

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE
CRÍTICO DESDE O AMBIENTE URGENTE AO
AMBIENTE CIRÚRGICO**

Cláudia Patrícia Mendonça Gouveia

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE
CRÍTICO DESDE O AMBIENTE URGENTE AO
AMBIENTE CIRÚRGICO**

Cláudia Patrícia Mendonça Gouveia

Orientador: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

Coorientador: Prof.^a Teresa Ornelas

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017



Nada na vida se perde. Quando erramos,
adquirimos aprendizagem, quando corrigimos um erro,
adquirimos conhecimento, e, quando
ajudamos alguém a corrigir um erro,
demonstramos ter adquirido sabedoria.

Rafael Silveira

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Teresa Ornelas, pela orientação científica e atenta condução durante o percurso formativo.

A todos os Professores da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela disponibilidade e ensinamentos.

Ao Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, no Funchal, pela disponibilidade e autorização ao conceder a realização dos estágios no Serviço de Urgência e no Serviço de Cuidados Intensivos.

Ao Hospital São João no Porto pela disponibilidade e autorização ao conceder a realização do estágio no Serviço de Bloco Operatório de Urgência.

A todos aqueles que são mais que tudo na minha vida e que me compreenderam e desculpam a minha ausência durante este percurso.

Aos colegas, a todos. Pela partilha e disponibilidade.

Aos utentes. Aos doentes. Porque todo este trabalho e ato formativo só faz sentido, se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, cujo tema selecionado foi: “Cuidados especializados ao Doente Crítico desde o ambiente urgente ao ambiente cirúrgico.” Traça a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências para cuidados de Enfermagem ao doente adulto e idoso que vivencia processos de saúde/doença crítica e em falência orgânica passível de risco de vida, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório mostra o desenvolvimento das competências comuns e específicas do especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente nos serviços de Urgência e Cuidados Intensivos, do Hospital Dr. Nélio Mendonça no Funchal e no serviço de Bloco Operatório de Urgência, do Hospital São João no Porto, através de uma reflexão crítica sobre as atividades efetuadas, considerando as implicações éticas, legais e sociais.

As competências desenvolvidas versam as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, focando a vertente humana dos cuidados, sendo esta a temática enaltecida no decurso do ensino clínico, que aliada à vertente técnica constituem a base de um processo de recuperação, da pessoa cuidada, que se pretende absoluto e eficaz.

A combinação dos conhecimentos com as experiências vividas evidencia a obtenção de competências na área de especialização de enfermagem em pessoa em situação crítica, proporcionando autonomia e segurança, no desempenho profissional, perante situações de urgência/emergência.

Palavras-Chave: Competências; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica/Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This internship report was undertaken as part of the 1st master course in medical-surgical Nursing, the school of nursing, St. Joseph of Cluny, whose theme was selected: "specialized Care to critical patients from the emergency to the surgical environment." It describes the acquisition and deepening of knowledge and skills of nursing care to sick adults and to the elderly who experience health/disease-critical processes and organic failure prone to life-threatening, in the area of Medical-Surgical Nursing.

This report shows the development of common and specific skills of the Medical-Surgical nurse specialist in different contexts, especially in emergency rooms and intensive care, Hospital Dr. Mendonça in Funchal and the Operating Emergency, service, Hospital São João in Porto, through a critical reflexion on the activities carried out, considering the ethical, legal and social implications.

The skills developed are common and specific to the nurse specialist in caring for people in a critical situation, focusing on the human aspect of care, this being the theme reiterated in the course of clinical education, which together with the technical aspects are the basis of a recovery process, the person cared for, which is intended to be absolute and effective.

The combination of knowledge with experience demonstrates the attainment of skills in the area of nursing expertise in critical situation, providing autonomy and security, professional performance, emergency/emergency situations.

Key Words: Competences; Nursing care; Nurse Nursing specialist in person in critical condition/Medical-Surgical.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AC** – Assistida Controlada
- AESOP** – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas
- ACSA** – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- AVD** – Atividades de Vida Diárias
- BIS** - Índice Bi-Espectral
- BO** – Bloco Operatório
- BOSU** – Bloco Operatório do Serviço de Urgência
- BPS** - *Behavioral Pain Scale*
- CCI** – Comissão de Controlo da Infecção
- CHSJ** – Centro Hospitalar de São João
- CIPE** – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
- CNECV** – Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida
- DIB** – *Drug Infusion Ballon*
- DGS** – Direção Geral da Saúde
- ECG** – Electrocardiograma
- EOT** – Entubação Oro -Traqueal
- EPUAP** - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*
- EUA** – Estados Unidos da América
- FC** – Frequência Cardíaca
- FR** – Frequência Respiratória
- GCPPCIRA** - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
- IACS** – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- IASP** – *Internacional Association of Study of Pain*
- K+** - Potássio
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PAI** – Pneumonia Associada à Intubação
- PCR** – Paragem Cardiorespiratória
- PEEP** – Pressão Positiva no Final da Expiração

- PIC** – Pressão Intra-Craneana
- PNCI** – Plano Nacional Controlo da Infecção
- PSV** - Pressão de Suporte Ventilatório
- PVC** – Pressão Venosa Central
- RASS** - *Richmond Agitation-Sedation Scale*
- REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- SIMV** - Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada
- SMI** – Serviço de Medicina Intensiva
- SO** – Sala de Observação
- SpO2** – Saturação do Oxigénio no Sangue
- SU** – Serviço de Urgência
- TA** – Tensão Arterial
- TISS** - *Therapeutic Intervention Scoring System*
- TOT** – Tubo Oro-Traqueal
- UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- UCIP**- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- UCPA** – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- UPP** – Úlcera Por Pressão
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva
- VNI** – Ventilação Não Invasiva
- WHA** - *World Health Assembly*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO.....	17
1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico.....	22
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	23
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	38
1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	48
1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	50
1.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico.....	51
1.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	52
1.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação.....	84
1.2.3. 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.....	86
2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	93
CONCLUSÃO	97
BIBLIOGRAFIA	99

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge como um documento ilustrativo de todo o percurso efetuado no decorrer da componente prática, nos serviços de Urgência e de Cuidados Intensivos, do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça no Funchal e no serviço de Bloco Operatório de Urgência, do Hospital São João no Porto, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Este documento pretende transmitir as competências aperfeiçoadas, adquiridas e desenvolvidas na assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica, nos diferentes contextos de estágio, e refletir sobre as ações realizadas bem como sobre as implicações éticas e sociais na essência do cuidado, com base na evidência científica.

Os estágios são oportunidades enriquecedoras que permitem aos formandos consolidar conhecimentos, aplicar na prática as teorias aprendidas durante o período formativo e, modificar/transformar atitudes pessoais que se refletem numa melhor prestação dos cuidados de saúde.

Assim, os ensinamentos clínicos foram efetuados em três estágios em concordância com o plano de estudos, com o fim de proporcionar o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem Médico-Cirúrgica na avaliação diagnóstica, na intervenção terapêutica e no atendimento à pessoa em situação crítica. Os dois primeiros estágios foram realizados numa instituição de saúde regional, Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, onde desempenhei grande parte do meu percurso profissional e onde pretendo permanecer e enriquecer os meus conhecimentos e aprimorar a minha prática clínica. O terceiro estágio foi efetuado num estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde, sendo um hospital universitário, central e com uma ampla diversidade de valências, Hospital de São João no Porto.

Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem especializados exige a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, indo ao encontro dos Regulamentos instituídos pela Ordem dos Enfermeiros (2011), sendo estas competências uma referência técnica, científica, experiencial e ética da qual o enfermeiro especialista deve ser detentor.

Considerando o que anteriormente foi referido, a estrutura deste documento inicia-se com uma breve contextualização sobre os cuidados especializados ao doente crítico, após, expõe o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica no decurso dos estágios, dando ênfase à dimensão humana, mais concretamente à Privacidade do doente, pois “a enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. (...) O fenómeno da saúde/doença tem de ser abordado a partir de uma base conceptual ampla.” (Watson, 2002, p.52), e ainda as competências do segundo ciclo de estudos dos descritores de Dublin (2004), finalizando com uma reflexão crítica sobre todo o percurso de formação percorrido, bem como as suas implicações no exercício das minhas funções.

Deste modo, com a concretização deste relatório pretendo:

- ♣ Relatar o percurso formativo nos diferentes locais de ensino clínico;
- ♣ Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- ♣ Demonstrar capacidade de diagnosticar situações/problemas e comunicar as estratégias implementadas ou sugeridas para a sua resolução;
- ♣ Refletir criticamente sobre a prática de cuidados desenvolvida e observada recorrendo à evidência científica;
- ♣ Obter o grau de Mestre em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica após defesa pública do presente Relatório.

A metodologia adotada baseia-se no método descritivo e analítico através da exposição e reflexão das diferentes atividades realizadas durante os estágios, assim como através da análise crítico-reflexiva de situações/problemas detetados, referindo possíveis estratégias a implementar com o fim de minimizar tais situações.

Para a elaboração deste relatório procedeu-se a pesquisa bibliográfica para sustentação teórica e científica, recorrendo-se a fontes credíveis, reconhecidas e válidas. A formatação deste trabalho segue as normas orientadoras para elaboração de trabalhos académicos, baseada nos princípios propostos pela *American Psychological Association* (APA), advindas da ESESJC (Jardim, 2015), com exceção dos documentos oficiais publicados e não publicados que seguem as normas portuguesas (NP 405).

1. CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO

A assistência ao doente crítico exige a necessidade premente de cuidados especializados e diferenciados, pois a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.2).

O surgimento de tais doentes deve-se essencialmente ao aumento da sinistralidade rodoviária (aumentou 5% em 2015 face ao ano anterior, tendo-se registado 122.800 acidentes de viação, segundo a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária) bem como, ao aumento da complexidade e do número de doenças súbitas, de catástrofes naturais e de agudizações de doenças crónicas, que podem conduzir a pessoa à morte. A atuação de profissionais de enfermagem qualificados, detentores de saberes e de treino são fundamentais para que se executem intervenções seguras e eficazes.

Nestas circunstâncias, a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica proporciona ao enfermeiro um acréscimo de conhecimentos e de competências primordiais na abordagem à pessoa em situação crítica, algumas vezes presente no meu contexto laboral (Bloco Operatório), sendo esta uma das razões que me levou à frequência desta especialidade, para além do desejo de me manter atualizada numa área que sempre me suscitou muito interesse. Assim, especialista é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011). Para Boyatzis (2008), a competência traduz-se como capacidade ou habilidade. É um conjunto de comportamentos, relacionados, mas diferenciados, organizados em torno de um constructo subjacente, o qual chamamos de “*intento*”.

No entanto, cuidar da pessoa em situação crítica implica a conjunção entre a dimensão técnica e a dimensão humana, pois “A atividade da arte de cuidar, surge pela interação humana numa situação de cuidar” (Watson, 2002, p.119), sendo este um dos aspetos que procurei aprimorar nos estágios e que foco neste relatório, mais precisamente a preservação da privacidade do doente crítico em contexto hospitalar, fazendo ainda alusão à importância do acompanhamento do doente pela sua família/pessoa significativa.

Com o fim de atingir conhecimentos e habilidades específicas, o enfermeiro fortalece a sua formação, percorrendo distintas áreas de atuação, adquirindo aptidões essenciais para um exercício profissional de excelência.

Neste contexto, os estágios constituem uma etapa importante no processo de desenvolvimento e aprendizagem do educando, porque promovem oportunidades de vivenciar na prática conteúdos académicos, proporcionando a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas com a sua profissão. A prática, a dedicação e a disciplina adquiridas no decorrer dos estágios contribuem para a valorização e qualificação da profissão, pois segundo Oliveira (2009) “Durante os estágios os estudantes estreitam a sua relação com o mercado de trabalho e embora possam ter alguma experiência anterior, os estágios são reconhecidos como o momento em que o trabalho e a profissão vinculam.” (p.354)

Desta feita, os campos de estágio são uma mais valia no incrementar de competências científicas, técnicas e humanas, com consequências deveras benéficas para a profissão, neste caso, para a enfermagem, pois 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 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015, p.99).

Todavia, a seleção dos campos de estágio é efetuada mediante a área de intervenção que se pretende desenvolver. Em concreto, os campos de estágios eleitos foram ao encontro de acréscimo de competências em áreas onde as intervenções praticadas são maioritariamente direcionadas para a pessoa em situação crítica. Assim, os estágios realizaram-se nos serviços de Urgência e de Medicina Intensiva, no Hospital Dr. ° Nélio Mendonça no Funchal, e no serviço de Bloco Operatório de Urgência, no Hospital de São João no Porto. Atendendo que cada serviço dispõe de uma organização muito própria, considero pertinente efetuar uma breve caracterização dos mesmos.

O Serviço de Urgência, do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, destina-se ao atendimento de pessoas em situação urgente/emergente provenientes de todos os concelhos da Região Autónoma da Madeira, abrangendo uma população de 256.424 habitantes (segundo Instituto Nacional de Estatística, 2016). Tem como missão prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. E é no cumprimento desta missão que se empenham todos os dias, 24 horas por dia, médicos,

enfermeiros e outros técnicos de saúde com o fim de assegurar o melhor tratamento das situações de emergência ou urgência que possam surgir.

Em função das suas características, esta unidade de saúde é denominada de Serviço de Urgência Polivalente (Despacho n.º 10319/2014), sendo este o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência. O sistema de Triagem de Manchester é uma das particularidades deste serviço, tendo-se iniciado em junho de 2005, sendo deveras útil no atendimento atempado à pessoa, pois prioriza o atendimento em função do seu estado clínico. Este sistema também inclui 4 vias verdes: AVC, Coronária, Trauma e Sepsis; funcionando como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado das doenças apresentadas, sendo activada consoante critérios pré-estabelecidos.

Inserida na equipa multidisciplinar, encontram-se 71 enfermeiros, dos quais 8 são enfermeiros especialistas (especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica, Saúde Mental, Saúde Comunitária e Reabilitação) e 62 são enfermeiros generalistas.

