCPPCIRA, colaborei com a equipa em algumas das monitorizações efetuadas e na implementação do feixe de medidas associado ao CV, PAI e CVC aquando da prestação de cuidados a utentes com este tipo de dispositivo.

De acordo com o REPE (2011), o Enfermeiro Especialista lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção relacionados com o utente em situação crítica e ou falência orgânica, atendendo às normas de prevenção das IACS.

Considerando que o enfermeiro também tem um papel pedagógico, no decorrer do estágio identifiquei necessidades de aprimoramento sobre o protocolo do MRSA, a higienização das mãos e o uso de EPI.

Neste sentido, em conjunto com o elo de ligação ao PPCIRA, providenciei a colocação de suportes para Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) nos pés da cama dos utentes, a fim de incentivar a sua utilização e promover o controlo da infeção. Outra das áreas na qual achei pertinente investir foi na formação sobre MRSA, uma vez que verifiquei que o procedimento não estava a ser aplicado de acordo com o preconizado e também por algumas questões que me foram direcionadas por alguns colegas. Assim, no dia 18/05/2017, efetuei formação aos enfermeiros sobre a prevenção da colonização/infeção por MRSA, na qual abordei as novas orientações emanadas pelo GCPPCIRA sobre esta temática, dando mais ênfase às lacunas identificadas (técnica do banho, descolonização). Note-se que, de acordo com os dados de VE da *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network* (EARS-Net) citado no Despacho n.º 1400-A/2015 (p. 3882), “Portugal apresenta uma taxa

elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina...”

Em síntese, ao longo da prestação de cuidados ao utente crítico, empenhei-me permanentemente em atender às situações de risco potenciais ou reais, assegurando cuidados com segurança, sem descurar os princípios subjacentes à prevenção e controlo da infeção e às restantes áreas ligadas ao doente crítico.

1.4. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto da Unidade Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João

Os estágios desenvolvidos em ambiente hospitalar podem ser preciosos, nomeadamente em contexto de prática clínica, uma vez que constituem momentos de especial potencial formativo, pois permitem que o estudante vivencie um conjunto de situações e experiências colocando-o perante a realidade concreta. É através do constante processo reflexivo sobre as práticas desenvolvidas que o saber adquirido se vai espelhar, consolidando o saber teórico (Casate & Corrêa, 2006).

Portanto, os momentos da prática clínica revelaram-se espaços privilegiados de observação, de desenvolvimento de novas aprendizagens e aperfeiçoamento de práticas já assimiladas, atendendo a que estimularam a reflexão, a aplicação dos conhecimentos, valores e competências conducentes a uma prática especializada de excelência. Assim, no sentido de desenvolver e aperfeiçoar competências relacionadas com a transversalidade do controlo da infeção no contexto do doente crítico, optei por realizar o Estágio III – Opção na Unidade de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (UPCIRA) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) e na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas (UCIDI). O estágio na UPCIRA realizou-se no mês de agosto de 2017 e teve uma carga horária total de 90 h, por sua vez, no estágio realizado na UCIDI contabilizou-se um total de 111.5 horas.

A opção de realizar este estágio na UPCIRA prendeu-se com o facto de atualmente integrar o GCPPCIRA no SESARAM, E.P.E., com o interesse e a curiosidade em aprofundar o conhecimento sobre o papel do enfermeiro especialista no controlo da infeção, conhecer o que há de diferente naquele contexto, bem como os procedimentos instituídos, a sua aplicabilidade prática numa instituição de grande dimensão e reconhecida como Centro de Referência a nível nacional para onze patologias, desde 2016.

Note-se que as IACS foram definidas como uma das áreas chave, alvo de intervenção da Unidade Global da OMS para a prevenção e controlo da infeção, por representarem o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados e por nenhuma instituição ou país poder alegar ainda ter resolvido o problema, isto porque, baseando-se em dados de vários países, estima-se que, a cada ano, centenas de milhões de utentes em todo o mundo são afetados por este tipo de infeção. Atualmente consensualizou-se mundialmente de que é necessária uma ação urgente para prevenir e controlar a infeção e a disseminação de microrganismos resistentes a antibióticos (WHO, 2011).

O ECDC estima que surjam mais de 2.600 novos casos de IACS todos os anos na Europa, com uma carga cumulativa estimada em anos de vida associados a incapacidade superior a todos os outros eventos (Allegranzi et al., 2017).

A prevenção e controlo das IACS deverão ser baseados em evidências que impeçam que os utentes e profissionais de saúde sejam prejudicados por infeções evitáveis, danos desnecessários e até mesmo a morte. De acordo com WHO (2011) a prevenção das IACS nunca foi tão importante: economiza dinheiro, reduz a disseminação da RAM e incentiva a qualidade nos serviços de saúde, integrados e centrados nos utentes.

Perante estas constatações, optei por direcionar os meus objetivos de estágio para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, tendo como grande linha orientadora a seguinte competência específica: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Sendo assim, elaborei inicialmente um projeto de autoformação que teve como finalidade ser um instrumento de gestão, orientação e de planificação importante, porque possibilitou alinhar um conjunto de atividades a pôr em prática, no sentido de trabalhar, em parceria com a UPCIRA e a UCIDI, as capacidades e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC a adquirir e desenvolver, tendo como principal pilar a transversalidade do controlo da infeção.

Relembrando a amplitude e o nível de atuação do enfermeiro que exerce funções na UPCIRA e as implicações que decorrem da aplicação prática de um plano de controlo de infeção e prevenção das IACS num hospital de grande dimensão, importa referir que os hospitais são espaços propícios para a disseminação de infeções devido à grande concentração de múltiplas estirpes de microrganismos, de bactérias resistentes a antibióticos, de utentes imunodeprimidos e com dispositivos que facilitam a entrada de

microrganismos no organismo. Outro aspecto igualmente importante é caracterizar o CHSJ do Porto. O CHSJ é um hospital central com o estatuto de E.P.E., de acordo com o Decreto-Lei n.º 558/99, emanado a 17 de dezembro, atualmente revogado pelo Decreto-lei n.º 133/2013, de 03 de outubro de 2013. É uma instituição localizada no grande Porto com uma área de assistência muito abrangente, tendo, no decurso da sua existência, sofrido algumas remodelações e adaptações.

O CHSJ dispõe de uma lotação oficial de 1.105 camas e 45 berços, distribuídos por várias especialidades médicas e cirúrgicas. Está vocacionado para a assistência direta à população, por conseguinte, este hospital tem como missão prestar bons cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais (CHSJ, 2016).

Pretende ainda ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, ou seja, visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde. Os seus colaboradores regem-se pelos valores da competência, do humanismo, da paixão, do rigor, da transparência, da união, da solidariedade e da ambição com o comprometimento do “reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita”; “centrado no doente e na promoção da saúde através da postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis”, na visão do Ministério da Saúde (2014).

Após efetuar algumas ressalvas sobre a caracterização do CHSJ, será pertinente descrever, ainda que de forma resumida, a UPCIRA, pois permitirá compreender o seu papel na instituição e estabelecer uma correlação com as competências do enfermeiro especialista naquele contexto.

No que respeita particularmente à UPCIRA, o CHSJ dá cumprimento ao estabelecido no Despacho no 15423/2013, de 26 de novembro, o qual criou os grupos de coordenação regional e local do PPCIRA, tendo como finalidade a implementação dos objetivos deste programa de saúde prioritário e as recomendações do ECDC. No CHSJ, este grupo veio substituir a Comissão de Contro de Infeção e apresentar-se como UPCIRA. A UPCIRA é um órgão multidisciplinar de apoio técnico ao Conselho de Administração que tem como principal objetivo a prevenção das IACS e a preservação da eficácia dos antimicrobianos através da promoção do seu uso adequado, de acordo com os Despacho n.º 246 de 23/10/1996, Circular Normativa n.º 18 de 15/10/2007 e Despacho 18052/2007, de 14 de agosto.

Neste sentido, os elementos da UPCIRA têm como funções: definir o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção do CHSJ; planear e implementar a VE atendendo aos programas nacionais emanados pela DGS e às necessidades do CHSJ; investigar, controlar e notificar surtos de infeção; monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos; colaborar no desenvolvimento de estratégias de monitorização, de programas, ações de formação e investigação relacionados com as IACS; elaborar, rever (sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem) e implementar normas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção e das resistências aos antimicrobianos e sua monitorização; proporcionar consultoria aos órgãos de gestão e profissionais de saúde no âmbito das IACS a da resistência aos antimicrobianos; entre outras, sendo que todas estas são comuns ao GCPPCIRA do SESARAM, E.P.E..

Relativamente à sua localização, fica no 1º piso do CHSJ e está inserido no Centro de Epidemiologia Hospitalar, que integra ainda: Serviço de Saúde Ocupacional; Unidade de Investigação; Unidade de Prevenção e Controlo da Infeção; Unidade de Qualidade e Segurança do Doente.

Já no que concerne à composição da equipa, esta é constituída 11 elementos: um diretor médico, uma enfermeira chefe, dois médicos que dão apoio ao Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), cinco enfermeiros, um administrativo e um técnico; para além destes elementos fazem parte da equipa outros técnicos de saúde (engenhaira do ambiente, farmacêutica, microbiologista) que dão apoio sempre que seja necessário.

A equipa habitualmente reúne às sextas feiras, dedicando aproximadamente uma hora ao “Jornal Club”, ou seja, um elemento da equipa (médico ou enfermeiro) fica incumbido de apresentar um artigo científico que esteja relacionado com a infeção e que, na sua perspetiva, seja de interesse para o grupo, sendo depois debatido, analisadas as conclusões do mesmo e avaliada a viabilidade de implementação no hospital. Trata-se, na minha perspetiva, de um excelente método de atualização e aquisição de conhecimentos, uma vez que permite sustentar a prática com base na melhor e mais atualizada evidência científica. Reúnem também às segundas feiras, com o objetivo de discutir problemas internos e definir estratégias a implementar face a algumas situações detetadas, como por exemplo surtos de *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC), evacuação de utentes de uma unidade para outra a fim de proceder a descontaminação terminal, entre outros.

O diretor clínico integra também a equipa da UCIDI. Quanto aos dois médicos responsáveis pelo PAPA, estão a tempo inteiro adstritos a esta função. Para além destes

elementos, integra um administrativo, responsável pela introdução de dados em bases próprias para a vigilância epidemiológica da tuberculose, *Clostridium difficile*, assim como de outros microrganismos problema ou alerta. A equipa inclui ainda um técnico que tem como missão efetuar diariamente a filtragem dos utentes portadores de KPC numa das bases do laboratório e extrair a listagem de utentes agendados para consulta de portadores de KPC.

No que concerne aos enfermeiros da UPCIRA, uma enfermeira está responsável por efetuar o contacto com os utentes portadores de KPC e dar orientações sobre os cuidados e procedimentos a adotar quando o utente recorrer ao hospital, outro está mais adstrito ao projeto “Stop Infeção Hospitalar! - Um Desafio Gulbenkian” (coordenador). Existe ainda uma enfermeira responsável pela base de dados das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), a qual, a partir do resultado laboratorial, efetua o estudo do utente e analisa os dados registados, outra enfermeira tem a função de inserir na base da DGS (HELICS - Cirurgia) os dados sobre os utentes que foram submetidos a cirurgias eletivas contratualizadas e que apresentaram infeção associada ao local cirúrgico e outro enfermeiro é responsável pela atualização das bases internas dos microrganismos multirresistentes.