Interpretando uma entrevista realizada pelo anterior diretor deste serviço, Dr. ° Pedro Ramos, a 12 de setembro de 2013, este menciona que o Serviço de Urgência do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, na cidade do Funchal, recebe anualmente cerca de 130 mil doentes: “Diariamente recebemos entre 350 a 400 doentes, mensalmente cerca de 10 mil e anualmente 130 mil”. Destes, 15.743 doentes recorrem ao Serviço de Urgência por lesões provocadas por acidente (viação, trabalho, doméstico e de lazer, entre outros), segundo dados da Direção Regional de Estatística da Madeira. Atendendo à afluência de doentes, a capacidade do serviço de Urgência em proporcionar um ambiente privado a todos é limitada, devido sobretudo à sua estrutura arquitetónica, a lotação das áreas de atendimento é reduzida, permanecendo alguns doentes em macas nos corredores, e devido à escassez de barreiras de isolamento (cortinas, biombos). Relativamente ao acompanhamento dos doentes, sempre que possível é facultada a presença da família/pessoa significativa, contribuindo deste modo, para a minoração da ansiedade, permanecendo o doente mais tranquilo assim como a sua família.

O serviço de Medicina Intensiva, no Funchal, é designado de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), uma vez que concede intervenções a todos os doentes (adultos), de várias especialidades médicas e cirúrgicas, que necessitam de procedimentos invasivos, perspicazes e de uma monitorização e vigilância contínua. A UCIP tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação

dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo.

Atendendo ao nível de cuidados prestados, às técnicas utilizadas e às valências disponíveis (Ordem dos médicos, 2007), a UCIP é uma unidade de saúde de nível III, pois dispõe de uma equipa multidisciplinar permanente, meios técnicos e humanos diferenciados, coordenador de formação em cuidados intensivos, auditorias de controlo da qualidade efetuadas por profissionais integrados nos projetos da qualidade, para além de existir num hospital com serviço de Urgência Polivalente.

Esta unidade, possui uma lotação de 11 camas, estando estas inseridas numa estrutura aberta, isto é, as várias unidades individuais encontram-se num espaço amplo, no entanto, esta unidade também dispõe de um quarto de isolamento. As unidades abertas têm a vantagem de os enfermeiros conseguirem permanentemente observar os doentes, existindo um menor isolamento, uma melhor vigilância, sendo esta estrutura importante para a economia de espaço e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem, contudo, apresenta algumas desvantagens tais como: menor privacidade, maior perceção de ruídos e maior probabilidade de infeções cruzadas. O fato do doente permanecer despido, algumas vezes completamente dependente dos cuidados, e com reduzidas barreiras de isolamento (biombo), são fatores que condicionam a preservação da privacidade. Quanto ao acompanhamento do doente pela família este é limitado ao horário das visitas, a família só pode estar com o doente determinado tempo.

A UCIP é constituída por uma equipa de profissionais altamente diferenciada e motivada no cumprimento da sua missão, na qual se encontram os enfermeiros, mais precisamente 54 enfermeiros, dos quais 16 são especialistas (especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Mental e Saúde Comunitária), que asseguram cuidados nas 24 horas. Uma das particularidades deste serviço prende-se com a utilização do TISS 28, aplicado no planeamento diário dos enfermeiros. Segundo Elias et al. (2006), o TISS 28 consiste num sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. É baseado na premissa de que, independente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior o tempo despendido pela enfermagem para tal atendimento.

No que diz respeito à sua atividade assistencial interna, anualmente acolhe cerca de 554 doentes, com maior incidência de patologias do foro cardiovascular e respiratório (dados do ano 2016, fornecidos pelo SMI).

Quanto ao serviço de Bloco Operatório de Urgência, principio por referir que o Centro Hospitalar de São João (CHSJ) localiza-se na cidade do Porto e presta assistência direta à população das freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. Atua igualmente como centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, compreendendo uma população de 3.603.778 habitantes (segundo Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Inserida na UAG (unidade autónoma de gestão) do serviço de Urgência e do serviço de Medicina Intensiva encontra-se o Bloco Operatório de Urgência que tem como principal missão proporcionar o ambiente físico e os recursos humanos e materiais necessários à execução de atos operatórios em doentes em situação crítica, provenientes do serviço de urgência ou do serviço de internamento segundo o “*estado da arte*”.

A equipa de saúde deste serviço contempla uma diversidade de profissionais, na qual se encontram 41 enfermeiros, dos quais 11 são enfermeiros especialistas em distintas áreas (especialistas em Obstetrícia, Reabilitação, Médico-Cirúrgica, Pediatria, Saúde Comunitária e Saúde Mental).

Este Bloco Operatório possui três salas, estando ativas apenas duas, onde diariamente são destacados três enfermeiros (enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista), indo de encontro às práticas recomendadas pela AESOP (Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses, 2013) que refere que a presença dos tais enfermeiros é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Identicamente, a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº533/2014) recomenda que as equipas de enfermagem sejam dotadas com o número de elementos adequados com o fim de obter segurança, qualidade nos cuidados exercidos e, conseqüentemente, satisfação nos doentes e nos profissionais.

Igualmente, percebi que as salas operatórias se encontram organizadas/preparadas de modo idêntico, pois tratando-se de um Bloco Operatório de Urgência, onde as intervenções executadas têm de ser precisas e eficazes, a disposição idêntica dos materiais e dos equipamentos facilita a execução dos procedimentos, não havendo perdas de tempo na procura dos recursos necessários para uma atuação imediata.

Neste serviço, dadas as suas intervenções, a exposição corporal do doente é muito visível, pelo fato de algumas vezes os profissionais esquecerem-se das portas das salas operatórias abertas ou por descobrirem o doente para além do necessário. O acompanhamento dos doentes é facultado até à sala de indução anestésica e em situações de

cirurgia pediátrica é permitida a presença de um dos pais na sala operatória até a criança “adormecer”, sendo este um dos aspetos a enaltecer.

Relativamente aos indicadores de produção deste serviço, em 2015 efetuaram-se 3.263 cirurgias urgentes/emergentes e no ano de 2016, entre janeiro e setembro, já se efetuaram 3.274 cirurgias, notando-se um acréscimo de 11 cirurgias. As especialidades que mais operaram em 2015 foram: Cirurgia Geral com 693 cirurgias, Cirurgia Ortopédica com 679 cirurgias, Cirurgia Urológica com 597 cirurgias, Cirurgia Pediátrica com 561 cirurgias e Neurocirurgia com 316 cirurgias (segundo dados fornecidos pela enfermeira chefe do Bloco Operatório de Urgência).

Estes diferentes campos de estágio permitiram-me uma crescente aprendizagem no cuidar da pessoa em situação crítica em ambiente de urgência/emergência, através de uma interação contínua com o enfermeiro tutor e a restante equipa multidisciplinar, tendo contribuído para a aquisição de capacidades que se desenvolveram progressivamente em competências.

1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico

A formação humana, técnica e científica do enfermeiro garante a adequada prestação de cuidados ao doente crítico, numa prestação autónoma e interdependente, na equipa especializada. A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais em pessoa em situação crítica é obtida através de uma intervenção organizada na área da enfermagem ao doente adulto e idoso em estado crítico e sua família, em contextos de emergência/urgência.

A prestação de cuidados ao doente crítico/emergente exige dos enfermeiros um saber actualizado e especializado em Enfermagem que implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa e capacidade de pensamento crítico entendido por Silva (2000) como “um julgamento intencional, e auto-regulável, que resulta da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceptuais, metodológicas, contextuais ou critérios em função dos quais o julgamento foi baseado.” (p. 74-75)

Deste modo, a definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos

domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, sendo estas essenciais na construção de todas as competências específicas, são a base das demais competências.

As competências comuns, segundo a OE (Regulamento nº122/2011), 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. Estas competências encontram-se estruturadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Considerando estes domínios bem como os descritores de Dublin, exponho o desenvolvimento destas competências no decorrer dos campos de estágio supramencionados.

1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Considerando as Competências Comuns (Regulamento nº122/2011), neste domínio as competências estão relacionadas com o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção e com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Deste modo, no desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção o enfermeiro “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (OE, Regulamento das Competências Comuns, 2010, p.4)

A profissão de enfermagem está centrada no cuidar humano, onde as intervenções praticadas envolvem tomadas de decisão, devendo estas serem apropriadas ao doente alvo desses mesmos cuidados. A área do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente e o dever diz respeito à Deontologia.

Nestas circunstâncias, a Deontologia chama a atenção para a conveniência ou necessidade de que uma profissão tenha certas características (que constituem o estilo do seu exercício). Trata-se de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social (OE, 2015).

A Deontologia visa a manutenção da ordem e da harmonia da sociedade por meio de condutas apropriadas. A grande diferença entre a Deontologia, a Ética e a Moral decorre da própria origem das normas, uma vez que as deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de uma reflexão sobre a prática e tendo por base o que favorece e prejudica a profissão (OE, Deontologia Profissional, 2015).

Atendendo à Deontologia do Profissional de Enfermagem (OE, 2015), esta pode ser definida como

o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão. Tal como a Moral e o Direito evoluem ao longo do tempo, também as deontologias profissionais tendem a adaptar-se às circunstâncias de cada época (p.14).

Identicamente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), mencionam que, a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica

uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (p.12).

Em determinadas unidades de saúde, as questões éticas são mais evidentes, quer devido aos avanços tecnológicos e terapêuticos que permitem preservar e prolongar a vida de muitas pessoas em situação crítica, quer devido às características dos próprios doentes destas unidades, habitualmente são pessoas em situação crítica, pessoas cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº124/2011).

Nos estágios realizados, nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Bloco Operatório de Urgência, observei e refleti sobre estas situações e notei que no exercício das suas funções diárias, os profissionais de saúde são confrontados com tomadas de decisão, que requerem uma análise criteriosa sobre determinados procedimentos, especialmente quando o doente não se encontra capaz de emitir a sua decisão. De facto, atendendo às

características dos doentes assistidos nestes serviços, verifiquei que muitos não possuem conhecimentos/capacidades para tomarem decisões, ou porque não compreendem a informação que lhes é transmitida ou porque se encontram numa situação de grande vulnerabilidade/instabilidade clínica. Nestes momentos, os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e os princípios orientadores da deontologia em enfermagem, nomeadamente a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (artigo 99º, do Código Deontológico, Lei nº156/2015), funcionam como orientadores nas tomadas de decisão, visando o respeito, a individualidade e a dignidade do ser humano.

Refletindo sobre esta temática, nos distintos campos de estágio, e atendendo ao que anteriormente foi mencionado, procurei aperfeiçoar as minhas intervenções na construção da tomada de decisão em equipa, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão. Contudo, senti que este processo não é fácil de gerir, pois várias questões éticas emergem quanto à “*correta*” tomada de decisão, uma vez que, para além de uma equipa de saúde com determinadas apreciações sobre o estado clínico do doente crítico também existe a família/pessoa significativa, que em todo este processo emite a sua opinião, influenciando a tomada de decisão, como por exemplo, tomar a decisão de intervir cirurgicamente num doente crítico, com pouca viabilidade, mas com o fim de prolongar a sua vida por mais algumas horas, algumas vezes dependente de suporte ventilatório e de fármacos em contínua perfusão, para manutenção dos sinais vitais.

No entanto, procurei atuar de acordo com os princípios expressos no Código Deontológico do Enfermeiro. Na presença de doentes conscientes tive o cuidado de incentivá-los na sua autonomia, informando-os adequadamente e solicitando o seu consentimento para a execução de cuidados, certificando-me de que o consentimento foi esclarecedor. De igual modo, respeitei a vontade expressa pelos doentes, permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando assim respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, bem como pelas suas crenças e valores. Desta forma, confirmei que a tomada de decisão não se restringe somente aos profissionais de saúde, pois tem em consideração a decisão do doente, quando exequível, sendo este o principal decisor das intervenções que lhe serão efetuadas.

Posso mencionar que todo este processo de aquisição de conhecimentos a nível deontológico, conduziu-me a um maior sentido de responsabilidade, pois esta aprendizagem

provocou-me uma maior consciencialização sobre determinados aspetos que devem ser valorizados na abordagem à pessoa em situação crítica. Este sentido de responsabilidade fez com que me preocupasse com as atividades executadas, procurando fazê-las corretamente, o que me levou a adquirir mais conhecimentos, por meio da consulta bibliográfica e do diálogo com os enfermeiros tutores. A integração destes conhecimentos permitiu-me lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, de acordo com os descritores de Dublin (2004).

Gostaria ainda de salientar que a existência de elementos na equipa de enfermagem com mais tempo de experiência e com *backgrounds* diferentes bem como, a presença de enfermeiros especialistas em distintas áreas de especialização, favorece o crescimento de toda a equipa, através da partilha de experiências enriquecedoras e auxiliadoras no processo de tomada de decisão.

Na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, o enfermeiro “Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (OE, Regulamento das Competências Comuns, 2010, p.5). Esta competência, igualmente inserida no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, assumiu um destaque relevante no decorrer dos meus estágios, pois a temática que procurei evidenciar/aperfeiçoar nestes ensinamentos clínicos está relacionada com o respeito do cliente à privacidade, na Equipa de Enfermagem onde está inserido, tendo sido este o tópico do meu projeto de autoformação.

A necessidade de proteger os direitos humanos é universal, cabendo aos enfermeiros obrigações especiais, sobretudo no respeito pela dignidade humana que implica o conhecimento dos direitos dos doentes, assim como dos princípios éticos para poder pô-los em prática. Os doentes manifestam as suas preocupações, ansiedades, medos e interrogações aos enfermeiros, esperando reciprocidade como consequência da relação de confiança e partilha entre ambos, cabendo-nos assumir uma posição de tomada de decisão, promovendo o bem-estar em defesa dos direitos e interesses dos doentes.

Cuidar pressupõe uma abordagem holística, logo uma abordagem que contempla a dimensão física, mas igualmente a dimensão humana, a relação humana onde o respeito pelos direitos humanos é primordial, isto é, ambas devem ser privilegiadas na prática clínica diária, sendo essenciais no processo de recuperação do doente. Sempre considere esta abordagem relevante, pois o respeito ocasiona confiança no profissional de saúde e uma

maior participação/colaboração do doente nas intervenções praticadas, ou seja, o Cuidar não existe sem o estabelecimento de uma relação afetiva entre o cuidador e pessoa cuidada de forma a possibilitar uma rápida evolução na reabilitação e na promoção da saúde.

No entanto, numa época em que é notória uma enorme evolução tecnológica, onde a rapidez das intervenções é visível há menos disponibilidade para a relação humana, há menos consideração pelo atendimento da privacidade da pessoa em contexto hospitalar, sendo este aspeto remetido para segundo plano. Assim, após uma reflexão e preocupação pessoal, e que foi sendo vivenciada no decorrer dos ensinamentos clínicos, nomeadamente nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Bloco Operatório de Urgência, onde o Cuidar se centra particularmente na dimensão física, em detrimento da dimensão humana, procurei aprimorar esta competência, em sintonia com as demais. De igual modo, pretendi provocar nos profissionais de enfermagem uma reflexão acerca da importância de posturas e condutas que demonstram preocupação pela intimidade e individualidade do doente, respeitando os aspetos pessoais de cada indivíduo em áreas de atuação onde a vertente técnica é predominante.

A humanização dos cuidados, pressupõe que o enfermeiro, nos momentos em que executa as suas intervenções, conceda atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade assim como crie um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (artigo 110º, do Código Deontológico, Lei nº156/2015). A humanização dos cuidados de enfermagem e a prestação de cuidados de enfermagem holísticos surgem então como uma prioridade, pois os benefícios advindos desta prática concedem bem-estar, confiança na equipa de saúde e segurança.

A hospitalização é altamente despersonalizante, na medida em que existe uma constante invasão da privacidade da pessoa pelos profissionais de saúde, aquando da realização de procedimentos ou tratamentos mais ou menos invasivos e que invadem a área íntima da pessoa. Neste sentido, no hospital ou na área de saúde em geral, a privacidade pode ser considerada a essência para o cuidar, na medida em que se o doente for envolvido nos cuidados de saúde, sentirá que os profissionais o respeitam. O respeito é manifestado por atitudes, e traduzido por palavras e atos, ou seja, por comportamentos. Sendo assim, a enfermeira no ato de cuidar do doente manifesta, através de atitudes, o respeito que sente por ele.

Os enfermeiros, mais do que os outros profissionais, são os que mais tocam ou se aproximam das pessoas ao cuidarem delas. Se por um lado os doentes são afetados pela formalidade do hospital, por outro lado são confrontados, diariamente, com a invasão da sua

privacidade, facto que parece ser considerado pelos profissionais como normal e inerente à prestação dos cuidados. Todavia, os enfermeiros devem estar despertos para ajudar o doente a proteger a sua privacidade a todos os níveis, que num contexto hospitalar e nomeadamente, nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Bloco Operatório de Urgência possam estar sujeitos.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2004), ao aludir a privacidade no sentido individual, refere que “no plano ético está em causa a proteção da liberdade individual, delimitando uma zona da vida pessoal virtualmente inacessível a qualquer intromissão externa.” (p.6) Reitera ainda a mesma entidade que o conceito pode englobar quatro dimensões diferentes: **Privacidade Física**, isto é, a acessibilidade física limitada, de qualquer tipo, sem consentimento do próprio; **Privacidade Mental**, ou seja, a restrição de qualquer interferência ilegítima na mente ou na vontade da pessoa; **Privacidade Decisional**, refere-se à liberdade no campo de escolha individual; e **Privacidade Informacional**, alcançada através da imposição de limites ao acesso não autorizado a informação de natureza individual.

A privacidade informacional, devido às novas possibilidades de armazenamento, recuperação, tratamento, cruzamento, divulgação de informação e ao aumento significativo do número de utilizadores dos serviços de saúde, da complexidade das patologias, a realidade do trabalho em equipa, com a necessária partilha de informação e a utilização da telemedicina, pode ser transgredida, colocando-se a questão premente de saber se os utilizadores dos serviços de saúde vêem, reconhecido na prática, o direito constitucional e internacionalmente protegido da privacidade.

Em Portugal, país membro da União Europeia, existe naturalmente legislação própria sobre a proteção de dados de carácter pessoal a já aludida Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 67/98, de 26 de outubro, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE) e que reconhece os dados relativos à saúde como dados especialmente protegidos. Recordamos ainda, a Recomendação Nº R (1997), do Comité de Ministros do Conselho da Europa dos Estados Membros, de 13 de fevereiro, que constitui matéria específica sobre o tratamento de dados pessoais relativos ao estado de saúde das pessoas, pese embora o facto do mesmo não possuir força jurídica vinculativa. No que concerne ao direito à privacidade física no âmbito da saúde, recordamos a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90) na já aludida Base XIV, nº 1, alínea c: “Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito.” (p. 2) Observamos na deontologia

profissional, nomeadamente nos Códigos Deontológicos dos Médicos e dos Enfermeiros, bem como nas Cartas dos Direitos dos Doentes uma séria preocupação neste sentido.

A proteção da privacidade teve o acolhimento dos reconhecidos instrumentos internacionais de Direitos do Homem, que precedeu, de uma forma geral, a sua receção nos ordenamentos jurídicos nacionais. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH, 1948) estabelece no artigo 12º, que “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito à proteção da lei”. Por seu lado, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH, 1950) reitera a formulação, dispondo no artigo 8º que:

1 - Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência; 2- Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infrações penais, a proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e das liberdades de terceiros (p.11).

O nº 2 prevê os casos e as condições em que serão admissíveis ingerências. O Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP, 1976) prevê, no seu artigo 17º, que:

1- Ninguém será objeto de intervenções arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem de atentados ilegais à sua honra e à sua reputação; 2- Toda e qualquer pessoa tem direito à proteção da lei contra tais intervenções ou tais atentados (p.7).

Mais recentemente, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC,1990) enaltece, no seu artigo 16º, que:

1 - Nenhuma criança pode ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou correspondência, nem a ofensas ilegais à sua honra e reputação; 2 – A criança tem direito à proteção da lei contra tais intromissões ou ofensas (p. 12).

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE, 2000) ao reconhecer a diversidade de culturas e de tradições dos povos da Europa, bem como a identidade nacional dos Estados-Membros e da organização dos seus poderes públicos, baseia a sua formulação nos valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, da liberdade, da igualdade e da solidariedade. Estabelece assim no artigo 7º, do seu Capítulo II, referente às Liberdades, o “respeito pela vida privada e familiar”, no sentido de que “todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua vida privada e familiar, do seu domicílio e das suas comunicações.” (p.10)

Em Portugal, a privacidade é tutelada a nível constitucional desde 1976. A Constituição da República Portuguesa (CRP), no capítulo intitulado “Direitos, Liberdades e Garantias” consagrava inicialmente, no artigo 33º, o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar e proibia, no artigo 35º, a utilização da informática no tratamento de dados referentes à vida privada. Após a primeira revisão constitucional, não se verificou alteração na substância, passando este direito a ser reconhecido no artigo 26º.

Na verdade, a verificação da satisfação da necessidade de cuidados resulta sempre, em maior ou menor grau, numa “*invasão*” da intimidade do doente. Contudo, a prestação de cuidados no âmbito da saúde, pressupõe o respeito pela intimidade/privacidade da pessoa, à partida fragilizada na sua própria condição de doente.

Identicamente, Watson (2002) considera a privacidade como um factor importante no cuidado, mencionando que a privacidade compreende a exposição física, psíquica bem como o sigilo profissional, fatores muito importantes para a promoção de um ambiente de apoio e de proteção.

Deste modo, todos nós enfermeiros devemos reconhecer a privacidade como um direito básico do indivíduo e como cada pessoa é única, devemos compreendê-la na globalidade, defendendo e promovendo a ajuda necessária para a realização e manutenção da sua privacidade e, inerentemente, da sua dignidade.

É importante que o enfermeiro através das suas ações e atitudes contribua para reduzir o embaraço do doente, mostrando-lhe respeito e ajudando-o a ser independente no meio hospitalar, uma vez que não consegue evitar uma crise provocada pela exposição ao sofrimento.

Fazendo novamente alusão a Watson (2002), esta cita que “As pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa (...) Estas necessidades são frequentemente negligenciadas...” (p.90). A mesma autora menciona que, a inovação na prática de enfermagem refere-se à humanização das relações, com a aproximação entre cuidador e pessoa cuidada, através de um reconhecimento do Eu interior, com recursos internos, reconhecendo a totalidade do Ser, mente, corpo e espírito, e não a soma das partes, que coexiste com o passado, presente e futuro. A relação transpessoal depende, entre outras, da capacidade de o enfermeiro detetar e compreender de forma correta os sentimentos da pessoa (por exemplo, através de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, conhecimento, linguagem corporal, sentimentos, sensação e intuição); da capacidade do enfermeiro avaliar e analisar qual o modo da pessoa estar no mundo, e de sentir uma ligação

com a pessoa. No cuidar ou relação transpessoal, quem cuida, pode entrar na experiência do outro, e o que é cuidado pode entrar na experiência de quem cuida.

Remetendo para os campos de estágio, é notório nestas unidades de saúde a dimensão técnica, pois a pessoa que se encontra em situação crítica necessita de atuação imediata, precisa e segura dos enfermeiros, mas apesar da técnica ser importante para o sucesso das intervenções praticadas, a dimensão humana é igualmente importante, pois nos momentos de urgência/emergência a presença e a postura dos enfermeiros são essenciais para a estabilidade física e psicológica do doente. O doente espera do enfermeiro uma abordagem competente, atualizada e eficaz mas igualmente humana, pois “o ser humano, pelo simples facto de existir, é detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável e merece todo o respeito, que não diminuem nem desaparecem quando está doente.” (Pacheco, 2004, p.58)

Focando o serviço de Urgência, nesta unidade de saúde os profissionais de enfermagem deparam-se com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, situações que podem provocar choque relativamente aos seus próprios valores, cultura, princípios sentimentos, código deontológico, moral e ética, pois a prioridade das suas ações está mais focada nas funções técnicas com o fim de salvar a vida da pessoa em situação crítica. Como é evidente, a dimensão humana, mais concretamente o respeito pela privacidade do doente, a nível dos cuidados prestados, encontra-se comprometida, condicionada em parte pela estrutura física do serviço, que não permite um isolamento adequado no decorrer das práticas, pela escassez de barreiras de isolamento, como cortinados e biombos, e por vezes, pela falta de sensatez de alguns profissionais, que não valorizando esta componente praticam os seus atos perante uma plateia desnecessária e embaraçosa para o doente. Estes aspetos provocaram-me inquietação e necessidade de refletir com os profissionais de enfermagem, no sentido de modificá-los/melhorá-los. Ao dialogar com alguns enfermeiros, percebi que os mesmos têm consciência de que é necessário melhorar/valorizar esta dimensão e, por isso, nas suas práticas clínicas diárias procuram preservar esta componente, utilizando, quando disponível, biombo aquando das intervenções e/ou dialogando com o doente de modo mais privado, não falando alto. Nestas circunstâncias, percebi que a existência de determinados fatores condiciona a privacidade, sendo necessário adequar, da melhor forma possível, os recursos disponíveis com o propósito de preservá-la. Relativamente à confidencialidade e à segurança de informação notei que esta é respeitada pelos profissionais de enfermagem, sendo apenas partilhada pelos enfermeiros envolvidos nos cuidados diretos aos doentes em causa.

Analisando um estudo desenvolvido por Pupulim & Sawada (2010), estes deram o seu contributo acerca desta temática na medida em que desenvolveram um estudo descritivo utilizando análise de conteúdo, com o objetivo de descrever a perceção de privacidade física do doente hospitalizado referente à exposição e manipulação corporal. Neste estudo participaram 34 doentes internados e após análise das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas, fundamentadas em teorias da privacidade: dignidade e respeito, intimidade e toque, espaço pessoal e territorial, autonomia. Os doentes admitem desconforto e constrangimento perante a nudez e toque corporal, sobretudo nas partes íntimas, apontando fatores comportamentais que contribuem ou não para a proteção e manutenção da privacidade física.

Com este trabalho, os autores, constataram que as razões de inquietação relativas à privacidade, assim como as expectativas dos doentes com vários internamentos anteriores, em comparação às daqueles que vivenciam o primeiro ou segundo internamento, são similares. O mesmo foi observado quanto à idade, estado civil, religião, nível de escolaridade e condições socioeconómicas. É visível a preocupação acentuada com a nudez, sobretudo mediante contato corporal e área íntima, predisposição à visão de outros que não sejam da equipa ou que sejam do sexo oposto, sendo isso mais enfático entre as mulheres e nos doentes mais dependentes. Assim sendo, sob a ótica dos doentes, privacidade física está interligada com dignidade e respeito, depende de espaço territorial e pessoal e garantia de autonomia. Destacam que a abertura do espaço pessoal e territorial aumenta as oportunidades de pessoas inapropriadas visualizarem seu corpo desnudado e enfatizam a importância de nessas ocasiões poderem controlar a situação e o acesso a si.

Em síntese, na perceção dos doentes dignidade, respeito, intimidade, toque corporal, autonomia, espaço pessoal e territorial são conceitos interrelacionados, inerentes e imprescindíveis à proteção e manutenção da privacidade, especialmente na vigência da exposição e manipulação do corpo durante a assistência. Deduz-se que, se os profissionais da saúde observarem e considerarem esses aspetos ao realizarem os cuidados, a sensação de invasão da privacidade pode ser minimizada, mesmo frente à nudez e ao contato corporal íntimo.

Fazendo referência ao serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, no Funchal, nesta unidade de saúde a vertente técnica também é predominante, pois a situação crítica do doente, com necessidade de monitorização e de vigilância contínua aliada aos inúmeros equipamentos (monitores, ventiladores, bombas e seringas perfusoras,

entre outros), bem como o registo contínuo dos parâmetros vitais e das ações executadas, conduzem os enfermeiros à tecnicidade, pois a exigência nesta vertente é muito grande.

Neste contexto, no decorrer deste estágio, para além de ter constatado o que anteriormente foi referido (a UCIP é uma unidade aberta), também observei que os doentes, com frequência, se encontravam despidos, protegidos apenas por um lençol, quando levantei esta questão foi-me referido que este aspeto tem como objetivo facilitar a vigilância e permitir mais facilmente a manipulação do corpo, principalmente em situações de emergência. Esta prática parece revelar o desrespeito pela privacidade e intimidade e potenciar sentimentos de insegurança e desconforto tanto para os doentes como para a família, procurei então, refletir sobre este ato com os profissionais do serviço e apesar de não ter sido abolido, notei que houve uma maior sensibilização dos enfermeiros que passaram a ter mais cuidado, desnudando o doente só o tempo e área estritamente necessárias à execução dos procedimentos, indo ao encontro do artigo 86 °, da Deontologia Profissional (OE, 2015) alusivo ao respeito pela intimidade, onde o enfermeiro deve atender aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assumindo o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (p.83)

Igualmente, verifiquei que durante a execução dos cuidados, higiene corporal, realização de pensos, aspiração de secreções, é utilizado um biombo no sentido de preservar a privacidade do doente, sendo este um aspeto contributivo para a valorização da dimensão humana. Quanto à privacidade informacional, reparei que os enfermeiros respeitam a confidencialidade das informações relativas aos doentes, apenas partilhando-as com os elementos envolvidos na prestação de cuidados a esses doentes.