Uma vez que a VE possibilita, mediante os vários programas, monitorizar os microrganismos multirresistentes mais frequentes e as resistências aos antibióticos, é possível, com a sua implementação, medir o sucesso das medidas e procedimentos implementados, que serão espelhados nas taxas de IACS e das RAM. Outro dos aspetos que podemos inferir da VE, são as necessidades da instituição relativamente às áreas da formação, de recursos materiais e humanos, assumindo-se a formação como pilar estruturante do PPCIRA e correspondendo a uma das competências específicas do enfermeiro no âmbito do controlo da infeção. Os quatro enfermeiros que integram a UPCIRA são igualmente responsáveis por efetuar VE diária, estabelecer contactos com os diversos serviços que têm utentes com microrganismos multirresistentes, dando orientações no sentido de prevenir surtos e infeção cruzada e efetuando formação dirigida às necessidades identificadas. Também estabelecem a ponte com outras unidades de saúde para informar sobre a situação infecciosa e todos eles estão aptos para dar resposta às solicitações relacionadas com a prevenção e controlo da infeção. Segundo a DGS (2016) existem duas grandes áreas de ação, controlo da IACS e das RAM, que são a base para fundamentar o papel, o programa e a prevenção da infeção por parte do PPCIRA.

Competências específicas: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Na pessoa em situação crítica, a prevenção e controlo das IACS assume um carácter prioritário, na medida que temos cada vez mais ao dispor dos profissionais de saúde, dispositivos médicos, tecnologias inovadoras e de elevado grau de invasibilidade que, por um lado, potenciam o aumento da esperança de vida, mas também aumentam o risco de infeção (Direção Geral da Saúde, 2008, citado pelo Diário da República, 2015).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2017, s.p.), infeção é o “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.”

Relembrando que “as IACS constituem um problema de saúde devido à elevada morbimortalidade e custos associados (...) e representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam” (Pina e al., 2010, p. 27), devem ser um dos focos de atenção do enfermeiro especialista, cuja intervenção visa estabelecer procedimentos e circuitos alusivos à prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, assim como salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos Antimicrobianos, de modo promover a excelência do exercício profissional, proporcionar bem-estar e qualidade de vida ao utente.

O CHSJ possui um plano e diretivas sobre controlo de infeção, elaborado pela UPCIRA, no qual é contemplada a atuação pelos profissionais em caso de surtos: isolamento de utentes atendendo ao tipo de microrganismo multirresistente, implementação das PBCI e quais os critérios para sua aplicabilidade e procedimentos alusivos aos fatores que mais concorrem para o desenvolvimento de IACS. Este plano de atuação coaduna-se com o que está instituído no SESARAM, E.P.E. em caso de surtos.

Durante o estágio tomei conhecimento dos programas de VE instituídos pela UPCIRA, que passo a nomear: “Stop Infeção Hospitalar! - Um Desafio Gulbenkian”, direcionado para a prevenção da PAI; para a infeção associada ao CV; para a ILC e para a infeção associada ao CVC. Possuem ainda o HELICS - Cirurgia, o qual está direcionado para o registo da infeção associada a determinadas cirurgias que estão contratualizadas pelo Ministério da Saúde; o programa das INCS, acedido através da plataforma INSA-RIOS da DGS, que permite o registo das infeções nosocomiais associadas à corrente sanguínea. Para

além destes programas, efetuam o registo e a monitorização da VE diária das IACS associadas a microorganismos multirresistentes positivos, como, por exemplo, do *Clostridium difficile*, do *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, da *Mycobacterium tuberculosis*, das *Klebsiella pneumoniae* (enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado – ESBL e das carbapenemases - KPC) e da *Escherichia coli* ESBL positiva.

Ao longo do estágio verifiquei que a Instituição, em matéria de prevenção e controlo de infeção, tem um longo percurso e profissionais com muita experiência e sensibilidade para esta temática. Sendo uma mais valia, a experiência profissional e a aplicação na prática das recomendações emanadas pelo PPCIRA Nacional, verifica-se um interesse permanente em manter os conhecimentos atualizados através da participação regular em congressos nacionais e internacionais, tendo o cuidado de atualizar normas e procedimentos inerentes à prevenção e controlo da infeção e sua implementação.

No sentido de desenvolver competências relacionadas com o controlo da infeção, no contexto da UPCIRA, para além de efetuar a VE das IACS decorrentes de microorganismos multirresistentes, colaborei na sensibilização dos profissionais de saúde, utentes, familiares e cuidadores para o cumprimento dos protocolos indicados para o isolamento de utentes e consequente orientação na gestão das camas no serviço de medicina, cuidados de enfermagem a implementar, precauções básicas baseadas nas vias de transmissão, na supervisão do cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas relacionadas com o controlo da infeção a nível institucional (higienização das mãos antes e após o contacto com o doente, a utilização de EPI recomendado para o procedimento a efetuar, a limpeza do ambiente), mais especificamente na cirurgia vascular, nefrologia/unidade de transplantados renais, medicina, cirurgia e unidade de cuidados intensivos.

Nestas situações, identifiquei igualmente estratégias de melhoria na minha conduta relativamente à prevenção das IACS, passíveis de serem transportadas para o HNM. Como exemplo destaco a intervenção do enfermeiro junto das equipas, mais concretamente o modo de abordagem e de transmissão da informação sobre a implementação das PBCI e planeamento de formação.

Perante estas considerações, o meu comportamento coaduna-se com a atuação do enfermeiro especialista na área do controlo da infeção, porque vai ao encontro do que o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista (2011, p. 8657) emana, quando

refere que o enfermeiro privilegia a liderança e o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, segundo as normas de prevenção das IACS.

Outra das áreas em que colaborei foi na aplicação do programa de prevenção das resistências aos antimicrobianos (validação se o antibiótico prescrito está de acordo com o Teste de Sensibilidade ao Antibiótico) e na introdução de medidas corretivas nos serviços.

A validação da prescrição do antimicrobiano pelo enfermeiro que exerce funções numa unidade de controlo da infeção é imprescindível para minimizar as resistências dos microrganismos, cujas taxas estão diretamente associadas ao uso inadequado e inapropriado de antimicrobianos, o que concorre para o desenvolvimento de resistências e, conseqüentemente, de novas classes de antimicrobianos. É sabido que há associação entre elevado consumo de uma classe de antimicrobianos e maior desenvolvimento de resistências a essa mesma classe (SESARAM, E.P.E.,2018). Na presença de resistências e em caso de risco de perda de eficácia dos antimicrobianos, o médico opta por esquema de terapêutica antibiótica de mais largo espectro, de forma a minimizar insucessos terapêuticos, aumentando, a pressão antibiótica e a probabilidade de desenvolvimento de resistências. Neste âmbito, diariamente são estudados nos hospitais, pelos microbiologistas do Setor de Microbiologia do Serviço de Patologia Clínica, todos os microrganismos isolados em qualquer espécime, sejam infetantes ou colonizantes, visando a construção de um Mapa Microbiológico que refletirá a realidade microbiológica hospitalar. Este Mapa é de extrema importância porque irá orientar e auxiliar os médicos prescritores na escolha empírica da antibioterapia e na redução das RAM de determinadas estirpes de microrganismos, como, por exemplo, as KPC.

De acordo com a DGS (2017), as KPC integram a família das bactérias Gram negativas comensais do subgrupo da família das Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) providas de resistência aos antibióticos de largo espectro do grupo dos carbapenemos (ertapenemo, imipenemo, meropenemo).

O desenvolvimento desta espécie de resistência segundo a WHO (2017), pode estar associada a determinadas ERC produtoras de uma betalactamase (ampicilina), pois, quando associada a mutações dos canais de purina, pode transformar as bactérias impermeáveis à entrada dos carbapenemos, e conseqüentemente resistentes a este grupo de carbapenemos.

Porém, existem outras ERC com capacidade de hidrolisar várias frações das moléculas dos carbapenemos, que originam diversos tipos como por exemplo: Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), sendo esta a principal carbapenemase em

Portugal, responsável por surtos esporádicos, cujas estirpes produtoras são as que apresentam maior capacidade de transmissão cruzada (ECDC, 2016).

De notar que a DGS (2017), por sua vez, salvaguarda relativamente às ERC, principalmente as KPC, que embora não estejam na iminência de ser uma situação preocupante em alguns países do sul e leste da Europa, em Portugal tem-se constatado nos últimos anos um crescimento considerável da sua incidência, com a ocorrência de surtos hospitalares esporádicos, pelo que é imprescindível a adoção ou consolidação de boas práticas nacionais neste sentido, dado que estas estirpes são as que apresentam maior capacidade de transmissão cruzada.

O aparecimento e a disseminação de EPC, segundo o ECDC (2014), são uma ameaça à saúde pública, principalmente porque estas infeções estão associadas a um aumento da morbidade, mortalidade e dos custos em saúde. Reduzir a sua propagação e evitar a sua importação para instituições de saúde é muito importante, assim como o controlo da transmissão em áreas endémicas, isto porque estão associadas a resultados negativos na recuperação dos utentes. Promover o controlo efetivo da infeção e implementar medidas é um passo importante para evitar e prevenir a colonização ou infeção por microrganismos multirresistentes, para além de serem funções que estão delegadas aos enfermeiros com competências específicas na área da prevenção e controlo da infeção.

A monitorização e rastreabilidade dos utentes com fatores de risco, colonizados ou infetados por KPC, é uma das prioridades da VE na UPCIRA. Esta unidade definiu, com base nas orientações ditadas pela DGS, o rastreio da KPC a todos os utentes que apresentarem, pelo menos, um dos seguintes fatores de risco prévios à admissão: colonização ou infeção por ERC nos últimos 12 meses; administração de antibióticos (não só de carbapenemos, mas também quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração); internamento ou institucionalização, incluindo em ambiente de cuidados continuados ou lares; internamento em cuidados intensivos; realização de cirurgias ou procedimentos invasivos; presença de feridas crónicas, nomeadamente úlceras de pressão, estomas ou dispositivos invasivos (CV, CVC); imunodepressão e transplante de órgãos; diálise; deficiente estado geral, ou seja, que apresente elevado nível de dependência; internamento em áreas com elevada prevalência de ERC.

Esta preocupação foi decorrente de um surto da KPC em Portugal originário no Hospital de Gaia, no qual cerca de 100 utentes foram infetados. Teve início em agosto de 2015 e o seu controlo só foi concretizado quatro meses após a sua identificação, tendo provocado inclusive mortes (Campos, 2015).

Perante esta situação, como o CHSJ recebe utentes provenientes do Hospital de Gaia e de outros hospitais, o UPCIRA criou um procedimento sobre monitorização e rastreio de KPC, no qual consta como atuar nas situações em que o utente apresenta fatores de risco e que inclui, por exemplo, ser submetido a rastreio, descolonização e medidas a adotar (isolamento de contacto) caso o resultado microbiológico confirme que o utente é portador ou está colonizado com a bactéria, o que implicará a alocação provisória ou transferência definitiva para a UCIDI. Também consta como efetuar a descolonização e terapêutica.

A UPCIRA, para prevenir surtos de KPC e outros microrganismos multirresistentes, tem implementado um sistema eletrónico de notificação a partir do laboratório, onde a horas específicas (8:00, 14:00 e 19 horas), um enfermeiro da UPCIRA recebe uma notificação sobre os resultados microbiológicos, sendo depois efetuada a sua sinalização e alerta no processo do utente. Através deste sistema é desencadeado o estudo do utente, efetuando posteriormente a ponte com a equipa de saúde do serviço.

Relativamente às KPC, é ainda efetuada por um técnico a extração de uma listagem dos utentes, com respetivo número de processo, sendo que a mesma é disponibilizada a uma enfermeira que tem como função efetuar a validação no processo do utente do estado infeccioso e o contacto com os utentes ou pessoa significativa, com o objetivo de informar o procedimento a adotar numa próxima vinda ao hospital para consulta ou análises, cuidados a ter e onde se deve dirigir (bloco de consultas - K2) sempre que recorrer ao hospital.