A minha aprendizagem nesta unidade, quanto à preservação privacidade, fez com que aplicasse conhecimentos e capacidade de compreensão relativos à sua salvaguarda, pois a especificidade deste serviço, fez-me compreender que a implementação de determinadas medidas, como por exemplo o doente despido, é necessária para uma potencial intervenção rápida e eficaz.

Baggio et al. (2010), efetuaram um estudo qualitativo intitulado de “Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem”, com o objetivo de compreender as experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem sobre a privacidade do doente internado na UTI e suas implicações. Este estudo, de natureza qualitativa fundamentado na análise temática, foi desenvolvido com 22 profissionais de

enfermagem que trabalham em unidades de terapia intensiva, há mais de três anos (por permitir maior vivência com as situações investigadas), em dois hospitais de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

No decorrer deste estudo, os autores referem que o internamento de um doente numa unidade de tratamento intensivo (UTI) é precedida de condições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a sua vida. Por isso, o cuidado é voltado para os aspetos físicos/orgânicos/biológicos, como o controlo e a manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando a manutenção da vida. A equipa de saúde tem a sua atenção voltada para o órgão doente, para a patologia ou para a procura do diagnóstico, que orientam as suas condutas e os procedimentos técnicos, ignorando muitas vezes os sentimentos dos doentes que vivenciam o internamento. A experiência do internamento em ambiente de cuidados intensivos, considerando as suas características e rotinas, muitas vezes rígidas e inflexíveis, pode gerar ao doente desconforto, impessoalidade, dependência da tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade, autonomia, entre outros, rompendo bruscamente com seu modo de viver, que inclui as suas relações e os seus papéis. Neste caso, a identidade e autonomia são afetadas, em virtude do doente ser considerado incapaz de escolher, decidir, opinar e expressar-se.

Doentes conscientes internados no ambiente de UTI, além do sofrimento pelo comprometimento biológico, demonstram desconforto e constrangimento por estarem despídos e serem, frequentemente, expostos e invadidos na sua intimidade. A perda da privacidade é, portanto, condição adicional de *stress* e sofrimento durante a hospitalização. Na realização dos cuidados, o profissional de enfermagem muitas vezes precisa de expor o corpo do doente e/ou partes íntimas para a execução de procedimentos, condição que invariavelmente constrange e embaraça a pessoa exposta, que tem invadida a sua privacidade. A condição de ver o corpo despido fere o seu pudor, que é produto da sua cultura.

O estudo revelou que a exposição do corpo e da intimidade é uma condição única para o doente e uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem. Com base nessa premissa, a maioria dos profissionais manifesta agir naturalmente, tendo preocupação e empatia para com o doente; por isso, utilizam recursos materiais (biombo) e humanos para proporcionar um ambiente reservado com exposição mínima do corpo do doente. Ainda assim, condutas que violam a privacidade persistem durante o cuidado de enfermagem na UTI. De acordo com as dificuldades expressas pelos participantes, percebe-se a necessidade de investir na formação e, no início da prática profissional dialogar sobre assuntos que

envolvem a exposição física e íntima do doente e de proporcionar melhorias estruturais às unidades de doentes críticos, o que requer investimentos financeiros.

Mencionado o estágio efetuado no serviço de Bloco Operatório de Urgência, no Hospital de São João no Porto, quanto a este cuidado, observei que em algumas circunstâncias a exposição do doente poderia ter sido minimizada, como por exemplo, mantendo-se as portas da sala operatória encerradas até o doente estar completamente pronto/preparado para ser transferido da marquesa operatória para a cama ou vice-versa, ou evitando-se a exposição do doente, apenas descobrindo-o, depois da indução anestésica. Refletindo sobre este tema com os enfermeiros deste serviço, percebi que os mesmos têm consciência da significância deste cuidado, mas que nas suas rotinas diárias, a necessidade de intervenções rápidas e eficazes privilegia a técnica. Entendi as suas fundamentações e, no sentido de promover tal cuidado, procurei nas práticas diárias, em parceria com os colegas, manter a privacidade/dignidade do doente, por meio de pequenos gestos, tais como respeitando os seus valores, costumes e crenças espirituais, tendo sentido que os doentes ficam mais recetivos e tranquilos quanto aos procedimentos executados.

Contudo, os enfermeiros adotam uma postura comportamental de respeito para com os assuntos relacionados com o doente, nomeadamente acerca da informação sobre o seu estado clínico, sendo este também um indicador de respeito pela sua privacidade.

Analisando um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado por Soares (2010), este também foca esta temática, abordando a privacidade dos doentes e as ações dos enfermeiros num contexto de internamento hospitalar com o objetivo de analisar situações relativas à privacidade do doente no quotidiano de enfermagem hospitalar e as ações dos enfermeiros nesse contexto. Este estudo realizou-se num Hospital do Rio Grande do Sul, sendo a colheita de dados efetuada por meio de diferentes técnicas, nomeadamente entrevista a doze doentes internados, observação do ambiente local e cinco reuniões realizadas com dez enfermeiros responsáveis de equipa. Os dados colhidos foram submetidos a análise temática da qual resultou as seguintes categorias: exposição do corpo - de si e dos outros, postura inadequada da equipa de enfermagem e acesso indevido ao processo do doente.

Deste modo, os dados obtidos mediante as entrevistas e observação do ambiente apontaram para situações do quotidiano de ocorrência de violação do espaço pessoal e do corpo do doente, por vezes sem justificação. A experiência da exposição do corpo e a postura inadequada dos profissionais de enfermagem, na visão dos doentes, constituem-se em condições geradoras de ansiedade, constrangimento e *stress*, condição com repercussões na

saúde e no bem-estar do doente. Quanto aos debates realizados durante as reuniões com os enfermeiros, estes fizeram referência à inadequação do ambiente físico, à deficiência dos recursos humanos e materiais e à falta de tempo como fatores que dificultam o planeamento e a implementação de estratégias para a preservação da privacidade do doente, no ambiente hospitalar. As atividades dos enfermeiros responsáveis de equipa centram-se prioritariamente na competência técnico-burocrática, com ênfase na coordenação, supervisão e controlo, assim como na previsão e provisão de recursos para a prestação dos cuidados.

Perante os resultados deste estudo, os enfermeiros assinalaram a necessidade de incluir abordagens sobre a privacidade em formações como uma possibilidade de mudança de postura em relação a esta temática. Igualmente, foi elaborado um documento contendo estratégias viáveis para serem implementadas na instituição, no sentido de resguardar a privacidade do doente no contexto hospitalar e também se defendeu uma melhor proteção ao acesso ao processo do doente, assegurando acesso exclusivo aos profissionais diretamente envolvidos nos cuidados. Outras estratégias elementares foram implementadas, constituindo um diferencial no resguardo da privacidade como o uso de biombos e manter fechada a porta do quarto durante a higiene pessoal, punções venosas, execução de pensos e outros procedimentos efetuados à beira do leito. Também foi ponderado acerca da necessidade de restringir os acessos diversos ao doente, preservando-o do contacto indevido ou indesejado com pessoas alheias ao cuidado.

Refletindo sobre esta temática e atendendo à importância desta competência que necessita de ser enaltecida, relembro que a situação de doença constitui inevitavelmente um dos aspetos mais marcantes da vida da pessoa. O estado de saúde torna-se, tal como refere Alzira Ourives (2004), “um dos aspetos mais íntimos e, ao mesmo tempo, mais exposto pela necessidade de cuidados.” (p.262) O desrespeito pela intimidade da pessoa que cuidamos pode constituir-se como uma invasão forçada e provocar danos que podem ameaçar o equilíbrio interno da pessoa, com possibilidade de gerar estados de *stress*.

Por vezes, existem certos condicionalismos nos serviços, nomeadamente estruturas arquitetónicas pouco apropriadas e em alguns casos degradadas que, em simultâneo com a necessidade de rapidez de atuação, dificultam a humanização dos cuidados e conseqüentemente a preservação da privacidade, sendo então compreensível que os enfermeiros tenham dificuldades acrescidas no desempenho das suas funções. Nestas circunstâncias, o mérito está em contornar tais limitações, em encontrar estratégias criativas,

apesar das adversidades do meio e de encontrar formas de efetivar e garantir a salvaguarda da privacidade.

Ciente destas limitações, exponho algumas soluções, que dependerão em exclusivo de atitudes simples dos profissionais de saúde, proporcionando à pessoa, em particular à pessoa doente, um melhor respeito pelo direito à privacidade, materializando-se consequentemente numa manifestação de consideração pela sua dignidade. Julgo também que uma adequada formação e sensibilização dos profissionais de saúde acerca desta temática teria um impacto desejável nos cuidados praticados.

Atendendo à afluência elevada de pessoas em situação crítica que são admitidas nestes serviços, a adoção de determinados pormenores fará com certeza diferença no respeito pela privacidade do doente que se encontra vulnerável. Um dos aspetos prende-se com a exposição do doente no decorrer dos procedimentos, sendo então necessário minimizar tal ato, expondo apenas o necessário sobretudo em situações urgentes/emergentes que são mais suscetíveis de provocar uma maior curiosidade. Por outro lado, a avaliação do doente e a prestação de cuidados, por exemplo, cateterismo venoso, devem ser executados em espaços próprios, e não no corredor. A limitação do acesso das pessoas apenas autorizadas pelo doente para as visitas, é outro dos aspetos a considerar assim como a restrição do número de pessoas nestas unidades de saúde.

Porém, o cuidar da pessoa na sua privacidade implica muito mais do que a simples atenção a aspetos estruturais e de ambiente, logo os profissionais devem interiorizar a privacidade como algo abrangente e imprescindível, como uma necessidade humana básica, que para além da vertente física e psicológica também inclui outros aspetos como a informação. A este nível, existem alguns cuidados a interiorizar, designadamente a atenção ao tom de voz; à utilização de espaços adequados para a transmissão de informação sensível (evitando o corredor ou a porta de entrada dos serviços) e limitar a exposição dos diagnósticos dos doentes em locais que não são exclusivos dos profissionais de saúde. Identicamente deve-se evitar a transmissão de informações clínicas via telefone cujo interlocutor nos é desconhecido ou a alusão a situações clínicas com a exposição de dados nominativos em locais menos apropriados como o corredor, o elevador e o bar. No âmbito da proteção da informação, é essencial e da responsabilidade dos profissionais a manutenção das suas *passwords* confidenciais, da sua alteração periódica, bem como a necessidade de fechar o sistema sempre que o mesmo não seja utilizado (não só porque há possibilidade de invasão de informação, como também prevalece o risco de a mesma ser alterada ou mesmo eliminada).

Considerando ao que observei e após uma reflexão sobre este cuidado, estas são algumas das sugestões que penso serem contributivas para a preservação da privacidade da pessoa em situação crítica nos diferentes contextos de prática clínica urgente/emergente.

1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade o enfermeiro “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, segundo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº122/2011, p.6).

A conceção de sistemas de melhoria contínua da qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da Ordem dos Enfermeiros (em 1996), tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade, pois a OE é responsável, perante todos os cidadãos, pela qualidade dos cuidados praticados.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, permitirão refletir sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem, que se pretende fornecer aos cidadãos, assim como irão permitir que os enfermeiros reflitam sobre o seu exercício profissional.

No entanto, a qualidade implica a envolvimento não só dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, mas também das instituições onde estes exercem as suas funções, que devem proporcionar os meios adequados e as estruturas necessárias para um desempenho de um exercício profissional com qualidade, ou seja, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenho destes em prol da qualidade, ou seja, para além da aprovação dos projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela (OE, 2001).

A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados. Este processo de aplicação de projetos, reflexão e

avaliação sobre os mesmos concebe um ciclo de aperfeiçoamento sobre os cuidados prestados, com o fim de alcançar a excelência.

No serviço de Urgência, os projetos de qualidade que se encontram em concretização estão relacionados com a monitorização das escalas de Braden e de Barthel.

A escala de Braden encontra-se relacionada com a estimativa de o doente apresentar determinado risco para o surgimento de Úlcera por Pressão (UPP).

Para o desenvolvimento de uma UPP as evidências científicas focalizam-se na relação entre a aplicação de uma pressão externa sobre a pele e tecidos subjacentes não adaptados a estas pressões e os efeitos da mesma sobre a microcirculação local. De igual modo, a exposição prolongada da pele à humidade também tem como consequência a maceração dos tecidos levando a um enfraquecimento das camadas externas desta, tornando-a mais vulnerável às lesões (Braden, 1997).

Nos últimos anos, a escala de Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, também recomendada pela EPUAP e validada para Portugal em 2001, tem sido utilizada na avaliação do risco da apresentação de uma UPP, com o objetivo de reduzir a incidência de UPP; identificar quem tem risco e quem não o tem; planificar cuidados de enfermagem baseados nos ditos fatores de risco e o grau de severidade dos mesmos; reduzir o impacto económico e de aumentar a qualidade dos cuidados.

Analisando a orientação emitida pela DGS (orientação nº 017, 2011), esta recomenda que se proceda à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

Esta escala é aplicada no serviço de Urgência, efetuada pelos enfermeiros, ficando registada no processo clínico do doente, sendo uma ferramenta essencial na qualidade dos cuidados de enfermagem. Em parceria com o enfermeiro tutor, participei no registo da mesma e aprendi que a sua utilização permite um planeamento mais personalizado dos cuidados, mais adequado às necessidades do doente, para além de ter um carácter preventivo.

Por outro lado, a escala/índice de Barthel, avalia o nível de independência do indivíduo para a realização das dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Em estudos internacionais, o Índice de Barthel é um dos

instrumentos de avaliação de AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão, 2005).

Durante o estágio, notei que a aplicação deste índice tinha particular interesse para doentes vítimas de AVC, pois nestes casos é relevante conhecer o compromisso da funcionalidade motora do doente com o intuito de planear cuidados individualizados e promotores de uma autonomia crescente. Identicamente, a DGS (2011), por meio de uma norma emitida (norma nº 054), divulga que em situações clínicas de internamento por acidente vascular cerebral (AVC) e para a prescrição de medicina física e de reabilitação (MFR), na avaliação dos défices após acidente vascular cerebral e na avaliação do estado funcional o médico utiliza, pelo menos, uma das escalas de avaliação funcional estandardizadas, índice de Barthel e escala de medida de independência funcional (MIF).

No entanto, percebi que a aplicação deste índice no serviço de Urgência assume particular interesse em qualquer doente que apresente alguma limitação, pois o enfermeiro ciente desta limitação exerce as suas intervenções de forma mais conveniente. Participei no registo do índice de Barthel, ficando este anexado no processo do doente, e confirmei as vantagens da sua aplicação no decurso dos cuidados prestados ao longo do estágio.

Com a utilização destas escalas fiquei mais desperta para estas situações e aprendi a valorizar mais estes aspetos que têm impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem, pois orientam o enfermeiro no aperfeiçoamento dos cuidados, procurando continuamente soluções eficazes e eficientes, tal como referem os descritores de Dublin (2004).

Relativamente ao estágio efetuado no serviço de Medicina Intensiva, tomei conhecimento de que o serviço está integrado no projeto STOP Infeção. Com este projeto a equipa pretende:

- ♣ Reduzir as **infecções nosocomiais da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central**;
- ♣ Reduzir as **infecções urinárias associadas a algalia**;
- ♣ Reduzir as **pneumonias associadas à intubação**;
- ♣ Reduzir as **infecções do sítio cirúrgico**: cólon e reto, vesícula biliar e prótese da anca e joelho;
- ♣ Implementar um modelo que incentive a segurança e a redução das taxas de infeções;
- ♣ Prestar aos utentes o cuidado apropriado, oportuno, baseado em evidência, de forma confiável;

♣ Integrar doentes e familiares na equipa de cuidado.

Para a concretização destes objetivos, os profissionais no desempenho das suas funções adotam medidas expressas em feixes de intervenção com o fim de prevenir e minimizar as infeções associadas aos cuidados de saúde e, realizando auditorias diárias. Estes feixes de intervenção englobam: Prevenção da infeção do local cirúrgico, Prevenção da Pneumonia associada à intubação, Prevenção da infeção relacionada com o cateter vesical e Prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central.

No decurso do estágio no serviço de Medicina Intensiva, para além de ter aprofundado conhecimentos sobre este programa, também tive oportunidade de participar nestes procedimentos, aprimorando os meus cuidados de acordo com as recomendações da GCPPCIRA, tendo aprendido que este projeto é uma estratégia de melhoria contínua.

Outro projeto, que o serviço de Medicina Intensiva pretende desenvolver, diz respeito à avaliação da Dor em doentes sedoanalgesiadados (com RASS -5, RASS -4), pois a avaliação da dor é fundamental para que se consiga o seu controlo. O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

Relativamente ao RASS, trata-se de uma escala de agitação-sedação de Richmond (RASS), tendo uma pontuação que oscila desde os valores - 5 até ao + 4, sendo que um doente com um RASS de - 4 encontra-se em sedação profunda, não sendo capaz de responder ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física, e um doente com um RASS - 5 é um doente incapaz de ser despertado, não respondendo ao som da voz ou ao estímulo físico.

Quanto ao Bloco Operatório de Urgência, apurei que no momento presente não existem projetos em execução, mas tomei conhecimento de que o serviço pretende obter a acreditação, a “*codificação*” de todos os materiais (faltam apenas os materiais de ortopedia), com o fim de pudermos debitá-los por via eletrónica, no momento da sua utilização (no intraoperatório), e a aplicação do processo de enfermagem contemplando a família/pessoa significativa.

Segundo a DGS (2009), a acreditação em saúde

é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde, como responsável político pela qualidade dos cuidados que se prestam no Sistema de Saúde Português, que tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, através de uma avaliação objetiva da competência por pares. A acreditação em saúde tem em vista fortalecer a confiança dos cidadãos nacionais e

estrangeiros e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo benefício (p.4).

A acreditação das instituições de saúde teve o seu início em Portugal no ano de 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (extinto em 2006).

O programa de acreditação, que então se adotou, baseou-se na metodologia *King's Fund* (KF) e teve na sua génese um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS), vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais.

O Modelo ACSA, adotado e adaptado para Portugal como Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, destina-se a instituições de saúde, na sua totalidade ou a serviços de saúde e abrange outras áreas de acreditação, nomeadamente, de competências profissionais (distinta das titulações e especializações profissionais concedidas pelos órgãos competentes), de formação contínua e de *websites* com conteúdos de informação sobre saúde.

Em síntese, o modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional.

Em definitivo, o processo de certificação é uma ferramenta metodológica útil que permite comprovar em que medida as atividades se realizam de acordo com os padrões de qualidade esperados e que oferece, como resultado da avaliação externa e da decisão de certificação, um reconhecimento público às instituições e profissionais que os cumprem e demonstram, expresso na obtenção da acreditação.

Por outro lado, a “*codificação*” de todos os materiais de consumo clínico é um dos pontos que este serviço pretende alcançar. O facto de todos os materiais possuírem código de barras com possível leitura ótica, por via eletrónica, permite o débito imediato no momento do seu consumo, neste caso durante o decorrer da cirurgia, precavendo falhas no registo do material consumido (permite saber qual o material aplicado em determinado doente) assim como falhas a nível do *stock*.

No Bloco Operatório de Urgência, os únicos materiais que ainda não são passíveis de serem debitados *on-line* são os materiais de ortopedia, sendo então necessário efetuar-se o registo dos mesmos em suporte papel, para poderem ser repostos. Todas estas atividades

são realizadas pelo enfermeiro no intra-operatório, e foi em colaboração com os enfermeiros desta equipa que conheci e participei neste processo, tendo percebido que o mesmo é importante no controlo dos materiais consumidos, havendo uma gestão dos recursos materiais mais ajustada.

Em relação ao processo de enfermagem constatei que a integração do mesmo nos registos peri-operatórios, é uma das grandes metas que este serviço pretende obter. Embora efetuem registos, em suporte papel, dos procedimentos mais significativos decorridos no peri-operatório, não é evidente as etapas inerentes ao processo de enfermagem, apesar de mentalmente os enfermeiros o efetuarem no decorrer dos cuidados praticados.

Ciente da importância do processo de enfermagem, a equipa de enfermagem do Bloco Operatório de Urgência pretende aplicá-lo nesta unidade de saúde, pois o mesmo dá sustentação às intervenções de enfermagem e é uma parte integrante dos cuidados de enfermagem peri-operatória, uma vez que permite a ordenação e sistematização das ações de enfermagem na identificação e resolução dos problemas dos doentes e nas respostas destes aos cuidados prestados.

Atendendo ao que foi exposto, nos estágios realizados, colaborei nos programas de melhoria contínua da qualidade, tomei conhecimento de alguns projetos que pretendem desenvolver e reconheci que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, de acordo com os resultados das auditorias realizadas, permitindo aperfeiçoar as intervenções praticadas.

Ainda neste domínio enquadra-se a manutenção do ambiente terapêutico e seguro. A segurança do doente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em Saúde e da responsabilidade dos vários envolvidos no processo de cuidados. Face ao problema da segurança do doente, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety*, em 2004, pela crescente preocupação face à incidência de erros e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados. Importa prevenir ou controlar o risco através da implementação de uma cultura de segurança. A Canadian Nurses Association (2003), define segurança do doente, como a prevenção de atos inseguros no sistema de saúde. Para a Ordem dos Enfermeiros (Parecer do Conselho Jurisdicional 248, 2010) “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade.” (p.2)

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, comporta consequentemente um grau de risco ponderável, que nunca é igual a

zero, no entanto, é indispensável garantir ao doente a maior segurança possível, o que confere à gestão do risco uma importância incalculável e incontornável.

Deste modo, os hospitais possuem uma equipa multidisciplinar responsável pela Gestão de Risco Clínico, o que permite a existência de uma abordagem estruturada e sistemática à gestão do risco na organização, resultando em sistemas de trabalho mais seguros, práticas mais seguras, instalações mais seguras e uma maior consciência do perigo e das responsabilidades potenciais.

A gestão do risco tem, assim, como objetivos prevenir ou eliminar os riscos para os doentes e profissionais, promover a sua saúde e segurança, garantir condições de segurança para pessoas e bens, consciencializar os profissionais para a problemática do risco e reduzir os custos e produzir ganhos para a saúde. Neste sentido, os programas de gestão de risco visam a determinação dos acontecimentos que podem provocar riscos, aferir a sua frequência, identificar medidas preventivas e corretivas e estabelecer os custos de prevenção e compará-los com os custos da incidência (AESOP, 2012).

Centralizando este cuidado a nível dos estágios, a prevenção de riscos ambientais é um dos aspetos a considerar na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. Entende-se por riscos ambientais, elementos ou substâncias presentes em diversos ambientes, que acima dos limites de tolerância podem ocasionar danos à saúde das pessoas. Existem cinco riscos ambientais, nomeadamente:

- ♣ Risco Físico – Relacionado com a exposição a diversas formas de energia, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infra e o ultrassom;
- ♣ Risco Químico – Relacionado com substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar pela via respiratória, nas formas de poeira, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contacto ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (bactérias, fungos, bacilos, parasitas, vírus, entre outros);
- ♣ Risco Biológico – É um risco oferecido por diversos tipos de microorganismos que possam infetar o indivíduo por meio das vias respiratórias, contacto com a pele ou por meio da ingestão;

- ♣ Risco de Acidente – Associado ao arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, entre outros;
- ♣ Risco Ergonômico – Relacionado com o esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controlo rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turnos diurnos e noturnos, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade e outras situações causadoras de *stress* físico e/ou psíquico.

A prevenção de tais riscos, exige dos profissionais de saúde a adoção de determinadas medidas para que os cuidados prestados sejam seguros. Neste sentido, a elevação das proteções laterais das camas, como medida preventiva das quedas, assim como a imobilização dos membros superiores, acautelando a extubação (mais evidente nos Cuidados Intensivos), a adequação da intensidade luminosa ao fuso horário (permitindo o descanso do doente) e a comunicação com tom de voz apropriado, constituem alguns dos aspetos a serem considerados quanto à prevenção dos riscos ambientais. De igual modo, o transporte intra-hospitalar requer determinados princípios, isto é, a realização do transporte intra-hospitalar (da Urgência para a Imagiologia, Bloco Operatório, Cuidados Intensivos ou ainda do Bloco Operatório de Urgência para o Recobro), deve efetuar-se com determinado equipamento, nomeadamente mala de emergência, com material essencial à permeabilização da via aérea e com fármacos essenciais à manutenção vital do doente, oxigénio, monitorização contínua dos parâmetros vitais (ECG, FC, FR, TA, SpO₂) e acompanhamento permanente do médico, enfermeiro e assistente operacional. De todos os estágios, o maior número de transportes intra-hospitalares que realizei foi no decurso do estágio no Bloco Operatório de Urgência, onde diariamente acompanhava os doentes desde a sala operatória, localizada no 1º Piso, até ao Recobro, localizado no 5º Piso, sendo um percurso relativamente longo (cerca de 10 a 15 minutos), dependendo da disponibilidade do elevador, pois o BOSU não possui elevador próprio. Em todos estes transportes, reparei que eram cumpridas as medidas de segurança preconizadas, efetuando-se este percurso com mais confiança.

A adoção de princípios de ergonomia e tecnológicos foram igualmente fundamentais para a prevenção da ocorrência de potenciais danos, tanto aos doentes como aos profissionais, logo a postura corporal correta dos profissionais assim como a utilização de dispositivos facilitadores na mobilização/transferência de doentes, entre camas ou entre

camas e marquesas operatórias), constituíram um importante meio na gestão do risco a nível institucional ou das unidades funcionais. Identicamente, a utilização de medidas de proteção individual (máscara, luvas e avental), a realização dos testes diários aos equipamentos (ventiladores e desfibrilhadores) e a disposição adequada do equipamento utilizado na prestação dos cuidados (bombas e seringas perfusoras) foram outras das medidas consideradas no controlo destes riscos.

Relativamente ao ruído, no decorrer das minhas intervenções, procurei que este fosse mínimo, pois o mesmo pode tornar-se desconfortável para o doente como para o profissional, constituindo uma distração passível de interromper os cuidados aos doentes. Quanto às radiações ionizantes (geradas, pelo intensificador de imagem) e as não ionizantes (geradas pela ressonância magnética ou pelo laser), estas podem provocar lesões no doente (queimaduras da retina, da córnea, do cristalino e na pele), assim impõe-se a utilização de métodos de proteção, como por exemplo, dispositivos de proteção dos genitais, porém não observei estes cuidados nos campos de estágio.

No controlo da temperatura ambiental, deve existir um equilíbrio entre o conforto térmico para a equipa e o risco de hipotermia do doente e ainda a prevenção da proliferação de microorganismos. Para evitar o risco de hipotermia do doente, e para uma humidade de 50%, a temperatura devia estar entre os 24 e os 27° C. Abaixo dos 21° C todos os doentes têm hipotermia. No BOSU, a hipotermia é um potencial risco, por isso, a manutenção da temperatura corporal, durante o ato cirúrgico, é preservada por meio da colocação de uma manta térmica sobre o doente e através do aquecimento de fluidos.

A eletricidade também constitui um risco, estando relacionado com a passagem de uma corrente elétrica pelo corpo, podendo provocar queimaduras, choques ou uma Fibrilhação ventricular, que pode culminar numa paragem cardíaca. O manuseamento incorreto pode causar uma electrocução ou perturbações noutros aparelhos, como no aparelho de monitorização cardiorrespiratória. A prevenção passa pela inspeção e manutenção periódica dos equipamentos e das instalações elétricas, pela existência de tomadas em locais seguros e em número suficiente para evitar utilização de fichas triplas e extensões, pela formação e informação dos utilizadores, pela utilização correta dos equipamentos e pelo armazenamento dos produtos potencialmente perigosos em locais seguros.