O CHSJ dispõe, para este tipo de utentes, de uma consulta específica, onde o utente quando chega ao hospital é encaminhado para um bloco de consultas - K2, destinado apenas a atendimento de utentes colonizados ou infetados com KPC. Aqui são efetuadas, por parte da equipa de enfermagem e médica, uma avaliação do utente, a rastreabilidade do microrganismo e ensinos individualizados, ficando o utente com a indicação para não aceder a outros serviços do hospital. No caso dos utentes portadores de KPC que recorram à urgência, a informação fica disponibilizada no processo do utente com uma sinalização de alerta e, aquando da sua admissão, é implementado o procedimento específico ao isolamento de utentes e medidas de precaução relacionadas com as vias de transmissão.

De modo a prevenir um surto de KPC na unidade de transplantados renais, tive a possibilidade, com o tutor, de elaborar um plano preventivo de atuação direcionado para a equipa de enfermagem, assistentes operacionais, utentes, famílias e cuidadores, adequado ao contexto, cuja viabilidade e eficácia foi constatada atendendo a que foi controlada e prevenida a infeção cruzada.

Para prevenir a transmissão cruzada deste tipo de microrganismo, a DGS (2017) recomenda a adoção e implementação das PBCI, dando ênfase à higienização das mãos de acordo com os cinco momentos definidos pela OMS e a utilização de EPI adequado à situação. Atendendo a que as ERC podem ser transmitidas através do ar, de equipamentos/materiais e dispositivos contaminados, a higienização ambiental, a gestão de alimentos, as roupas e os resíduos, devem igualmente ser seguidas associadas às precauções básicas e às precauções de isolamento baseadas na via de transmissão.

Enquadrado também na prevenção da transmissão da infeção, o enfermeiro da UPCIRA, após tomar conhecimento do estado infeccioso de um utente, preenche um documento vermelho com a identificação do utente, serviço, tipo de isolamento a adotar (início e fim) e desloca-se ao serviço para efetuar a entrega ao enfermeiro responsável do utente, validar e supervisionar as medidas instituídas, assim como orientar a equipa de enfermagem, médica, assistentes operacionais, utente, familiares e cuidadores.

Alguns destes procedimentos enquadram-se igualmente nas recomendações do ECDC, em 2016, sobre a “Rápida Avaliação do Risco”, nas quais está explícita a necessidade de haver um controlo padrão para as infeções, a limpeza ambiental, o reprocessamento adequado de dispositivos médicos, e a adequada capacidade dos laboratórios microbiológicos, pois são a base para a prevenção da transmissão de bactérias multirresistentes como EPC ou KPC. Sublinha também que a notificação imediata à equipa de saúde e à equipa de prevenção e controlo/higiene hospitalar é essencial. Já em 2018, o ECDC volta a reforçar que a investigação e notificação laboratoriais oportunas e apropriadas, são essenciais para evitar um atraso no tratamento adequado. Sugere ainda que utentes com infeções por KPC beneficiarão de consultas com especialistas em doenças infecciosas ou microbiologia clínica, o que garantirá um melhor resultado possível, dadas as opções limitadas de tratamento. Estas orientações foram adotadas pelo CHSJ, concretizando-se no bloco de consultas - K2, já mencionado anteriormente.

Constatai também que no CHSJ têm orientações diferentes das que estão estabelecidas no SESARAM, E.P.E. no que concerne ao isolamento de utentes com *Escherichia coli*, uma vez que não isolam utentes colonizados ou infetados com este microrganismo, por considerarem que existem outros mais preocupantes, como, por exemplo, as KPC. Também o facto de não disporem de recursos suficientes face à dimensão do hospital, é outro dos motivos para terem equacionado o seu isolamento. Visto que no SESARAM, E.P.E. estes utentes são considerados de elevado risco de contágio tendo como fundamentação a evidência científica e as diretrizes da DGS, continuamos a orientar e a

sensibilizar as equipas para manterem o utente isolado até confirmação laboratorial contrária.

Outro dos microrganismos no qual não é efetuado o isolamento atendendo à via de transmissão no CHSJ é o MRSA (pelos mesmos motivos já referenciados para a *Escherichia coli*). Contudo no SESARAM, E.P.E., continua-se a isolar, dado tratar-se de uma bactéria comensal na qual prevê-se que possa colonizar a pele em até 30% dos indivíduos saudáveis.

Estes dados levam-me a concluir que o modo de atuação perante um microrganismo multirresistente está relacionado com as multirresistências, com o uso de antimicrobianos, com as necessidades e recursos de cada instituição.

Indo ao encontro das recomendações da DGS, no SESARAM, E.P.E., está implementado um procedimento ligado à “Prevenção da Colonização/Infeção Cruzada por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina”, o qual dá indicação para isolar o utente atendendo aos fatores de risco que apresente, às vias de transmissão, apontando também as medidas a implementar na presença de infeção ou colonização por MRSA.

Outra das medidas a aplicar na prevenção e controlo da infeção para além do isolamento é a verificação da efetivação da limpeza através de dispositivos, na qual também colaborei. O CHSJ tem disponível o marcador, spray, o foco de luz fria que permite validar a limpeza e o método de limpeza por adenosina trifosfato (ATP) por bioluminescência (zaragatoa). Relativamente à desinfeção de salas, é possível efetuar através do vapor de peróxido de hidrogénio. A sua aplicabilidade, só é possível mediante autorização prévia da dispensa do equipamento para desinfeção por vapor com peróxido de hidrogénio.

Para tal, foi imprescindível validar se as salas (gastroenterologia e bloco de exames de odontologia) reuniam as condições para a operacionalização da desinfeção (através de visita ao serviço), analisar se os procedimentos médicos e de enfermagem efetuados nessas salas conferem um elevado risco de infeção para o utente e as implicações da desinfeção (inativação das salas e consequente suspensão de consultas, exames e alocação de utentes em outras unidades/serviços) e ponderar os custos e benefícios para os utentes e profissionais, uma vez que se trata de uma técnica de elevado custo.

Reconheço que foi importante esta experiência, pois não detinha conhecimentos sobre esse procedimento e dispositivo porque não está disponível no SESARAM, E.P.E..

A eficácia da desinfeção por peróxido de hidrogénio em quartos de hospitais foi alvo de uma pesquisa realizada pelos cientistas da Johns Hopkins University, nos Estados Unidos da América; de acordo com os autores (Passaretti et al.,2013), após uma limpeza de rotina das superfícies, equipamentos/dispositivos expostos, incluindo teclados e monitores,

bem como cadeiras, chão e paredes, o vapor de peróxido de hidrogénio é capaz de matar e impedir a propagação de bactérias resistentes a medicamentos, ou superbactérias atendendo a que verificaram que a limpeza reduziu em 64% a probabilidade de contaminação por microrganismos resistentes após utilização do quarto, e por outro lado, o reforço da desinfeção com o vapor reduziu em 80% as possibilidades de um utente adquirir infeção por *Enterococcus* resistente à vancomicina. Um dos investigadores, Trish Perl, chega a afirmar que o vapor de peróxido de hidrogénio representa um avanço tecnológico relevante na prevenção da disseminação de bactérias perigosas entre utentes, independentemente destes partilharem o mesmo quarto em simultâneo no hospital.

Nas unidades de cuidados intensivos do CHSJ está instituída a desinfeção com vapor por peróxido de hidrogénio, uma vez por ano sendo também realizada em salas de outros serviços que tenham acomodado utentes com microrganismos multirresistentes atendendo ao nível de contaminação. Esta decisão obriga a alocação de utentes a outras unidades, atendendo a que o peróxido de hidrogénio pode ser tóxico para os seres humanos.

A tomada de decisão para efetivar a disponibilização do equipamento para desinfeção com vapor por peróxido de hidrogénio implicou, igualmente, a ponderação sobre os ganhos em saúde para o utente e profissionais (benefícios de um ambiente seguro para a prestação de cuidados com qualidade), bem como a articulação com os serviços para alocação de utentes.

As transferências para outras unidades implicam a gestão dos utentes, respetivas camas e serviços visando a garantia da continuidade de cuidados, a segurança e proteção do utente, possíveis complicações e comorbilidades associadas à infeção e ao prolongamento do internamento. Por sua vez, as situações de isolamento de utentes são geradoras de ansiedade, medo perante o desconhecido, de estigma para o utente, para a família e para o cuidador pela conotação que está associada à infeção, exigindo do enfermeiro especialista a comunicação antecipada e eficaz, explicando todo o procedimento sem provocar alarmismo, de forma a desmistificar e minimizar traumas, mostrando disponibilidade e relação de ajuda.

Nos casos em que é requerido um isolamento prolongado, de acordo com Abad, Fearday e Safdar (2010), por vezes podem surgir efeitos adversos na saúde psicológica de um utente (depressão, ansiedade), o que poderá ter custos adicionais inesperados; nestas situações, o enfermeiro da UPCIRA tem uma responsabilidade acrescida na tomada de decisão, na educação, na transmissão e na gestão de informação.

A participação nas decisões em equipa multiprofissional assume uma importância relevante, potencia a responsabilidade, exige um conjunto de conhecimentos e saberes para fundamentar a decisão tomada, fomentando o crescimento profissional.

Por vezes o enfermeiro quando recebe um pedido de descontaminação de uma sala e se desloca ao serviço para avaliar a necessidade e viabilidade da desinfeção por vapor de peróxido de hidrogénio, depara-se com algumas incertezas quanto ao parecer a dar. Tem de ponderar e considerar o risco/benefício, o que nem sempre é fácil, porque tem de ter em conta o dever ético e moral de zelar pelo bem do utente, o que implica disponibilizar um ambiente seguro à prestação de cuidados com qualidade e isento de complicações associadas aos cuidados prestados. Por outro lado, tem de fazer juízo às competências e saberes relacionados com a viabilidade, custos e eficácia da sua aplicabilidade. Considerando todos os cuidados que este processo requer, não deixa de ser pertinente a sua utilização numa instituição, porque o resultado irá traduzir-se numa redução do risco das IACS e, conseqüentemente, maiores ganhos em saúde que se traduzirão numa redução do tempo de internamento e de custos para a instituição. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, relevam-se os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos. Como tal, no exercício das suas funções, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no CDE e a regulamentação do exercício da profissão, com ênfase numa prática da Enfermagem adequada e ponderada (OE, 2015).

Refletindo ainda sobre os principais problemas éticos associados ao controlo da infeção no contexto da UPCIRA, estes estão igualmente relacionados com as condições do ambiente envolvente do utente, com a gestão dos recursos materiais, humanos e com o incumprimento das recomendações por parte, essencialmente, dos profissionais externos e dos visitantes relativamente às precauções adicionais a aplicar para prevenir e minimizar a infeção e o seu risco, provavelmente por desconhecimento ou falta de sensibilidade. Neste sentido, surge a necessidade de assumir a defesa do utente perante a equipa multiprofissional e visitantes, sendo para tal necessário um comportamento e linguagem assertiva, mas adequada ao nível de conhecimentos visando a transmissão da informação pretendida.

Sempre que oportuno, utilizando a comunicação como instrumento básico, atendi às necessidades e vontades dos utentes, das famílias e dos cuidadores fornecendo informação relevante sobre as medidas a implementar, as vias de transmissão do microrganismo isolado na análise microbiológica e os cuidados a ter para prevenir a infeção cruzada, de modo a ajudá-los a cumprirem com as recomendações indispensáveis para minimizar riscos e

atingirem níveis razoáveis de saúde. Este comportamento coaduna-se como o que defende o CDE (2015), na medida em que no artigo 105º reporta para o atendimento com responsabilidade e cuidado na solicitação ou esclarecimento de informação sobre os cuidados de enfermagem requeridos pelo utente.

Desenvolvi uma prática profissional e ética no campo de intervenção do controlo da infeção, dado que sempre que constatei alguma incorreção nesta matéria, tive o cuidado de abordar o profissional, no sentido pedagógico e da melhoria de atuação, obtendo da outra parte receptividade e compreensão pela minha atuação.