Contudo, gostaria ainda de referir que no Bloco Operatório, existe um risco, embora raro, que os doentes podem estar expostos, que é a possibilidade de ocorrência de Hipertermia Maligna - normalmente, iniciada pelos agentes anestésicos, em doentes com

defeito hereditário na membrana do músculo esquelético em que ocorrem diversas alterações químicas, que se não forem controladas podem provocar insuficiência renal, lesões neurológicas, coagulação vascular disseminada e enfarte agudo do miocárdio. Com o fim de minimizar estes riscos, os profissionais devem conhecer bem a história clínica do doente e estarem atentos a qualquer tipo de reação. Por outro lado, o serviço deve estar preparado com o material essencial para uma atuação imediata e eficaz através da organização de *Kits* específicos, como por exemplo, *Kit* para a Hipertermia Maligna, o que observei no BOSU.

Outro item a apontar está relacionado com a execução da *check-list* de segurança cirúrgica, efetuada no Bloco Operatório de Urgência, mais precisamente no intra-operatório, inserida no programa informático hospitalar “*SCLínico*”. Esta *check-list* foi preconizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), fazendo parte do projeto designado de “*Cirurgia Segura*”, com o fim de se evitarem possíveis riscos em contexto cirúrgico, nomeadamente cirurgia ao doente incorreto ou ao membro contrário.

A segurança também recai a nível da administração da terapêutica, assim a preparação e administração da mesma foi sempre realizada em parceria com os enfermeiros tutores nos diferentes contextos de estágio, havendo a precaução de confirmar a prescrição médica, o nome do doente, o nome do medicamento, a dose e a via de administração, para além da verificação da permeabilidade do cateter venoso. Em situações de dúvida recorri à pesquisa bibliográfica e ao diálogo com os enfermeiros tutores e restante equipa com o fim de evitar o erro.

Para além disto, a promoção de um ambiente físico, cultural e espiritual gerador de confiança e de proteção concretiza-se com a presença da família ou da pessoa significativa, de acordo com a vontade expressa pelo doente, o que se verificou no decorrer dos estágios, pois o envolvimento da mesma transmite segurança e apoio ao doente facilitando a sua adesão aos procedimentos terapêuticos.

No entanto, durante a prestação de cuidados ao doente crítico, o envolvimento da família no processo de recuperação do doente nem sempre é possível, por diversos fatores.

A presença da família no Bloco Operatório é limitada, devido às particularidades deste serviço, porém no BOSU é facultada a presença da mesma na sala de indução anestésica, antes do doente entrar na sala operatória e, em situações de cirurgia pediátrica, é permitida a presença de um dos pais na sala operatória até se efetuar a indução anestésica, sendo este factor muito importante na manutenção da segurança da criança que se encontra num ambiente desconhecido e gerador de ansiedade. A presença de um dos progenitores

tranquiliza a criança e todo o procedimento anestésico-cirúrgico se realiza com mais serenidade, sendo este especto de louvar.

Outro item a considerar na manutenção do ambiente seguro está relacionado com o respeito pela identidade cultural assim como o respeito pelas necessidades espirituais do doente, fazendo este parte das perceções de segurança de uma pessoa/grupo. Efetivamente, é um dever ético, moral e social, respeitar a pessoa. Quando cuidamos do outro e nos relacionamos com ele, devemos manifestar atitudes de respeito, devemos desenvolver um comportamento demonstrando à pessoa que a respeitamos.

Se assumirmos o cuidar como a essência da enfermagem, o respeito surge numa perspetiva humanista, em que o ser humano é concebido como um ser de relação. O respeito é um processo essencialmente humano, baseado em valores fundamentais, ele constitui, a base fundamental da relação de ajuda, não existindo esta, por sua vez, sem a dimensão do respeito. Respeitar o doente não é só uma questão de boa educação, consiste essencialmente em acreditar que ele é único.

Fazendo alusão ao Estatuto da OE e Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem (2015, p. 101), no seu artigo 8º é observável a referência ao respeito, “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (p.101)

No decurso dos estágios, ciente deste aspeto, procurei sempre atuar com respeito, reconhecendo que o respeito exige do enfermeiro algo mais do que o simples "*saber*" (o que pode memorizar) e do que "*saber-fazer*" (os gestos podem tornar-se perfeitamente automáticos, não adaptados à pessoa que temos à nossa frente), é necessário que ele saiba "*saber-ser*" (tanto consigo próprio como com o doente). E é dentro deste "*saber-ser*" que encontramos os comportamentos de respeito, característica elementar no cuidar do ser humano.

Consciente da diversidade dos riscos a que o doente está exposto, num ambiente de urgência/emergência, senti maior responsabilidade nas atividades praticadas e aprendi que é necessário efetuá-las com ponderação, com o fim de minimizar os riscos anteriormente supracitados, com vista à melhoria e à dignificação dos cuidados prestados.

1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio, o enfermeiro no sentido de desenvolver competências na gestão dos cuidados, gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores para além de estabelecer articulação com a equipa multiprofissional, com o

fim de garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Igualmente, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento nº122/2011 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Segundo a OE (Regulamento das Competências Comuns, 2010) os enfermeiros especialistas são detentores de competências, que são “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.” (p.3)

A gestão dos cuidados envolve uma tomada de decisão, sendo esta um processo complexo e que requer muita experiência, assim como conhecimentos teóricos e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Deste modo, a gestão dos cuidados demanda organização, atribuição de tarefas, de acordo com as competências do profissional, e envolvimento do doente em todo o processo de recuperação, para que todo este processo seja favorável, especialmente para o doente.

Por outro lado, a utilização eficiente dos recursos existentes, com o fim de alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é primordial na prestação de cuidados, onde o principal recurso existente é o ser humano, que enquanto indivíduo desenvolve a sua atividade laboral num grupo social, onde o seu nível de eficiência depende muito da sua motivação. Neste sentido, a liderança assume um papel mais importante do que a gestão, uma vez que liderança é o processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos. Assim para se ter sucesso enquanto líder é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa capacidade de decisão. No entanto sem uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para o atingir dos objetivos estabelecidos.

Como tal, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias e eventos presentes, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas.

No decurso dos estágios aprendi a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, intervindo na melhoria da informação para o processo de cuidar, recolhendo dados essenciais, através do doente ou sua família/pessoa significativa, para o estabelecimento de diagnósticos e participando no planeamento dos cuidados procurando soluções eficazes para a recuperação do doente, aplicando-os e avaliando-os à *posteriori*. Identicamente, percebi que o trabalho de equipa é favorecido quando se adequa os recursos

(por exemplo, uso de biombo) às necessidades dos cuidados, utilizando-os de forma eficiente no sentido de promover a qualidade e de preservar a privacidade, assegurando a humanização dos cuidados.

Quanto à liderança, reconheci e compreendi os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa e acompanhei os enfermeiros tutores no desempenho das suas funções como responsáveis de equipa, tendo certificado que o enfermeiro especialista detém um papel fundamental na orientação da mesma, sendo um elemento de referência para os demais elementos, orientando-os com o fim de estes obterem a sua independência no exercício das suas funções.

1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Neste domínio a aquisição de competências deve-se sobretudo ao meu investimento pessoal com o fim de me manter atualizada e, ao desejo de aprimorar os cuidados efetuados. A aquisição de novos conhecimentos científicos concebe mais segurança ao profissional no decorrer da sua prática clínica, com efeitos deveras benéficos para a pessoa alvo dos seus cuidados.

Com igual significância, a transmissão destes conhecimentos aos demais colegas proporciona atualização de determinados procedimentos e sentido de responsabilidade diante das intervenções praticadas.

Neste sentido, neste domínio o enfermeiro fortalece o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento nº 122/2011 - Competências comuns do enfermeiro especialista).

O autoconhecimento condiciona todos os aspetos da vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica uma autoavaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um. O conhecimento dos valores pessoais permite a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, estes em última instância fornecem um guia para como exercemos enfermagem. Por isso, sem uma constante consciência de quais são os valores pessoais e

profissionais em cada momento da nossa vida é impossível o estabelecimento de objetivos, o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

Assim, nos diferenciados contextos de estágios fundamentei a minha prática clínica em conhecimentos sólidos e válidos, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) reconhecidos, atuais e pertinentes, estando sempre disponível para a aprendizagem e para o diálogo com os enfermeiros tutores e restante equipa, sobre temas que surgissem em contexto de cuidados especializados a pessoa em situação crítica, como por exemplo, o manuseamento da VNI (muito utilizada no serviço de Urgência e Medicina Intensiva). Identicamente, nestes momentos de aprendizagem, refletir sobre a humanização dos cuidados/privacidade foi um dos aspetos que procurei estabelecer com os enfermeiros dos diferentes contextos de estágio, tendo percebido que esta temática necessita de ser mais debatida, com o fim de ser interiorizada e conseqüentemente mais valorizada/implementada nos momentos de prestação de cuidados.

Remato referindo a aprendizagem é processo contínuo, logo inacabado, e primordial no aperfeiçoamento das atividades que desempenhamos diariamente. Deste modo, estes estágios foram mais uma etapa de aprendizagem que contribuíram para a evolução das minhas competências como enfermeira, neste caso, na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica em diferentes contextos de urgência/emergência.

1.2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico

O aparecimento, cada vez mais frequente, de doenças com início súbito e de crónicas que agudizam, bem como o aumento do número e da gravidade dos acidentes, da violência e das situações de catástrofe, conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade.

Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

Citando o REPE (artigo 4º, OE, 2015), enfermeiro especialista é

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (pg.99).

Em concreto, a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica está direcionada para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, sendo estes cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011 - Competências específicas do enfermeiro especialista).

Consequentemente, o foco da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é mais do que a monitorização e observação constantes, inclui o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a resposta adequada e oportuna em situações de catástrofe ou em emergência multi-vítimas, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação.

Seguidamente serão então analisadas as atividades e competências específicas, desenvolvidas nas distintas áreas de atuação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, obtidas nos diversos campos de estágio, fazendo igualmente menção aos descritores de Dublin (2004).

1.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, para que se consiga maximizar os resultados e obter a recuperação total.

Assim, o enfermeiro especialista “mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (Competências específicas do enfermeiro especialista, 2010, p.3), no sentido de obter uma atuação bem-sucedida perante situações urgentes/emergentes, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, envolvendo a própria pessoa e a família, que acaba por vivenciar alterações no seu quotidiano e também na sua própria saúde.

A aquisição destas competências determina que o enfermeiro possua interesse, conhecimento e treino, tendo vivenciado este processo no decorrer dos campos de estágio, onde assimilei, compreendi e mobilizei conhecimentos acerca das diferentes atividades praticadas, através de experiências diversas e enriquecedoras, aprimorando o meu desempenho perante pessoa em situação crítica.

Focando o serviço de Urgência, a admissão neste serviço representa quase sempre uma experiência desencadeadora de *stress* para o doente, que decorre do facto da pessoa manifestar um conjunto de sintomas que não são passíveis de ser tratados em casa e que necessitam de uma avaliação ou tratamento especializados. Esta situação, é percebida não só como uma ameaça para a saúde, mas também, como um momento de incerteza sobre o tratamento, um momento de dor e de desconforto associado ao estar longe de casa, o perder o controlo sobre todas as funções do dia-a-dia e o perder da privacidade ficando dependente de terceiros (Melo, 2005).

Em concordância, Alminhas (2007) menciona que o serviço de Urgência é um local particularmente despersonalizante. Ao entrar nele, o doente já pouco pode decidir acerca de cuidados físicos, socialização ou privacidade. Para além da debilidade física, está vulnerável, ficando sob rigorosa vigilância de médicos e enfermeiros “Na admissão perdeu o seu estatuto de independência, tornou-se doente.” (p.59)

Efetivamente, o ambiente que se vive numa urgência, facilmente incita à despersonalização e à desumanização de cuidados. Privilegiam-se procedimentos técnicos em detrimento dos relacionais. Preocupamo-nos com os alarmes dos equipamentos, mas esquecemo-nos da importância do toque ou de umas palavras, enfim de “*pequenas coisas*” com grandes significados. Gomes (2007), também refere a este propósito, que é de “*pequenas coisas*” e da sua implementação na dinâmica dos sistemas de saúde que surge o desenvolvimento e a promoção da saúde.

Prestar cuidados de enfermagem num serviço de Urgência, é considerado por muitos, como uma das realidades mais agressiva da prática de enfermagem. Alminhas (2007) define enfermagem de urgência, como a “prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.”(p.57) Acrescenta ainda, que a enfermagem de urgência é “um misto complexo de capacidades, experiências e de saber personalizado.”

O campo da prestação de cuidados no serviço de Urgência, assume-se como desafiador para o enfermeiro, pois é um contexto de cuidados dinâmico, com grande afluxo

de pessoas e diversidade de problemas e complicações, onde o enfermeiro cuida inserido numa equipa multiprofissional e multidisciplinar.

A admissão da pessoa no serviço de Urgência inicia-se na sala de triagem, sendo aqui utilizado o sistema de triagem de Manchester, um sistema que visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir com o máximo rigor possível, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento, contribuindo ainda para uma melhor gestão do tempo de espera. Realizei alguns episódios de triagem, tendo percebido que apesar de ser um ato breve, é muito complexo e que requiere tanto de raciocínio como de intuição, pois sendo a porta de entrada do serviço de Urgência, a triagem exige do enfermeiro capacidades técnicas mas também humanas no sentido de minorar a ansiedade e de promover confiança e segurança ao doente, o que pressupõe que o enfermeiro da triagem seja um enfermeiro com competências especializadas, devendo este ser considerado um perito na área da urgência.

Contudo, existem pessoas que devido à gravidade do seu estado clínico, são transferidas de imediato para a sala de emergência. Referindo Gomes et al. (2014), estes autores apontam que os motivos de admissão mais frequentes na sala de emergência são as alterações do estado de consciência, a instabilidade cardiovascular e a falência respiratória, o que corresponde ao que vivenciei nesta sala.

A sala de emergência é uma unidade funcional do serviço de urgência, com capacidade para admitir duas pessoas em situação de emergência, em simultâneo.

A admissão de uma pessoa neste espaço implica a imediata incursão da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, em que a equipa de enfermagem, constituída por três elementos, assume um papel preponderante, onde a abordagem ao doente crítico segue a nomenclatura “ABCDE” (A - *Airway*, B - *Breathing*, C - *Circulation*, D - *Disability* e E - *Exposure*), uma ferramenta poderosa na avaliação inicial do doente crítico, uma vez que permite sistematizar os cuidados iniciais, ajudando a focalizar as prioridades na sua abordagem. Apesar da abordagem “ABCDE” preconizar uma atuação sequencial, as suas componentes são abordadas de forma sinérgica e executadas em trabalho de equipa.

Atendendo a estas características e aos cuidados específicos desta sala, aprofundei competências especializadas de enfermagem no atendimento à pessoa em situação crítica, pondo em prática a abordagem “ABCDE”, onde presenciei uma multiplicidade de situações (doentes vítimas de acidentes de viação, AVC, Intoxicação e Fibrilhação Auricular) e atuei de forma coordenada com a equipa multiprofissional de saúde, cujo foco de atenção está no doente em estado crítico. Assim, preparei terapêutica, auxiliei em situações de entubação orotraqueal e ventilação do doente, executei suporte avançado de vida, cateterizei acesso

venoso, realizei alguns transportes intra-hospitalares bem como transferências do doente para outros serviços (Imagiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, sala de Observação ou de Cuidados Especiais, encontrando-se estas duas últimas inseridas no serviço de Urgência).

Aprendi com estas experiências que, em situações de atuação imediata é fundamental responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, tendo percebido que tanto a experiência/treino como a atualização de conhecimentos, através de pesquisa de evidência científica, análise, reflexão e esclarecimento de dúvidas, sobre as intervenções praticadas, são pontos chave para o sucesso das mesmas.

Após a estabilização da pessoa em situação crítica, por vezes, ocorre a transferência desta para o SO ou para a sala de Cuidados Especiais, onde identicamente desenvolvi competências específicas em doentes que necessitam de uma maior vigilância, doentes com alterações significativas a nível do seu estado clínico, habitualmente devido a Insuficiência Respiratória, Fibrilhação Auricular, Hipercaliemia, Intoxicação e a doenças associadas ao etilismo (Pancreatite, Gastrite, entre outras).

A observação/avaliação do doente bem como a consulta prévia do plano de cuidados de enfermagem, segundo a CIPE, inserido no processo clínico do doente, foram essenciais no atendimento a estes doentes, pois permitiram-me adequar as intervenções de acordo com os diagnósticos elaborados, como por exemplo: risco de queda, risco de infeção, entre outros.

A permanência nesta área de atuação proporcionou-me treino na deteção precoce de diagnósticos de enfermagem, tendo colaborado na prescrição dos mesmos, no planeamento das atividades e no registo dos cuidados efetuados, em suporte eletrónico ou em suporte papel, sob orientação do enfermeiro tutor.

Identicamente, nesta área de prestação de cuidados, afinei conhecimentos sobre a VNI, uma vez que esta é frequentemente utilizada em alternativa à ventilação mecânica, sendo bem tolerada pelos doentes, favorecendo a eficácia da sua respiração. Esta medida permite colocar o doente mais confortável e melhorar o suporte ao seu trabalho respiratório com melhoria concomitante nas trocas gasosas.

Analisando um trabalho efetuado por Ferreira et al. (2009), estes referem que a VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, evitando desta forma as complicações associadas à entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, sendo eficaz em diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Os objetivos da VNI são a diminuição do trabalho respiratório, o repouso dos músculos respiratórios, a melhoria das trocas gasosas e, nos doentes com doença pulmonar

obstrutiva crónica (DPOC) a diminuição do auto-Peep (*positive expiratory end pressure*). Tem como principais vantagens evitar a EOT, com a consequente diminuição dos riscos associados, nomeadamente infeções nosocomiais e lesão traqueal, evitando o trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal; não sendo necessária sedação, permite ao doente falar, manter tosse eficaz e alimentação oral. É fácil de instituir e de retirar e pode ser efetuada fora de uma unidade de cuidados intensivos. Acarreta, por isso, uma diminuição do tempo de internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos.

Nesta área de cuidados, também desenvolvi competências na atuação em situações de Fibrilhação Auricular, participando na cardioversão elétrica (monitorizando, preparando e administrando fármacos), em doentes cuja farmacologia não era eficaz, bem como aprimorei conhecimentos sobre a Hipercaliemia, pois estas duas situações são deveras frequentes em contexto de urgência.

Porém, nestas salas os equipamentos de monitorização são insuficientes, o que conduz ao estabelecimento de prioridades quanto à utilização dos mesmos. Por sua vez, o facto dos doentes estarem em salas com seis camas, muito próximas umas das outras, limita a preservação da privacidade, para além dos cortinados e dos biombos serem insuficientes.

Devido às distintas características das pessoas que recorrem ao serviço de Urgência, este dispõe de uma grande diversidade de fármacos (analgésicos, antibióticos, ansiolíticos, antiarrítmicos entre outros), alguns acondicionados na *Pyxis* (sistema automatizado de dispensa de medicação) e outros, nomeadamente fármacos para ingestão oral, acondicionados num armário no gabinete de enfermagem. Esta diversidade de fármacos, exigiu-me conhecimentos e precauções nos momentos de preparação, administração, avaliação dos efeitos e deteção precoce de possíveis complicações de modo a exercer cuidados seguros. A administração segura de terapêutica não pode prejudicar o destinatário nem expor o profissional a riscos evitáveis, e os resíduos resultantes desta ação devem ser eliminados em segurança. A segurança com injetáveis inclui práticas destinadas a evitar a transmissão de doenças infecciosas entre um doente e outro, ou entre um doente e um profissional de saúde, e também práticas para evitar incidentes, como por exemplo picada com agulhas (*Centers of Disease Control and Prevention, 2007*).

No serviço de Urgência reparei que a gestão da dor, tem início na área de triagem, onde constatei que o enfermeiro tem oportunidade, por meio de uma escala verbal-numérica, de conhecer a intensidade da dor para além de saber os fatores de alívio e de agravamento da mesma, as estratégias de *coping* já utilizadas pelo doente, as implicações da dor nas suas atividades de vida, se já tomou medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio

da dor e se surtiram efeito. Deste modo, a triagem constitui um dos momentos mais precisos para a avaliação deste parâmetro, até porque as pessoas que recorrem ao serviço de Urgência muitas vezes fazem-no por apresentar dor, quer de foro agudo, quer de foro crónico ou crónico agudizado. Como tal, o alívio da mesma e do sofrimento deverá ser uma das prioridades aquando das intervenções praticadas, não esquecendo que o doente é o melhor avaliador da sua própria dor e o único que é capaz de fornecer com exatidão as características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência.

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2004) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos.” (p.165) Não é um simples reflexo neurológico, é uma experiência perceptual com componentes emocionais e motivacionais importantes.

Salientando as escalas de avaliação da dor, a DGS (Circular normativa nº 09/DGCG, 2003) refere que para mensuração da intensidade da dor, deve ser utilizada uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces.” (p.1) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos e é fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Para além das medidas farmacológicas, outras foram adotadas, nomeadamente os posicionamentos de conforto e a massagem para o alívio da dor, tendo reconhecido que estas medidas são igualmente importantes, pois o doente apresenta uma maior serenidade, o que me levou a certificar que o controlo da dor é essencial no processo de recuperação do doente, sendo a avaliação um item fundamental para uma adequada intervenção terapêutica.

A pessoa em situação crítica não existe sozinha. Tem consigo, maioritariamente, a família, que vivencia alterações, por vezes drásticas e dramáticas dos seus padrões habituais e muitas vezes do seu próprio estado de saúde.

Neste sentido, de acordo com Alarcão (2000), “uma das funções da família é a de suporte dos seus elementos relativamente a pressões externas” (p.91), pelo que, a doença de uma pessoa afeta o funcionamento de toda a célula familiar, provocando alterações comportamentais e emocionais, mudanças nas funções da família e na sua dinâmica.

Uma doença grave, nomeadamente a que represente séria ameaça à vida, pode levar a alterações emocionais e comportamentais mais alargadas, como ansiedade pela incerteza, *stress* e medo resultantes da gravidade da doença ou da emergência de uma complicação.

Podem ainda causar choque, recusa, raiva e isolamento. Estas são reações comuns ao *stress* da doença. Nestes casos, a família vive uma angústia profunda, e necessita ela própria do conforto de alguém que a escute e apoie. Daí a importância do apoio transmitido pela equipa de saúde (Almeida, 2005; Phaneuf, 2005; Potter & Perry, 2006).

Como forma de apoiar a família Phaneuf (2005), definiu como estratégia: a inclusão da família nos cuidados. Para a autora, a participação nos cuidados, em tarefas simples como ajudar a alimentar-se por exemplo, ajuda a diminuir os sentimentos de impotência. O facto de lhes ser permitido participar, permite-lhes desculpabilizarem-se por estarem bem de saúde, incapazes de fazer qualquer coisa de útil enquanto um dos seus entes queridos está em sofrimento.

A Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2011), consagra na alínea 13^a que “As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afetivo que podem dar “entes significativos” para o doente.” (p.11) Sendo o enfermeiro, o profissional que passa mais tempo com o doente, estando presente desde o momento da admissão até à alta, deve orientar e ajudar a família envolvendo-a nos cuidados e despistando precocemente sinais de mau estar ou insegurança.

Quando as famílias constatarem que o doente vai permanecer por algum tempo no serviço de Urgência, vivenciam sensação de descontinuidade e impotência, face ao decurso dos acontecimentos. Esta rutura brusca desencadeia reações emocionais diversas, de sofrimento, dor, medo de perda e medo do desconhecido, ansiedade e desespero. São momentos emocionalmente fortes que desencadeiam comportamentos para os quais os enfermeiros devem estar preparados no sentido de dar o apoio adequado, pois é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar à família. É responsabilidade do enfermeiro que cuida de uma pessoa em situação crítica o apoio e acompanhamento à família. E este apoio deve ser realizado, e foi realizado por mim durante este estágio, de uma forma calma, ao “*ritmo*” da família se possível num ambiente acolhedor e em sala própria que, infelizmente não existia.

Com esta experiência aprendi que dar apoio à família exige do enfermeiro conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo, tendo sentido que este processo nem sempre é fácil, mesmo para os profissionais de enfermagem mais experientes.

Quanto ao doente, como enfermeira orientei sempre a minha conduta no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, crenças, individualidade, e quando me deparei com doentes inconscientes e que não podiam comunicar, em situações de emergência ou falência orgânica a minha forma de agir era idêntica, tendo em vista sempre o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade. Contudo, percebi que em

situações de curta permanência de doentes e de profissionais no serviço de Urgência, gera-se alguma impessoalidade, o que dificulta a relação entre ambos e conseqüentemente a desejada humanização dos cuidados de saúde.

O relacionamento humano, é uma forma de cuidar que envolve valores, intenções, conhecimentos, empenho e ações, bem como habilidades de comunicação e comportamentais. É o que caracteriza a relação de ajuda que se estabelece entre enfermeiro e o doente, num contexto de prestação de cuidados (Watson, 2002). Na mesma perspetiva, Parracho et al. (2005), consideram que a relação é a essência dos cuidados de enfermagem, só através de uma boa comunicação e de relação de ajuda, se pode estabelecer o elo de ligação com o doente e a família/ ou pessoa significativa e a comunidade. Como tal, no serviço de Urgência, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica, pois como refere Peplau (1992), a relação terapêutica é uma ferramenta própria do cuidar em enfermagem, centrada nas relações interpessoais, entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, potencializando o crescimento e desenvolvimento, dos intervenientes, num processo dinâmico.

Outro ponto importante, e no qual o enfermeiro assume um papel muito ativo é no acompanhar a morte e na transmissão de más notícias. Nestas circunstâncias, o enfermeiro deve ser detentor de competências comunicacionais, utilizando linguagem adequada à compreensão do doente, e relacionais de modo a aliviar a dor e acompanhar o outro na morte ou no luto. Ao participar neste processo, compreendi que o mesmo é complexo, tanto para o doente e família como para o enfermeiro, pois nem sempre o enfermeiro se sente preparado para comunicar más notícias nem falar sobre o paradigma Morte. Para além disto, se acrescenta a visão do enfermeiro de urgência na luta contra a morte, implementando ações de tratamento e cura, corroborando Rees et al. (1983, citado por Saraiva, 2009),

o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte (p.7)

Sem dúvida vários eixos de ação se entrecruzam no exercício do enfermeiro de urgência e lhe exigem uma multiplicidade de competências.

Após a abordagem e estabilização, iniciados no serviço de Urgência, alguns doentes necessitam de ficar internados na UCIP, no Hospital Dr. ° Nélio Mendonça. Esta unidade está vocacionada para o atendimento de doentes com diversas patologias características e tratamentos, sendo constituída por uma grande diversidade de suporte tecnológico,

permitindo monitorizações avançadas e constantes do doente. A sobrevivência de uma pessoa com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, bem como dos recursos humanos (equipa) que caracterizam a qualidade do serviço, assim a equipa de enfermagem é “crucial na qualidade de curar, tratar e cuidar em cada UCI.” (Silva & Lage, 2010, p.4) Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo um planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando a eficácia e a eficiência (Silva & Lage, 2010). Desde a entrada do doente até à sua saída, existe um grande trabalho de equipa multidisciplinar, para que o doente se restabeleça o mais rápido possível e com o menor número de lesões permanentes, contudo, por vezes não é possível reverter o estado crítico do doente.

Durante o período de estágio na UCIP, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com diversas patologias (como por exemplo: patologia cardíaca, respiratória, entre outras) assim como a doentes politraumatizados, em choque séptico e em doentes provenientes do Bloco Operatório. Ao lidar com estes doentes, aprimorei cuidados técnicos de alta complexidade (avaliação da PVC, entre outros) e, percebi que a aquisição e mobilização de conhecimentos são fundamentais para a compreensão e resolução de problemas, indo ao encontro dos descritores de Dublin (2004), o que me conduziu à pesquisa científica bem como à consulta de manuais e de protocolos existentes no serviço, para além do diálogo com o enfermeiro tutor e com a restante equipa, incrementando assim as minhas capacidades nesta área de atuação. Neste âmbito, efetuei um processo de enfermagem fundamentado sobre um doente com traumatismo torácico, vítima de acidente de viação, com múltiplas fraturas dos arcos costais e com suporte ventilatório. Este processo, apresentado em sala de aula, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a ventilação, sobre a elaboração de diagnósticos de enfermagem e respetiva planificação de cuidados, de acordo com a CIPE, e sobre determinados procedimentos específicos, nomeadamente aspiração de secreções por meio de um sistema fechado.