As infeções e RAM são um problema real e atual, com implicações diretas e indiretas na qualidade e na melhoria contínua dos cuidados e tratam-se de uma área de intervenção específica do enfermeiro especialista em EMC não só pelas questões éticas e legais que daí advêm (dever de zelar pela saúde, qualidade e segurança, no qual passa, por exemplo, aquando de um internamento não contrair uma IACS ou comorbilidade), mas igualmente pelo compromisso que assume quando acolhe um utente, na medida em que deve garantir e proporcionar todos os meios e recursos necessários satisfação do utente e à prestação de cuidados com segurança e qualidade. Nesta linha, na visão do Campos, Saturno e Carneiro (2017), o conceito de qualidade dos cuidados em saúde atende à prestação de cuidados acessíveis e equitativos, onde conste um nível profissional ótimo, o qual considere os recursos disponíveis e permita a adesão e satisfação dos utentes.

Exemplificando, no estágio garanti a melhoria contínua da qualidade respeitante às IACS, através da correta orientação sobre acondicionamento dos materiais cortopercutantes, da triagem de resíduos, da desinfeção dos dispositivos médicos e da higiene adequada das mãos nos momentos recomendados, bem como da aplicação das precauções baseadas na via de transmissão e da identificação das principais estratégias/técnicas aplicadas na prevenção e controlo da infeção no UPCIRA, potenciando as boas práticas na esfera da qualidade no controlo, prevenção da infeção e consequentemente da vida do utente.

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado. (DGS, 2015, p. 21).

A gestão da prevenção do risco da infeção ao nível institucional e da UPCIRA, passa pela motivação, sensibilização, envolvimento e compromisso por parte de todos os profissionais da instituição, uma vez que é da responsabilidade de cada elemento minimizar os riscos para o utente e para o próprio profissional.

Assim, de acordo com a OE (2001) a qualidade em saúde deve ser assumida como uma tarefa multiprofissional e que está relacionada a um contexto ou local.

Ilustrando a ideia anterior, em 2015, no CHSJ, foi implementado um projeto - “Stop Infeção Hospitalar! - Desafio Gulbenkian”, que implicou envolvimento, sensibilização e compromisso de todos os profissionais de várias equipas, dado o seu cariz institucional na área do controlo da infeção e que visava a redução, em três anos, de 50% das infeções associadas ao CVC, CV, PAI ou ILC (Infeção do Local Cirúrgico). Este projeto, neste hospital, é dinamizado partindo do mote «Olhar o Passado, Celebrar o Presente, Delinear o Futuro». Para a sua concretização são efetuadas reuniões com a equipa de liderança do hospital que integra o Projeto, sempre na presença do diretor do serviço, do enfermeiro responsável e de outros elementos que integram as equipas do serviço e que estejam a fazer manhã. Caso um dos elementos responsáveis pelo serviço não esteja disponível far-se-á representar. Nestas reuniões mensais são identificadas oportunidades de melhoria, validadas as intervenções que estão implementadas e os resultados das mesmas na redução da taxa de infeção e, posteriormente, são identificadas necessidades e definidas estratégias a adotar no combate aos quatro tipos de infeção. No que concerne aos restantes elementos de enfermagem do UPCIRA, um outro elemento, designado pelo coordenador de enfermagem do projeto, participa nestas reuniões. Pelo que constatei, os líderes e as chefias intermédias são imprescindíveis neste projeto, na medida em que fomentam as boas práticas, reequacionam com frequência as estratégias implementadas e reajustam-nas atendendo às monitorizações que efetuam mensalmente neste âmbito, de forma a obter melhores resultados e maior satisfação dos profissionais da equipa, dos utentes, familiares e cuidadores. O envolvimento do utente, da família e do cuidador em todo este processo é tido em atenção, desde a admissão até ao momento da alta, através da participação nos cuidados e nas medidas a adotar no sentido de prevenir a infeção.

Neste sentido participei numa reunião com os elementos da cirurgia que estão afetos ao projeto, que tinha como objetivo informar sobre a taxa de infeção do mês de julho e aferir medidas de combate à infeção através da aplicação do feixe de medidas associado à ILC, definir e traçar novos objetivos visando a melhoria contínua da prática e a uniformização de procedimentos. A participação nesta reunião e toda a colaboração dada na monitorização dos dados e elaboração do relatório mensal do projeto, será certamente traduzida em benefícios pessoais e profissionais a nível futuro, dado que este projeto também se encontra implementado no hospital onde exerço funções.

Outras das atividades em que participei foram a formação/informação (a novos enfermeiros), colaboração e divulgação de normas e recomendações de boas práticas, consultadoria e apoio essencialmente aos serviços de internamento, intensivos, urgência e consulta.

As orientações dadas às equipas prestadoras de cuidados pela UPCIRA, por vezes, têm implicações na gestão dos cuidados, principalmente se forem direcionadas para utentes críticos, pois implica a afetação, mobilização e otimização de recursos humanos e materiais adequados às necessidades dos utentes e das práticas a realizar. A exigência e o nível de cuidados que impõe é superior quando o utente está infetado, porque o enfermeiro terá de atender a uma série de princípios, procedimentos respeitantes à prevenção e controlo da infeção e ao envolvimento da família na adoção de medidas adequadas à sua permanência junto do utente sem potenciar o risco de infeção. Serviços com utentes com microrganismos multirresistentes deverão efetuar uma gestão mais rigorosa dos equipamentos de proteção, dos materiais e dispositivos necessários (individualização) à prestação de cuidados, para evitar a sua falta, omissão ou incorreção de procedimentos, que possam colocar em risco o utente, o profissional e o ambiente. Nesta vertente, a gestão, na ótica de Krieser (2009), está diretamente relacionada com os resultados e objetivos a atingir; no entanto, gerir implica liderar com eficiência e eficácia no sentido de conduzir os colaboradores numa determinada direção e alcançar determinadas metas. Corroborando esta perspetiva, Armstrong (2012) afirma que a gestão é um processo que tem como objetivo disponibilizar orientação, facilitar a mudança e atingir resultados recorrendo à utilização eficiente, criativa e responsável de recursos. Estes objetivos só são alcançáveis através da planificação, organização, direção e controlo dos recursos disponíveis (Costa, 2013).

A gestão na UPCIRA é intrínseca ao desempenho eficiente das funções do enfermeiro e está relacionada com toda a atividade, uma vez que implica conhecimento e compreensão das dinâmicas e funções dos vários profissionais. Neste contexto, tive a oportunidade de observar, colaborar e efetuar as mais diversas atividades essenciais à gestão de recursos humanos, materiais e ainda associados à VE efetuada, às medidas instituídas e ao estabelecimento de contacto com os diversos serviços que tinham utentes com microrganismos multirresistentes, bem como esclarecer e efetuar um paralelo com a realidade do contexto onde exerço as minhas funções, concluindo que as necessidades e o papel do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção são muito abrangentes, embora possa diferir atendendo às características físicas, ambientais da instituição e aos recursos humanos e materiais disponíveis. A gestão, atuação e otimização da resposta

perante a equipa de enfermagem e seus colaboradores, bem como a articulação com a equipa multiprofissional, ajudou-me a clarificar alguns procedimentos e técnicas e permitiu-me ter acesso a um conjunto de novos conhecimentos que serão uma mais valia profissionalmente enquanto enfermeira especialista. Para tal, consultei protocolos existentes e outra documentação de apoio, nomeadamente artigos científicos referentes ao controlo da infeção e a diretrizes relacionadas com microrganismos multirresistentes, resistências aos antibióticos, PBCI e higienização das mãos na UPCIRA. Esta unidade dispõe de um leque de protocolos, num total de 78, que visam a melhoria e uniformização da atuação perante surtos, microrganismos multirresistentes, práticas seguras que vão desde a limpeza do ambiente, passando pela utilização de EPI à higienização das mãos, manuseamento de cadáver, abordagem à tuberculose, tipo e duração das precauções necessárias por infeção e condições, entre outros.

A UPCIRA tem emanado um conjunto de estratégias e procedimentos para a redução das taxas de IACS, tais como a formação às equipas de acordo com as solicitações e necessidades de cada serviço, o estudo das estirpes de microrganismos multirresistentes mais prevalentes na instituição e o acompanhamento “de perto” dos serviços que possuem utentes infetados ou colonizados. Efetuam ainda nos serviços um controlo rigoroso e sistemático de rastreamento dos utentes com KPC, conforme mencionado anteriormente. Acompanham, orientam e supervisionam os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e outros profissionais da área da saúde na tomada de decisão sobre as medidas a implementar para prevenir a infeção cruzada. Relativamente às estratégias e procedimentos implementados pelas equipas de enfermagem para a redução das taxas de IACS, constatei que visavam essencialmente o cumprimento rigoroso da higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados, o uso adequado das luvas nas situações indicadas e o uso de outros EPI.

Quanto às visitas, antes de acederem às unidades, os profissionais efetuam o acolhimento, conversam com as mesmas e dão orientações específicas atendendo a cada caso em particular. Neste estágio, tive a possibilidade de fazer a ponte com as visitas e outros profissionais que recorreram CHSJ e de os orientar relativamente aos cuidados a ter para prevenir a infeção cruzada. A higiene do ambiente é outro dos aspetos que é tido em atenção em todos os turnos, bem como a manipulação e triagem de roupas e resíduos.

Considerando a competência do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção, é igualmente importante que o enfermeiro especialista desenvolva competências no domínio das aprendizagens profissionais, através do auto-conhecimento e da assertividade

baseando a sua prática clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011).

As aprendizagens profissionais adquiridas ao longo dos estágios, desenvolveram-se de acordo com o interesse, a necessidade de conhecimento no âmbito das estratégias aplicadas na prevenção e controlo da infeção e atenderam à valorização, à autonomia na aprendizagem e à construção do conhecimento pelo próprio tendo como referencial o processo educativo do curso.

A utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática em contexto da UPCIRA, foi-me proporcionada pelos tutores, simplificando, em algumas situações, a aplicação na prática de novos procedimentos e normas. Outro dos aspetos que considero fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem, prendeu-se com a minha atuação nos momentos em que surgiram dúvidas sobre como proceder; nestes casos tive o cuidado de validar, confirmar ou realizar uma revisão sobre o tema e modo de atuação, o que minimizou a probabilidade de ocorrência de erro. Para além deste aspeto, avaliei sempre os riscos relativos à implementação de um determinado procedimento e às orientações transmitidas a outros profissionais do hospital.

Para Viana (2009), cada processo de aprendizagem é único e individual e a maneira como se aprende é influenciada pelo domínio dos conteúdos e do conhecimento adquirido previamente. Portanto, um principiante tem necessidade de se familiarizar com as noções e conceitos básicos, para potenciar a compreensão; por sua vez, um aprendiz tem de aprofundar, investigar para alicerçar a prática e as suas competências; já um profissional experiente requer o acompanhamento das mudanças ocorridas com a sua área de atuação; por fim, um mestre necessita de reconhecer se a conjuntura é adequada à inovação e se propicia novos desenvolvimentos. Traspondo para o meu percurso profissional e académico, ao longo do estágio foi importante percorrer cada um dos patamares referenciados por Viana de forma a dar resposta às solicitações na área da infeção, sendo que o controlo da infeção é transversal a todas as áreas de atuação e tem implicações diretas na prestação de cuidados, uma vez que pode potenciar ou minimizar o risco de contrair uma IACS, se o profissional que entra em contacto com o utente ou unidade do utente não aplicar corretamente as medidas adequadas nos momentos indicados.

Para Prado, Reibnitz e Gelbcke (2006), cuidar, gerir e educar constituem três ações básicas presentes no quotidiano do enfermeiro, as quais não são dissociadas, mas detêm objetivos específicos, de acordo com cada processo particular. Visam, de uma maneira geral, o bem-estar do ser humano, objeto do cuidar em enfermagem. Estes diferentes processos

definem o papel que deve ser desempenhado pelo enfermeiro, evidenciado na formação da profissional e no quotidiano de seu trabalho.

Aquando da minha passagem pela UPCIRA, tive a oportunidade de promover as práticas de prevenção e controlo de infeção já referidas e melhorar o meu nível de formação e atuação. A partilha de experiências foi encarada por mim como uma oportunidade de aprendizagem e melhoria no meu atual contexto de trabalho.

Outra particularidade sobre a qual incidiu a minha atenção foi o papel e a resposta da UPCIRA a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

De modo a minimizar e prestar assistência às populações da área do grande Porto, o CHSJ tem definido um plano de emergência aprovado pelas autoridades competentes da Instituição e a nível Nacional. O plano de catástrofe é constituído por plantas de emergência e procedimentos de atuação em caso de catástrofe ou incêndio, que estão disponíveis nos diversos setores do hospital. Este é periodicamente testado com simulacros, nos quais intervêm profissionais de saúde que exercem funções na instituição em articulação com o INEM.

Neste âmbito, a UPCIRA está abrangida pelo plano, na medida em que são chamados a intervir no processo de acolhimento, gestão dos utentes, de modo a proporcionar condições adequadas ao estado infeccioso, combate a surtos e a IACS.

Em síntese, tratando-se de um campo de estágio com que contactei pela primeira vez, foi extremamente importante a aquisição de conhecimento sobre a orgânica e o funcionamento da UPCIRA, pois facilitou a minha integração e a compreensão da dinâmica de trabalho aplicada pela equipa, uma vez que a filosofia de trabalho difere da instituída no SESARAM, E.P.E., no que diz respeito à aplicação dos procedimentos de isolamento de utentes portadores de *Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus* resistente à metilcilina, ao planeamento de formação, pois a UPCIRA atende às necessidades e solicitações dos serviços, personalizando as mesmas em função de resultados obtidos e dificuldades sentidas pelas equipas; à vigilância epidemiológica, onde privilegiam a validação dos resultados em horas específicas que foram previamente definidas com o laboratório e a equipa da UPCIRA; à postura perante as equipas de outros serviços ou unidades, pois são vistos como elementos facilitadores na mediação, implementação e gestão de cuidados.

Tal como referido no início do capítulo, para além do estágio na UPCIRA, julguei que seria pertinente consolidar os conhecimentos e competências na UCIDI, ou seja, por em prática e verificar *in loco* o papel do enfermeiro especialista na aplicação dos procedimentos referentes à prevenção e controlo da infeção, num contexto tão diferente quanto o de uma

unidade de cuidados intensivos, direcionado para a prestação de cuidados a utentes com doenças infecciosas.

Por considerar, o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos complexo, onde os cuidados de enfermagem aplicados deverão ser cuidados de excelência atendendo a que as intervenções que se almeja são avançadas e pretende-se que se conjuguem no combate à doença que ameaça a vida, na perspetiva de Phipps, Sands e Marek (2003), a intervenção do enfermeiro traduz-se na chave do sucesso, uma vez que a sua presença constante junto do utente é indispensável, considerando as oscilações dinâmicas reais ou potenciais que possam vir a ocorrer. O enfermeiro encontra-se deste modo em condições de monitorizar e controlar o seu plano de cuidados, identificando com alguma celeridade os problemas que possam advir da sua condição e instituindo as medidas terapêuticas mais adequadas, intervindo na esfera da prevenção ou na correção de situações que potenciam o risco de vida.

A UCIDI integra o Serviço de Doenças Infecciosas e localiza-se no 1º piso do CHSJ. É um serviço misto, admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino, com idade igual ou superior 18 anos de idade.

Os utentes acedem à unidade transferidos do SU, de um internamento ou hospital de dia, em maca ou cadeira de rodas consoante o seu estado de saúde. Em regra, a unidade está destinada a receber utentes que tenham uma doença infecciosa provocada, por exemplo, por microrganismos multirresistentes (KPC) ou parasitas (*Plasmodium*) e que se encontrem em situação crítica, na iminência de falência multiorgânica ou já em falência. A admissão efetua-se através de uma porta automática para o interior, o que constitui o único elo para a Unidade. No que respeita ao espaço físico, esta UCIDI é composta por uma sala com seis camas, cada uma delas tem dispositivos médicos individualizados, que vão desde ventiladores, bombas e seringas perfusoras, estetoscópios, bancada de apoio para preparação de terapêutica e armário para material de uso clínico, entre outros. Cada unidade do utente está individualizada através de cortinas (que são substituídas sempre que se encontrem sujas e no final de cada internamento). A unidade tem um espaço amplo, com iluminação natural. No centro deste espaço, encontra-se o sistema operativo, o qual é partilhado e dá apoio à equipa médica e de enfermagem. O acesso é fácil e rápido e permite a visualização de todos os utentes enquanto se efetuam registos ou se consulta o processo do utente. O sistema informático de registos a funcionar na UCIDI é o SClínico hospitalar. Este sistema permite aos profissionais de saúde aceder à informação do utente e registar desde a avaliação efetuada, diagnósticos de enfermagem identificados, validar as intervenções executadas no plano de trabalho do enfermeiro e respetiva terapêutica. Já para aceder a outra informação

clínica (meios complementares de diagnóstico e terapêutica), será necessário recorrer a outro aplicativo (JOne). Comparativamente com o SESARAM, E.P.E., este possui um aplicativo único de registo (Internamento Clínico) onde se encontra toda a informação de saúde do utente, o que facilita o acesso dos profissionais à informação.

A unidade tem como estruturas de apoio, uma copa, uma sala de despejos, uma farmácia, uma rouparia, uma arrecadação para soluções de hemodiálise e para a técnica de ECMO, uma arrecadação para dispositivos médicos que não estão em uso, como, por exemplo, ventiladores e outros para consumíveis diários e uma arrecadação para soros. A UCIDI possui um diferencial de pressão que é utilizado para direcionar o fluxo de ar impedindo a entrada ou saída de agentes infecciosos ou partículas. Para tal, utiliza a pressão negativa para permitir conter os microrganismos presentes naquele ambiente e direcioná-los através do sistema de exaustão. Comparativamente ao SMI do HNM, este apenas tem um sistema de pressão negativa numa sala de isolamento, o que se compreende por se tratar de um SMI polivalente.

Na admissão, é sempre efetuada uma avaliação global e observação do utente pelo enfermeiro especialista em EMC, enfermeiro de reabilitação e pelo médico intensivista de infecologia. Os utentes que apresentam alguma instabilidade e requerem uma vigilância mais apertada, contam com a permanência constante de um médico e de um enfermeiro.

Perante a necessidade de o utente sair da unidade para realizar exames complementares de diagnóstico (TAC, RMN), este será o último a realizar o exame e implicará que toda a roupa seja previamente trocada e que, após a realização do exame, a sala seja submetida a uma descontaminação terminal. Nestes casos, o utente far-se-á acompanhar por um médico, um enfermeiro, preferencialmente especialista, por ser aquele com um nível de conhecimentos e competências acrescidas no cuidado ao utente crítico, um assistente operacional (todos usam devidamente EPI) e uma mala de emergência, embora este procedimento não esteja normalizado. Considerando a natureza da unidade, regra geral é evitado ao máximo que o utente circule por outros contextos, preconizando-se que os meios sejam remetidos para a unidade.

Os utentes admitidos na UCIDI, têm direito a um acompanhante e a receberem visitas em horário pré-definido, contudo, atendendo ao tipo de utentes, existe flexibilidade nos horários sempre que as circunstâncias o permitam. Portanto, existem regras próprias no que concerne às visitas, tal como ocorre no SMI do HNM.

Por norma, assim que a situação clínica do utente o permita, estes utentes são transferidos para a unidade de cuidados intermédios da especialidade e posteriormente para

o internamento. Após a saída dos utentes, a unidade do utente é submetida a uma desinfeção terminal e todo o material excedente de uso clínico é descartado. Estes utentes nunca saem diretamente para o domicílio.

Quanto à equipa multiprofissional da UCIDI, esta possui um corpo médico constituído por sete elementos. Habitualmente, em presença física no próprio serviço por turno, tem pelo menos um médico especialista de infeciologia. A equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros, divididos em cinco equipas, que trabalham em horário rotativo. Cada equipa é constituída por quatro elementos generalistas e dois especialistas. O rácio de utentes por enfermeiro é de um para um. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável. Para além destes profissionais, integram a equipa os assistentes operacionais, dois no turno da manhã e um nos restantes turnos.

Dão apoio a esta unidade outros profissionais de áreas específicas desde que a condição do utente tenha indicação para a sua intervenção, como, por exemplo, oftalmologistas, cirurgiões, farmacêuticos, psicólogo, psiquiatra, entre outros.

Nesta Unidade promovi práticas de cuidados especializados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais aquando da prestação de cuidados ao utente na UCIDI.

No entanto, por vezes surgiu algum conflito interno na transmissão de más notícias ao utente, à família ou ao cuidador, uma vez que é um processo desafiador e complexo, porque na maioria das vezes, estes, não estão preparados para lidar com perdas, quer de funções corporais, quer relacionadas com a progressão negativa e ao fim da vida.

Este tipo de conhecimento é gerador de medo, de insegurança e de ansiedade, competindo ao enfermeiro gerir, disponibilizar informação e orientações simples, objetivas e facilmente entendíveis, contribuindo para o reforço da confiança no profissional de saúde, para o aumento do nível de conhecimentos sobre a dinâmica, o funcionamento e os resultados esperados (Ministério da Saúde, 2015). Assim, na abordagem que efetuei junto dos utentes, das famílias e dos cuidadores, e no sentido de colmatar esses medos e ansiedade, tive o cuidado de avaliar o conhecimento que detinham sobre a situação infecciosa, o prognóstico e a previsão de alta, tal como dos cuidados a ter antes de entrar na unidade e abordar o utente. A comunicação eficaz e terapêutica, a relação de ajuda, a disponibilização de tempo para as famílias, os cuidadores e alguns dos utentes a quem prestei cuidados para falarem sobre as suas preocupações e medos, promoveram uma redução na angústia e inquietação. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança, tal como a promoção de conforto e de esperança permitiram amenizar a situação pela qual estavam a

passar, pois, apercebi-me que neste tipo de contexto os utentes apresentam um maior nível de apreensão sobre o seu futuro e sobre os cuidados que são prestados, atendendo a toda a envolvente que constitui a unidade do utente.

Nas situações em que era abordada sobre a situação clínica e a gravidade da situação, esclareci dentro da esfera da minha competência e encaminhei posteriormente para o médico responsável, com o objetivo de transmitir a informação que era da sua competência.

Ainda assim, houve momentos em que surgiram dilemas correlacionados com o tipo de prática aplicado, como, por exemplo, na situação de um utente, de 42 anos, com o diagnóstico médico de malária, em ECMO, que apresentou isquemia das extremidades associada a um dos efeitos secundários da elevada dose de noradrenalina que estava instituída. Perante esta situação, pus em questão o princípio da proporcionalidade, isto porque procurou-se o equilíbrio entre risco/benefício para o utente, e aplicou-se o princípio da não maleficência, uma vez que o utente necessitava de noradrenalina para se manter vivo, embora tivesse consciência que posteriormente iria necessitar ser submetido a amputação de algumas extremidades dos dedos das mãos e pés, mas que não seria impeditivo de voltar a se integrar na família, no trabalho e na sociedade. Este tipo de atitude pode ser controverso, na medida em que poderá também estar implícito o princípio da beneficência, pois ao evitar o dano intencional, já estamos, na realidade, a considerar o bem do outro.

Igualmente tive em consideração o artigo 103º do CDE (2015), o qual faz referência ao dever do enfermeiro em colaborar com outros profissionais na perspetiva da valorização da vida e a qualidade de vida. Neste sentido, este utente foi um dos que exigiu de mim a gestão de um maior manancial de competências a nível de prevenção e controlo da infeção, de gestão dos cuidados, das aprendizagens, da responsabilidade profissional, ética e legal, da promoção da qualidade e melhoria contínua, uma vez que se tratava de um utente em estado crítico por estar em falência multiorgânica, em ECOMO, trasqueostomizado e ventilado, com monitorização invasiva, com múltiplos dispositivos invasivos (linha arterial, CVC, CV, drenos torácicos) com úlceras de pressão, isquémia em progressão das extremidades superiores e inferiores (com mumificação de alguns dedos e ponderação de amputação), com vários focos hemorrágicos, com infeção por um microrganismo multirresistente, com hipotermia e a realizar terapêutica complexa e específica. Para dar resposta e esta e outras situações similares, prestei cuidados de alta complexidade; dadas as características dos mesmos permaneci desperta para possíveis efeitos secundários da terapêutica (hipotensão, bradicardia), para complicações advindas da própria patologia (debilidade do sistema imunitário, falência orgânica) e de determinadas técnicas invasivas,

como, por exemplo, o ECMO, colocação de linha arterial (infeção associada a dispositivos invasivos, hemorragia). Para além das situações relatadas, surgiram outras que implicaram uma atuação de acordo com as competências do enfermeiro especialista em EMC; exemplo destas, foram os casos em que foi necessário proceder a desmame ventilatório e os utentes apresentaram agitação e ansiedade, tendo recorrido à escuta ativa e à comunicação para minimizar esta situação. Neste processo, a família também teve um papel fundamental na redução da agitação e da ansiedade, por ser o elemento mais próximo do utente e lhe transmitir maior segurança. Apercebi-me que outro dos fatores implicados na agitação estava relacionado com a presença de dor, sendo que para responder a este problema, administrei analgesia e planei de acordo com a necessidade do utente a monitorização/avaliação da dor, a gestão e a eficácia da terapêutica administrada.

Tratando-se de uma unidade de cuidados intensivos onde a vigilância dos utentes é um dos pilares das ações dos enfermeiros especialistas e a qual é assegurada também por dispositivos de monitorização avançados, realço que, ao contrário do SMI do SESARAM, E.P.E., nesta unidade, as rotinas são pouco frequentes, pois as gasometrias são realizadas se a condição do utente justificar, a monitorização de parâmetros vitais e outros é efetuada de acordo com a necessidade do utente. Apenas o balanço hídrico obedece a uma rotina, dado que tem horas pré-definidas de monitorização. Todavia, a vigilância assume-se como uma das principais funções do enfermeiro especialista no cuidado ao utente em situação crítica, porque irá identificar antecipadamente focos de instabilidade. O cuidado de enfermagem acaba por ser mais personalizado, porque atende às necessidades de cada utente. Em determinadas situações foi reconhecida a necessidade de negociar com o utente, a família ou o cuidador, a referência para outros prestadores de cuidados de saúde ou equipas, nomeadamente a equipa de ECOMO, a equipa de gastro, de oftalmologia, entre outras.

Ao longo da prestação de cuidados, planei intervenções que visaram a melhoria contínua e adequada ao contexto, de modo a prevenir e minimizar o risco de infeção, tal como a substituição de sistemas, de dispositivos médicos, de pensos e de manipulação de terapêutica. Apesar de considerar o período de estágio curto para o desenvolvimento em pleno de aptidões especializadas e com a qualidade exigida a um especialista em matéria de prevenção da infeção, assumo que dei o meu melhor em todos os momentos da prática, primando sempre por garantir a excelência dos cuidados prestados e a aquisição de conhecimentos fundamentados na melhor evidência científica.

Na UCIDI, sempre que prestei cuidados ao utente, utilizei e rentabilizei os recursos adequando à condição do mesmo, de forma a promover uma prática segura e isenta de riscos

de contrair uma IACS ou outros riscos relacionados com o internamento na unidade como, por exemplo, as úlceras por pressão, imprimindo qualidade nos cuidados prestados. Refira-se que os utentes neste tipo de ambientes estão mais suscetíveis, quer pela imobilidade, pressão, pelos déficits sensoriais, humidade, deficiências nutricionais, restrições alimentares, má oxigenação quer pelos dispositivos médicos a que são submetidos. A propósito deste último, nesta linha, foi realizado um estudo por Hanonu e Karadag que decorreu entre 2013 e 2014, o qual visava determinar quais as características e os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de úlceras de pressão associado aos dispositivos médicos no SMI. Com este estudo os autores concluíram que 40,0% dos utentes desenvolveram úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos. Ocorreram com mais frequência (45,0%) em utentes com tubo endotraqueal, com alto de risco para úlcera segundo a escala de Braden e que receberam alimentação entérica. A úlcera de grau II foi a mais frequente (42,6%) (Hanonu & Karadag, 2016).

Tendo então em consideração a avaliação do risco de úlcera, implementei um conjunto de intervenções, que passaram pela monitorização do estado nutricional do utente, pelos posicionamentos, pela hidratação e pela vigilância das zonas passíveis de desenvolverem úlceras e, conseqüentemente, infeções advindas destas.

Para além de ter como foco de atenção a infeção e as úlceras de pressão, a administração de terapêutica específica constituiu também um desafio, associado às especificidades das drogas naquele contexto, e porque, são no geral, administradas puras, evitando ao máximo as diluições, tendo em vista reduzir o número de manipulações para prevenir a sua contaminação, a sobrecarga e conseqüentemente a descompensação hemodinâmica. Este tipo de procedimento obrigou-me à pesquisa de informação sobre a mesma no sentido de não incorrer em erro aquando da preparação e administração. Aquando da minha atuação e perante um procedimento que para mim era novo, estive desperta para as complicações que adviessem da sua implementação, como, por exemplo, a administração de obidoxina.

A OMS estima que entre 8% e 10% dos utentes doentes internados em cuidados intensivos, são vítimas de incidentes advindos de práticas inadequadas na utilização da terapêutica, resultando em encargos financeiros elevados (Despacho n.º 1400-A/2015).

Tal como atrás referido, a prestação de cuidados ao utente com malária constituiu um desafio, na medida em que tive a oportunidade de aplicar um conjunto de procedimentos específicos intrínsecos à prevenção e controlo da infeção emanados pela UPCIRA, nomeadamente na gestão ambiental, na administração de terapêutica segura, na gestão das

visitas, na utilização de EPI, na higienização das mãos, entre outros. Geri os cuidados obedecendo a uma planificação prévia, não tendo dificuldade no seu cumprimento, atendendo a que os utentes apresentam maior estabilidade hemodinâmica relativamente a outros com quem contactei no SMI do SESARAM, E.P.E., porque a aplicação de procedimentos inerentes a preparação e administração de terapêutica e a alguns cuidados (traqueostomia, feridas, monitorizações) diferem, assim como os dispositivos médicos disponíveis são em maior número e mais recentes, o que permite efetivar uma resposta e monitorização mais precisa aos utentes em situação crítica, antecipando complicações. Esta unidade possui alguns materiais, como, por exemplo, pensos e fixadores específicos para traqueostomia, sondas nasogástricas, assim como cateteres vesicais de otimização rápida e eficaz. No que diz respeito à monitorização, têm disponíveis ventiladores, monitores, entre outros equipamentos com tecnologia mais recente, o que facilita o trabalho dos profissionais que lá exercem as suas funções.

Contribui igualmente nas práticas locais para o isolamento e contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes, de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação na UCIDI durante as passagens de turno.

Ao longo do estágio, também consegui compreender quais as funções do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica em contexto de prestação de cuidados a um utente do foro infeccioso numa UCIDI, uma vez que verifiquei que o enfermeiro quando recebe o utente, efetua uma avaliação global e identifica as suas necessidades, tendo uma intervenção mais diretiva e especializada no tipo de cuidados que presta, através de um plano de cuidados de acordo com as necessidades e, faz ainda a articulação com o enfermeiro chefe e os vários elementos da equipa multidisciplinar. Nesta unidade, é sempre tido em atenção o estado infeccioso do utente e o cumprimento da PBCI baseadas nas vias de transmissão de microrganismos, com ênfase no uso de EPI, no isolamento de utentes, na individualização de todo o material e dispositivos, na higienização das mãos de acordo com os cinco momentos recomendados. Outro dos aspetos tidos em consideração é o fardamento dos profissionais, pois só é permitido aceder à unidade os profissionais que estejam devidamente fardados e o descarte, aquando da alta, transferência ou óbito, de todo o material e dispositivos não reprocessados. Quanto aos visitantes só entram na unidade após estarem devidamente informados sobre como proceder e demonstrarem que compreenderam as orientações.

Este modo de atuação dos profissionais é fundamental para a obtenção da redução da taxa de infeção, tal como se tem vindo a constatar ao longo dos anos, ou seja, a infeção contraída pelo utente no CHSJ baixou de 16,5%, em 2012, para 11,3%, em 2016. Estes resultados constam do "Estudo Europeu de Prevalência de Infeção Associada a Cuidados de Saúde e Consumo de Antibióticos 2017", no qual foram abrangidos 930 doentes internados no período de análise, tratando-se da maior colheita de dados deste género efetuada no CHSJ. Verificou-se igualmente neste estudo uma melhoria na utilização racional dos antibióticos e, conseqüentemente, diminuição do risco de desenvolvimento de resistências aos antibióticos, traduzida pela diminuição de 22% no número de utentes submetidos a tratamento antibiótico, comparativamente a 2012. Outro dos aspetos a inferir deste estudo foi uma maior sensibilização na redução do uso de dispositivos invasivos, sendo utilizados apenas nas situações em que são estritamente necessários, o que se traduziu, por exemplo, na redução em 24% do número de utentes algaliados em 2012 (Lusa, 2017).

Diria que não foi difícil a adaptação à liderança e à gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados na UCIDI, isto porque constatei que o nível de cuidados que se presta nesta unidade é de uma qualidade elevada, por outro lado, não é difícil gerir os recursos, dado que não se verificam ruturas e existem recursos adequados a cada situação, não havendo a necessidade de o enfermeiro improvisar ou omitir cuidados por inexistência dos mesmos. Quanto à liderança, é exercida de forma pacífica, pois a equipa é consultada nas mais variadas situações e impera um clima cordial entre a equipa médica e de enfermagem, promovendo um ambiente saudável e produtivo aos vários níveis. Existe autonomia do enfermeiro para gerir os cuidados de acordo com a vigilância e monitorização que efetua, no entanto, não invalida que, sempre que ache pertinente, informe e discuta a sua decisão previamente. Este facto deve-se provavelmente ao método de trabalho por enfermeiro responsável, porque permite que o enfermeiro conheça as reais e os potenciais necessidades dos utentes e decida e atue de forma assertiva. As decisões relacionadas com a alta e alteração de tratamento são tomadas em equipa multidisciplinar e sempre em função daquilo que é melhor para o utente, para o seu potencial de recuperação e para a isenção de riscos associados aos cuidados. Para que tudo isto seja possível, é necessário ter um domínio e conhecimento dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade na UCIDI.

As estratégias e os procedimentos implementados pela equipa de enfermagem para a redução das taxas de IACS, assentam essencialmente no cumprimento rigoroso da higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados, no uso adequado

de luvas, no uso de outros EPI por toda a equipa multiprofissional, e a salvaguarda de que toda a equipa está desperta para este assunto e intervém caso identifique uma falha no seu cumprimento, independentemente do grupo profissional a que pertence, o que vai ao encontro do recomendado pela UPCIRA.

Na UCIDI estavam implementadas com sucesso medidas standard de prevenção e controlo da infeção – PBCI e pude constatar que nesta unidade não é uma utopia a sua realização, pois todos os profissionais que lá exercem funções aplicam na íntegra e cumprem escrupulosamente com as recomendações em qualquer circunstância (na prestação de cuidados de higiene, cuidados à traqueostomias, aspiração de secreções, execução de pensos, manipulação de fluídos e dispositivos, entre outros...), de modo a prevenir e controlar as IACS.

Reflexo desses procedimentos implementados nas diversas unidades são os resultados obtidos desde a instituição do feixe de intervenções associado, por exemplo, a PAI onde a taxa de melhoria situa-se entre os 70% e os 98%, a par também da redução das infeções relacionadas com o CVC (CHSJ, 2017).

As estratégias específicas de intervenção adotadas para a prevenção e controlo da infeção são essenciais segundo a evidência científica. A título de exemplo, temos um estudo realizado por Thom e al. (2017), que teve como objetivo avaliar os fatores implicados na contaminação de doentes por estirpes de bactérias durante a prestação de cuidados por enfermeiros e técnicos de cuidados numa unidade de cuidados intensivos. Foram estudados durante oito meses, um total de 90 profissionais de saúde que usaram ou não EPI aquando do contacto: dar banho, executar pensos de feridas, cuidar de doentes traqueostomizados, com diarreia e ventilados. Neste estudo concluiu-se que atividades desempenhadas por profissionais de saúde, como dar banho, ou simplesmente cuidar utentes críticos com problemas comuns como feridas, diarreia e com compromisso das vias respiratórias têm maior probabilidade de transmissão de bactérias gram-negativas. O vestuário dos profissionais é frequentemente contaminado com bactérias e cuidar de utentes com feridas ou dar banho está associado à contaminação por bactérias patogénicas. Verificou-se que, o nível de contaminação dos utentes foi inferior graças aos profissionais de saúde que usaram EPI, ou seja, precauções de contacto. De acordo com os referidos autores, os resultados são consistentes com as evidências sobre o vestuário dos profissionais e o potencial reservatório de organismos patogénicos que este pode conter e dão suporte para o uso de precauções de contacto, sugerindo que o isolamento e o uso de EPI são eficazes para diminuir a aquisição de microrganismos pelos profissionais de saúde.

O papel do enfermeiro especialista à luz das competências relacionadas com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é dinâmico e proativo na medida em que atua como formador, diagnostica necessidades e concebe programas de formação favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades e competências.

Os registos de enfermagem são uma ferramenta importante que o enfermeiro tem ao dispor para documentar os problemas reais e potenciais identificados no utente, na família e no cuidador, planear intervenções de enfermagem autónomas ou interdependentes sensíveis aos problemas identificados facilitando a continuidade, qualidade e humanização dos cuidados.

Dado a unidade de cuidados intensivos estar vocacionada para tratar doentes em situação crítica infetados, apercebi-me que quando documentavam não tinham por hábito identificar diagnósticos pertinentes à área da infeção, talvez pelo facto de não terem parametrização associada a este foco de atenção. Porém, a meu ver e como formadora, identifiquei uma necessidade associada ao plano de cuidados dos utentes, uma vez que no geral todos os utentes que lá se encontram têm fatores de risco acrescidos comparativamente a outros contextos e, no sentido de colmatar este défice, propus que fossem parametrizados os diagnósticos de enfermagem “risco de infeção” e “infeção” e que fosse associado um conjunto de intervenções sensíveis a estes diagnósticos.

Assim, colaborei no estabelecimento de algumas estratégias pró-ativas visando a prevenção e o controlo da infeção, como, por exemplo, através do planeamento e implementação do feixe de medidas associada à prevenção da infeção do CVC, do CV e da PAI e respetiva monitorização, por se tratar de objetivos da unidade relacionados com a diminuição da taxa de infeção.

Estagiar nesta Unidade foi um experienciar de novas práticas relacionadas com o controlo da infeção, como é o caso da gestão da antibioterapia; dos utentes infetados e dos procedimentos aplicados a cada situação. Pude constatar que existe um cuidado extremo em cumprir com os princípios exclusivos do controlo da infeção e à resistência aos antimicrobianos, assim como na utilização adequada dos dispositivos médicos. Por norma, na unidade, todas as pessoas que são externas ao serviço, não acedem à unidade, sem serem abordadas por um enfermeiro ou médico a explicar todo o contexto da unidade e cuidados a ter antes e após entrada na mesma. Neste ambiente, consegui adquirir um manancial de conhecimentos e técnicas específicas aplicadas ao utente em situação crítica ou em falência multiorgânica em particular do foro infeccioso, que vão desde a administração de terapêutica, à estabilização do utente, à manipulação dos dispositivos médicos e a toda a envolvente que

este contexto. Nas passagens de turno e, por vezes, durante o turno, a partilha de experiências entre a equipa multiprofissional foi crucial para perceber a amplitude da qualidade impressa nos cuidados prestados naquela unidade e também para potenciar os meus conhecimentos teórico-práticos e competências especializadas.

Devo reconhecer que os recursos materiais são muitos e, alguns, por mim desconhecidos, o que me levou a inteirar-me da sua aplicabilidade na prática e dos seus benefícios, de modo a tirar o máximo partido destes.

Tive a possibilidade de experienciar novas técnicas e de manipular diferentes dispositivos médicos, de comparar o papel e a intervenção do enfermeiro nas diferentes unidades, bem como de transmitir a minha realidade e experiência face a procedimentos e técnicas à semelhança dos restantes campos de estágio.

A aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado é estimulada, sendo uma equipa que aceita com frequência novos desafios, fomentando diariamente o interesse pelos cuidados que são prestados e o despoletar em cada um de nós a necessidade de fazer mais e melhor.

No que diz respeito ao perfil epidemiológico dos utentes admitidos na UCIDI, a incidência recai sobre os utentes do foro infeccioso, respiratório, posteriormente do circulatório e, por fim, traumatismos, embora, como já referi anteriormente, no período em que decorreu o estágio este perfil não se concretizou. Porém, as IACS mais prevalentes na instituição e na UCIDI dizem respeito à pneumonia, infeções do trato respiratório, urinárias e pele e tecidos moles.

Houve em determinados momentos necessidade de recorrer como suporte à decisão, a princípios, valores e normas deontológicas, reflexão e pesquisa, aquando da prestação de cuidados ao utente crítico; para esse efeito; recorri à experiência da equipa. Só deste modo é possível participar de forma efetiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade, embora o tenha feito de forma pontual. Perante estes casos, à posteriori, tive a oportunidade de efetuar junto dos tutores a avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão.

Para além das iniciativas elencadas, o conjunto de procedimentos organizados de aplicação transversal e obrigatória inerentes à prevenção e controlo da infeção, que ilustram a preocupação do enfermeiro especialista, quer em contexto de unidade de cuidados intensivos, quer cirurgias, medicinas e até mesmo consultas, espelha a necessidade de existirem linhas orientadoras no combate às IACS numa Instituição de Saúde, de modo a

que estas sejam apropriadas por todos os utentes, profissionais e visitantes, pois só deste modo teremos resultados positivos.

CONCLUSÃO

Este relatório procurou espelhar a minha experiência em contexto de estágio no SU, SMI, UPCIRA e da UCIDI, os novos desafios que o desenvolvimento dos cuidados de saúde especializados ao utente em situação crítica impuseram, atendendo ao facto de ter de responder perante novas técnicas, novos dispositivos médicos, novas experiências e competências. Também possibilitou descrever de forma crítico-reflexiva alguns dos principais momentos vivenciados, sendo um meio para estabelecer um paralelo entre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e conjuntamente refletir sobre o contexto da prática que culminou com o desenvolvimento das competências de mestre.

O seu propósito foi evidenciar o desenvolvimento de competências e intervenções especializadas de enfermagem adquiridas no controlo da infeção ao longo dos estágios visando a garantia da qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes em situação crítica ou em falência multiorgânica.

Assim, transpus para o papel o percurso académico e a aplicação de conhecimentos adquiridos, o meu desempenho nos momentos de tomada de decisão e o meu contributo na área da formação, o que convergiu para a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as autoaprendizagens sobre prevenção e controlo da infeção, suportadas nos domínios das competências do enfermeiro especialista, adstritas aos contextos dos estágios e, conseqüentemente, ao percurso típico do utente em situação crítica ou falência multiorgânica.

Dado que novas situações podem acarretar, um decréscimo na qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes, bem como, algumas complicações relacionadas com a omissão de determinados princípios e procedimentos, para evitar que tal acontecesse, foi imprescindível a aquisição de conhecimentos específicos durante o percurso e a agregação de competências aplicadas a uma conjuntura concreta de trabalho. Conjuntamente com a articulação dos vários saberes provenientes de contextos teóricos ou práticos, formais ou informais e tácitos para resolver eficazmente problemas identificados e fazer frente a eventos imprevistos, a mobilização do intelecto face aos desafios que os cuidados de enfermagem imprimem, constituem apanágios da qualificação real do enfermeiro especialista (Deluiz, 2004).

A análise crítica e reflexiva sobre a minha atuação contribuiu para a identificação de aspetos positivos e de alguns menos positivos que observei e vivenciei, o que foi

fundamental para a consciencialização das implicações éticas e morais da tomada de decisão fundamentada e assente em princípios pelos quais se rege o enfermeiro especialista norteados pelos Padrões de Qualidade e o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em EMC. Relativamente aos estágios, estes permitiram-me adicionalmente crescer pessoal e profissionalmente, uma vez que contribuíram igualmente para a visualização de novos horizontes, pois confrontei-me com realidades e práticas associadas à gestão dos cuidados e das equipas, diferentes daquelas que se aplicam nos contextos onde já exerci e exerço funções, o que para mim foi uma mais valia dado que me revejo nelas.

A procura de referenciais como por exemplo os descritores de mestre permitam sedimentar as competências e apreendê-las com a finalidade de identificar e reconhecer a sua dinâmica, a articulação dos mecanismos perante a necessidade de solucionar problemas e a sua aplicabilidade numa situação concreta, tornou-se um desafio constante no decurso desta caminhada, na medida em que contribuíram para o aperfeiçoamento e adequação de novos saberes e metodologias imprescindíveis a cumprir com os objetivos definidos.

Tendo em atenção tudo o que foi aflorado ao longo deste relatório, considero que desenvolvi e aprimorei competências especializadas e de mestre relativas a cada domínio do cuidado especializado ao utente em situação crítica e ou falência multiorgânica e à transversalidade do controlo da infeção. Todo este percurso foi um culminar e um sedimentar de conhecimentos específicos que serão imprescindíveis na minha atuação futura como enfermeira especialista e elemento de um GCPPCIRA, dado que pretendo continuar a investir na autoformação, em metodologias essenciais ao controlo da infeção, de modo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade na área da prevenção e controlo da infeção.

Reconheço que muito mais haveria por relatar, desenvolver e aprimorar, mas atendendo aos constrangimentos do tempo e das condicionantes típicas dos estágios, não foi possível exercer uma intervenção mais diretiva na área do controlo das IACS.

Concluo, afirmando que foi uma experiência única e útil e que os campos de estágios foram muito profícuos na medida em que corresponderam e ultrapassaram as expectativas iniciais. Atualmente estou mais capacitada para responder adequadamente às questões éticas, às questões de responsabilidade profissional e às questões relacionadas com a gestão da qualidade dos cuidados do utente em situação crítica e em particular ao controlo da infeção.

Salvaguado, que, independentemente do contexto clínico os cuidados de enfermagem especializados primam por responder às necessidades imediatas do utente de forma personalizada e humanizada, defendendo a vida e prevenindo danos morais, físicos e

eventos adversos que posso intervir no processo de recuperação. A harmonização dos cuidados de enfermagem de que são alvo o utente, a família ou o cuidador são imprescindíveis, atendendo a que estes devem ser de qualidade, isentos de prejuízo e fundamentados na melhor evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76 (2), 97–102, doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Allegranzi, B., Kilpatrick, C., Storr, J., Kelley, E., Park, B. J., & Donaldson, L. (2017). Global infection prevention and control priorities 2018–22: a call for action. *The Lancet*, 5(12), 1178-1180, doi: 10.1016/S2214-109X(17)30427-8
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support* (9th ed.). Chicago Author.
- Armstrong, M. (2012). *Como ser ainda melhor gestor - Guia completo de técnicas e competências essenciais*. Lisboa: Atual Editora.
- Bolander, V. B., (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica de Luckmann e Sorensen*. (3^a ed.) Lisboa: Lusodidacta.
- Brusaferrò, S., Arnoldo, L., Cattani, G., Fabbro, E., Cookson, B., Gallagher, R., ... Varela Santos, C. (2015). Harmonizing and supporting infection control training in Europe. *Journal of Hospital Infection*, 89(4), 351-356, doi: 10.1016/j.jhin.2014.12.005
- Buckman, R. (1993). How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. *The new England Journal of Medicine*, 329(11), 815, doi: 10.1056/NEJM199309093291120
- Campos, A. (2015, novembro 13). Hospital de Gaia detecta 102 doentes com bactéria multirresistente. *Jornal O Público*. Retrieved from <https://www.publico.pt/2015/11/03/sociedade/noticia/rastreio-detectou-bacteria-em-102-doentes-do-hospital-de-gaia-1713185>
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V. (2017). *Plano nacional de saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Retrieved from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2006). Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40(3), 321-328, doi: 10.1590/S0080-62342006000300002
- Centro Hospitalar de São João. (2017, setembro 8). *Projeto STOP infeção hospitalar reduz incidência de infeção nosocomial no CHSJ*. Retrieved from http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=431
- Chambel, E. M. G. M. (2012). *Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24228&code=717>
- Comissão Europeia da Educação e Cultura. (2009). *Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ)*. Luxemburgo: Serviço das publicações oficiais das Comunidades Europeias. Retrieved from https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/brochura_qeq.pdf
- Conishi, R. M. Y., & Gaidzinski, R. R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41 (3), 346-354. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/02.pdf>
- Costa, T. (2013). *Gestão Contemporânea: Princípios, tendências e desafios*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Deluiz, N. (2001). O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: Implicações para o currículo. [Special Issue]. *Boletim Técnico do SENAC*, 1-16. Retrieved from http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluiz.pdf
- Deluiz, N. (2004). Globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Boletim Técnico do SENAC*, 30(3), 73-79. Retrieved from <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/500>

- Dinis, L. I. C., & Fronteira, I. (2015). A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*. (5), 7-23, doi: 10.12707/RIV14008
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union*. Stockholm: Author. Retrieved from <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Systematic review of the effectiveness of infection control measures to prevent the transmission of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae through cross-border transfer of patients*. Stockholm: Author. Retrieved from <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/CPE-systematic-review-effectiveness-infection-control-measures-to-prevent-transmission-2014.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). *Rapid risk assessment: Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae*. Stockholm: Author. Retrieved from <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-risk-assessment-april-2016.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Rapid risk assessment: Carbapenem-resistant enterobacteriaceae - first update*. Stockholm: Author. Retrieved from <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-first-update>
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14(3), 87, doi: 10.1186/cc9018
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Dos fundamentos à prática profissional* (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Hanonu, S., & Karadag, A. (2016). A prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related

pressure ulcers in intensive care units. *Ostomy/wound management*, 62(2), 12-22. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26901386>

Internacional Council of Nurses. (2017). *What we do*. Retrieved from <http://www.icn.ch/what-we-do>

Krieser, P. (2009). *A diferença entre eficiência e eficácia*. Retrieved from <http://www.baguete.com.br/colunas/paulo-krieser/29/01/2009/a-diferenca-entre-eficiencia-e-eficacia>

Lindinbaum, L., & Milia, D. J. (2012). Pain Management in the ICU. *Surgical Clinics of North America*, 92(6), 1621-1636, doi: 10.1016/j.suc.2012.08.013

Lusa. (2017, dezembro). Taxa de infeção hospitalar diminuiu 31% no "São João". *Diário de Notícias*. Retrieved from <https://www.dn.pt/lusa/interior/taxa-de-infecao-hospitalar-diminuiu-31-no-sao-joao-8970019.html>

Machado, J., & Alves, J. M. (2016). *Professores e escolas: Conhecimento, formação e ação*. Retrieved from https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13437/3/E-BOOK_Professores%20e%20Escolas_2016.pdf.

Macphail, E. (2001). *Panorâmica da enfermagem de urgência: Enfermagem de urgência da teoria á prática*. Loures: Lusociência.

Mafra, E. G., & Barbosa, S. F. F. (2009). *Medida da carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia semi-intensiva segundo o nursing activities score (N.A.S)* (Trabalho de conclusão de curso em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina). Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119928>

Moreira, J. B., & Souza, I. C. S. (2016). Complicações mais comuns em pacientes internados em terapias intensivas. *Anais SIMPAC* 8(1), 252-257. Retrieved from: <https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/650>

Mororó, D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. C., Silva, C. M. B., & Menezes, R. M. P. (2017). *Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito*

- hospitalar*. (Análise concetual, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Muller, P. (2002). *Breaking bad news to patients: The SPIKES approach can make this difficult task easier*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12360653>
- Nunes, R. (2014). *Regulação da saúde*. (3ª ed.). Porto: Vida Económica.
- Pai, D. D., & Lautert, L. (2008). O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3). Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf
- Passaretti, C. L., Otter, J. A., Reich, N. G., Myers, J., Shepard, J., Ross, T.,...Perl, T. M. (2013). An evaluation of environmental decontamination with hydrogen peroxide vapor for reducing the risk of patient acquisition of multidrug-resistant organisms. *Clinical Infectious Diseases*, 56(1), 27-35, doi: 10.1093/cid/cis839
- Pedro, M. L. (2014). Os modelos de competências e o seu contributo para a gestão de carreiras. *Estudos contemporâneos da subjetividade*, 4(1), 110-122. Retrieved from <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1225/979>
- Phipps, W. J., Sands, J.K. & Mare, J.F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10. Retrieved from <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-e-seguranca-do-X0870902510898567>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2016). *Resultados: Plano nacional de avaliação da dor*. Retrieved from https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência. Direção Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Retrieved from

https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Centro Hospitalar de São João. (2016). *Relatório de Governo Societário*. Porto: CHSJ. Retrieved from http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/643/Relat_rio_do_Governo_Societ_rio_2016.pdf

PORTUGAL. Assembleia da República. (3 julho 2006). Lei n.º 27/2006. *Diário da República n.º 126, I Série*.

PORTUGAL. Assembleia Legislativa da Madeira. (16 agosto. 2016). Decreto Legislativo Regional n.º 36/2016/M. *Jornal Oficial n.º 143, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (04 setembro. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República n.º 205, I – A Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fevereiro. 2015). Despacho Normativo n.º 1400-A/2015. *Diário da República n.º 28, II - Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 agosto. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República n.º 153, II - Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (13 março. 2016). Despacho n.º 3844-A/2016. *Diário da República n.º 52, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades De Cuidados Intensivos: Relatório Final*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 novembro. 2013). Despacho n.º 15423/2013. *Diário da República n.º 229, II - Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 setembro. 1994). Decreto-Lei n.º 244/94. *Diário da República n.º 223, I – A Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (29 junho. 2007). Lei n.º 22/2007. *Diário da República n.º 124, I – Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 setembro. 1996). Lei nº 161/96. *Diário da República n.º 205, I – A Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 março. 2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República n.º 55, I - B Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização.* Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2009). *Vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde: Critérios para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos.* Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-2009/definicoes-de-infeccao/definicoes-de-infeccao-dos-cdc-2008-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2011). *Plano Nacional da Saúde 2011-2016.* Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-2011-2016/>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.* Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.* Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Recomendação: Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenems em hospitais de cuidados de agudos – PPCIRA.* Retrieved from

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2015). Norma n.º 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

PORTUGAL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: Um guia prático*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infecoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acessível na OE, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Acessível na OE, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional em enfermagem. Acessível na OE, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República n.º 35, 2ª série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n° 124/2011: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República n° 35, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015. *Diário da República n.º 123, II Série.*

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Relatório preliminar IPI, Hospital Central Funchal: Estudo de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais agudos na europa 2017.* Retrieved from <https://www.sesaram.pt/>

Prado, M. L., Reibnitz, K. S., & Gelbcke, F. L. (2006). Aprendendo a cuidar: A sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *SIELO*, 15 (2), 296-302, doi: 10.1590/S0104-07072006000200014.

Ramirez, M., Harland, K., Frederick, M., Shepherd, R., Wong, M. & Cavanaugh, J. E. (2013). Listen protect connect for traumatized schoolchildren: a pilot study of psychological first aid. *BMC psychology*, 1(1), 26, doi: 10.1186/2050-7283-1-26

Ranzani, O. T., Prina, E., e Torres, A. (2014). Pneumonia nosocomial na unidade de terapia intensiva: é possível prever a falha do tratamento? *Bras Ter Intensiva*, 26 (3), 208-211, doi: 10.5935/0103-507X.20140032

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2010). *Qualidade dos cuidados de saúde.* (Trabalho de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from [www.ipv.pt/millennium/millennium 35/7](http://www.ipv.pt/millennium/millennium%2035/7)

Ribeiro, S. C. L., Nascimento, E. R. P., Lazzari, D. D., Jung, W., Boes, A. A. & Bertocello, K. C. (2015). Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente Crítico:

discurso do sujeito coletivo. *Scielo*, 24(2), 513-20. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00513.pdf

Ricardo, F. A. (2010). *Gestão da qualidade total: A qualidade como valor percebido pelo cliente* (Trabalho para obtenção do grau de bacharel no Curso de Administração com habilitação em comércio exterior, Instituto de Ensino Superior de Bauru). Retrieved from http://www.spositoonline.com.br/imagens/professor/tcc_fabiana.pdf

Rocha, M., & Dias, A. (1996). *Enfermagem de urgência: Uma perspetiva de intervenção*. s.l.: (IN)FORMAR.

Rosa, A. L. B. (2014). *As Experiências Clínicas Simuladas na Formação Contínua dos Enfermeiros de uma UCIC: A influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29889>

Ruzzarin, R., Amaral, A. P., & Simionovschi, M. (2006). *Sistema integrado de gestão das pessoas com base em competências*. s. n.: Porto Alegre.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números 2016-2017*. Retrieved from https://www.sesaram.pt/index.php?searchword=relatório%202016&searchphrase=all&Itemid=633&option=com_search

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Serviço de urgência em números*. Retrieved from: <https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php/acesso-a-aude/indicadores/cuidados-hospitalaresd#urgência>

Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>

- Silva, M. G. G. M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: Evolução e atualidade. *Salutis Scientia*, 5, 1-7. Retrieved from www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=31063
- Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da Qualidade* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Soares, J. R., Martin, A. R., Rabelo, J. F., Barreto, M. S. & Marcon, S. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: Percepção da paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16(2), 193-204, doi: 10.5294/aqui.2016.16.2.7
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transportes de Pacientes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retrieved from https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Thom, K. A., Escobar, D., Boutin, M. A., Zhan, M., Harris, A. D. & Johnson, J. K. (2017). Frequent contamination of nursing scrubs is associated with specific care activities. (Abstract). *American Journal of Infection Control*. Doi: 10.1016/j.ajic.2017.11.016
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. S., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., ...Melo, R. S. F. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Recien* 6(17), 19-23, doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.19-23
- World Health Organization. (2011). *The burden of health care-associated infection worldwide*. Retrieved from http://www.who.int/infection-prevention/publications/burden_hcai/en/
- World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance - Global report on surveillance*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf;jsessionid=37C2B555C841473A907613059B519D5B?sequence=1 World Health

Organization. (2017). *Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa in health care facilities*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259462/9789241550178-eng.pdf;jsessionid=D086CBA35BEEC6590A5CB0B52988238D?sequence=1>