Deste modo, confirmei que a formação é deveras significativa, mas também percebi que a prática/experiência dos profissionais de enfermagem é essencial para o sucesso das intervenções praticadas, pois observei que os enfermeiros com mais experiência nesta área de atuação, prontamente antecipam possíveis complicações orgânicas, sendo este fato extremamente importante, especialmente num doente crítico.

Fazendo referência a Benner (2005), em consonância com o modelo de aquisição de competências, estes enfermeiros são designados de peritos. O enfermeiro perito, percebe a

situação como um todo, em virtude das situações reais vivenciadas e assim atua diretamente sobre o problema, sem perder tempo com soluções alternativas ou diversos diagnósticos, conseguindo prever problemas e antecipar ações com assertividade. Ainda segundo a mesma autora, o enfermeiro perito consegue identificar mudanças fisiológicas subtis, reconhecer sinais de choque previamente às alterações hemodinâmicas, podendo deduzir a necessidade de se iniciar uma reanimação. Estas capacidades muito minuciosas advêm de muitas horas de cuidados e de observação direta aos doentes.

Estes enfermeiros são uma referência para os seus pares, sendo muitas vezes elucidativos quanto a determinados procedimentos mais complexos, tais como a prestação de cuidados a doentes ventilados.

Neste contexto, no decorrer do estágio sob a orientação de um enfermeiro perito, concedi assistência ao doente submetido a ventilação mecânica artificial, através do uso do ventilador, permitindo-me aperfeiçoar a manipulação deste equipamento e a prestação de cuidados a este doente. A ventilação mecânica é uma técnica invasiva indicada para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. É um método de suporte da função respiratória, que assume diferentes modalidades e parâmetros em função das necessidades do doente.

A ventilação artificial obriga à presença de um tubo endotraqueal, por via nasal, oral ou por traqueostomia. Em qualquer destas situações, ao desconforto pela presença de um corpo estranho, associa-se a incapacidade de comunicar oralmente, uma vez que o tubo passa por entre as cordas vocais, pelo que o doente não emite sons. O comprometimento da comunicação torna ainda mais difícil ao doente lidar com os desconfortos, e transmitir as suas dificuldades e necessidades aos familiares e profissionais.

A dinâmica ventilatória também é alterada pela ventilação artificial. Há alterações das pressões intratorácicas e os ciclos do ventilador contrariam, muitas vezes, o ritmo fisiológico do doente. Existem diferentes modos ventilatórios, desde modos controlados unicamente pelo ventilador (por pressão ou por volume), a modos ventilatórios mais sincronizados, em que o ventilador adapta os ciclos aos movimentos espontâneos do doente. Sempre que é utilizado o modo controlado há imposição do trabalho ventilatório pela máquina interferindo com os parâmetros fisiológicos, razão pela qual se recorre à terapêutica farmacológica para proporcionar a adaptação do doente ao ventilador. São administrados sedativos a que se associa, em algumas situações, relaxantes musculares para provocar a paralisia dos músculos respiratórios. Nos modos ventilatórios sincronizados a adaptação ao ventilador é mais fácil, pelo que não se recorre à sedação profunda e não são utilizados os

relaxantes musculares. Nem sempre está indicada a ventilação sincronizada, principalmente em fases iniciais do tratamento de doentes com comprometimento grave da função respiratória. No entanto, nos últimos anos tem-se verificado um desenvolvimento e aperfeiçoamento dos ventiladores, o que permite alternativas à ventilação controlada unicamente pela máquina.

Outro aspecto importante a considerar na ventilação artificial, é que o doente fica completamente dependente do equipamento e do profissional de saúde para manter uma função vital, esperando-se da parte do profissional, para além do conhecimento e destreza técnica, a ajuda no sentido de minimizar o mal-estar, por exemplo através de esclarecimentos e informação ao doente.

Ao prestar cuidados a estes doentes, certifiquei que a assistência ao doente ventilado é intensiva, complexa e contínua, iniciando-se antes da instalação do dispositivo ventilatório e terminando com a reabilitação do doente, contemplando um vasto número de conhecimentos em diversas áreas de cuidados, tanto técnicos como humanos. Ainda inserida na assistência ao doente ventilado, encontra-se a preparação de uma unidade para a admissão de um novo doente. Na UCIP, tive oportunidade de limpar, montar e testar um dos ventiladores, o *Bennet 7200*, sob a orientação do enfermeiro tutor, percebendo que os modos ventilatórios mais utilizados são AC, SIMV e a PSV, para além de ter constatado que esta unidade dispõe de diversos ventiladores (*Bennet, Hamilton, Erika, Avea e o Servoi*), sendo o enfermeiro o profissional que prepara e testa estes equipamentos.

As intervenções de enfermagem executadas ao doente crítico compreendem intervenções autónomas e interdependentes, para além dos protocolos padronizados que orientam o enfermeiro nas suas atividades, como por exemplo, protocolos sobre a aspiração de secreções, sobre a drenagem torácica, sobre a monitorização do potássio sérico, entre outros. As ações autónomas efetuadas compreendiam o posicionamento do doente, a adaptação do doente ao ventilador, a manutenção dos parâmetros do ventilador, a manutenção dos alarmes ajustados, a avaliação do estado de consciência e do nível de sedação, a manutenção da permeabilidade da via aérea (aspiração de secreções com sonda de aspiração ou por sistema fechado), a otimização do tubo endotraqueal (posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro, verificação da pressão do *cuff*), o controlo dos sinais vitais, a monitorização cardíaca e respiratória, a substituição do material (filtro e traqueia) e a observação e caracterização dos movimentos respiratórios, não descurando os cuidados de higiene oral e corporal.

No momento da higiene corporal a enfermeira que cuida do doente, deve personalizar o corpo, porque se não o fizer não transmite mais do que meros cuidados impessoais. Por isso, devemos considerar que a realização de cuidados em áreas íntimas, habitualmente cobertas e definidoras da sexualidade, devem assegurar a manutenção da privacidade, sob pena de, se assim não for, se tornar numa provocação e desrespeito pela intimidade e pudor daquele de quem cuidamos. Atendendo a este aspeto, na prática dos cuidados de higiene e noutras intervenções mais invasivas, procurei sempre manter a privacidade do doente, expondo apenas a área corporal necessária aos cuidados, usando biombo como barreira de isolamento e informando o doente sobre o cuidado praticado, estimulando-o a participar no mesmo, quando possível, tendo percebido que o doente fica mais calmo quando é preservada a sua intimidade.

Com o decorrer do estágio, compreendi que doente em cuidados intensivos, confronta-se com perdas ou ameaças de perdas ao longo do internamento. Desde a perda e alteração de funções vitais, até à perda da autonomia. O estado clínico do doente é instável, com disfunção de um ou vários órgãos, pelo que muitas das suas funções vitais só se mantêm com o apoio dos meios técnicos de suporte de vida. É o caso da falência respiratória, cardiovascular, renal e nutricional. As alterações da imagem corporal, aliadas à imobilização, à perda de força e vitalidade, à perfuração do corpo pelos inúmeros tubos, às alterações da sensibilidade, constituem também uma ameaça à perda de identidade. A exposição do corpo perante desconhecidos e a instrumentalização frequente do próprio corpo, a impossibilidade de esconder o que não se quer mostrar, a partilha de um espaço de olhares e de conversas, expõe o que é íntimo e não garante a privacidade. A confusão e desorientação que acompanham certos momentos do internamento, contribuem para a sensação de perda e ameaça. O contacto com o sofrimento dos outros e com o próprio sofrimento, desperta muitas vezes sentimentos de finitude, e a morte é uma ameaça que se mantém sempre presente para muitos dos doentes, embora nem sempre verbalizada.

Estas alterações fazem com que o enfermeiro de cuidados intensivos tenha uma postura interventiva adequada às necessidades dos doentes, humanizando os cuidados.

Fazendo alusão a procedimentos específicos desta unidade, a aspiração de secreções por meio de um sistema fechado foi inovadora, pois não tinha conhecimento acerca deste método de aspiração. A aspiração do Tubo Orotraqueal (TOT) é um dos procedimentos mais comuns em uma Unidade de Medicina Intensiva. Trata-se de um cuidado essencial em ventilação mecânica invasiva, pois o acúmulo de secreções no TOT pode obstruir a passagem de ar pelo tubo, gerando queda da saturação e aumento do trabalho respiratório.

Para além disso, o excesso de secreções no TOT pode ser um agente facilitador de atelectasias e infeções pulmonares.

No entanto, as infeções respiratórias, nomeadamente pneumonias, surgem não só devido à aspiração de bactérias da flora microbiana da orofaringe e do trato gastrointestinal superior da pessoa com doença, mas também devido à inoculação direta através das mãos dos profissionais de saúde ou de equipamentos contaminados. Assim sendo, é imperioso que procedimentos como a aspiração de secreções devam ser realizados apenas quando absolutamente necessários e não por rotina, respeitando todas as normas orientadoras para a sua execução. Pessoas com doenças e profissionais de saúde devem ser imunizados, mediante vacinação e, acima de tudo devem ter o conhecimento necessário que lhes permita adotar medidas preventivas e de interrupção da transmissão dos microrganismos (American Thoracic Society, 2005).

Relativamente aos sistemas de aspiração, o sistema aberto de aspiração envolve a desconexão do tubo do ventilador mecânico e a introdução de uma sonda descartável no TOT. O procedimento deve ser realizado com o máximo de assepsia. A grande desvantagem do sistema de aspiração aberto está no fato de que é necessária a desconexão momentânea do suporte ventilatório para a introdução da sonda de aspiração. Além disso, podem ocorrer efeitos adversos ao procedimento, tais como distúrbios no ritmo cardíaco, traumatismo da mucosa traqueal, hipoxemia (devido a interrupção da ventilação mecânica) contaminação microbiana (pode acontecer apesar do uso de luva estéril e cuidados para não contaminar a sonda) e desenvolvimento de Pneumonia Associada à Intubação. Por sua vez, o sistema fechado foi desenvolvido para ser uma forma mais segura de aspiração em ventilação mecânica. Consiste numa sonda de aspiração, envolta por uma capa plástica, conectada entre o TOT e o circuito do ventilador mecânico, permitindo que o procedimento seja realizado sem a necessidade de interrupção do suporte ventilatório, garantindo a manutenção da Pressão Positiva ao Final da Expiração (a famosa PEEP – resultando em uma menor perda de volumes pulmonares após a aspiração), para além de ser um método mais prático, fácil de ser realizado por uma pessoa e com menos exposição do profissional à contaminação. Outra particularidade importante é que ao contrário do sistema aberto, no qual todo o material (sonda e luvas) é descartado após o procedimento, o sistema fechado permite que a aspiração traqueal seja repetida diversas vezes, sendo recomendada a troca do sistema após 24 horas de utilização. Efetuando este procedimento aprendi a manipular um novo método de aspiração e constatei que a sua utilização é deveras vantajosa, sobretudo porque mantém, ininterruptamente, o suporte ventilatório do doente.

Outra das técnicas que desenvolvi no estágio estava relacionada com a terapia nutricional, pois o doente ventilado não ingere alimentos por via oral. Esta consiste na administração de alimentos liquidificados ou de nutrientes através de soluções nutritivas com fórmulas quimicamente definidas, por infusão direta no estômago ou no intestino delgado, através de sondas (Neto, 2003). Estes doentes são seguidos pela nutricionista do hospital sendo a sua dieta alterada consoante as suas necessidades. Existe no serviço o protocolo de administração de suporte nutricional, que regula a administração e a progressão das dietas prescritas, consoante a tolerância do doente, permitindo também a atuação autónoma do enfermeiro.

Contudo, averigui que a função do enfermeiro não se limita à administração e controlo da alimentação, inclui também a vigilância de possíveis efeitos adversos, monitorização do conteúdo gástrico, otimização da sonda de alimentação, otimização da máquina de alimentação, substituição dos sistemas de alimentação (substituída a cada 24 horas) e da sonda, entre outros. No decorrer do estágio, tive a oportunidade de participar neste cuidado e de manusear o aparelho de alimentação, fomentando os meus conhecimentos acerca desta intervenção.

Tratando-se de uma unidade polivalente, a diversidade de procedimentos é patente, logo no decurso do estágio assisti à realização de uma traqueostomia percutânea, efetuada pelos médicos desta unidade, e à colocação de um cateter intraparenquimatoso, realizado por um neurocirurgião, para avaliação da PIC.

A opção por se realizar uma traqueostomia depende da situação clínica do doente, mais concretamente da sua necessidade de aporte ventilatório, sendo que a permanência do doente com suporte ventilatório superior a oito dias é motivo de ponderação quanto à realização desta técnica. A traqueostomia percutânea, é um procedimento minimamente invasivo que tem substituído a traqueostomia convencional, devido à facilidade e segurança do método utilizado. A técnica tem demonstrado ser uma opção segura, com baixas taxas de morbilidade e de mortalidade, e aparentemente com menor incidência de complicações tardias quando comparada à técnica convencional cirúrgica, além da possibilidade de ser realizada à beira do leito, sem necessidade de submeter o doente a um transporte de risco até ao Bloco Operatório. Ao assistir este procedimento fiquei com a perceção de que o mesmo é menos agressivo para o doente e de igual modo eficaz.

A colocação de dispositivo para avaliação da PIC na UCIP, a um doente submetido a intervenção cirúrgica craniana, foi outro momento de aprendizagem, pois apesar de estar

habituada a vê-los a serem colocados no intra-operatório, a sua aplicação num contexto diferente suscitou-me curiosidade.

Um dos grandes cuidados com os doentes submetidos a intervenções cirúrgicas do foro neurológico está relacionado com a PIC e, na UCIP estes cuidados mantêm-se, pois, a elevação da Pressão Intracraniana (PIC) reflete-se no fluxo sanguíneo cerebral, podendo este parâmetro ser avaliado através da Pressão de Perfusão Cerebral. A PIC pode variar de acordo com alterações na pressão arterial sistêmica (PA sistêmica), na respiração, na posição determinada pelo doente e também pelo aumento do volume de um ou mais componentes cranianos. Adicionado aos parâmetros clínicos, hemodinâmicos, respiratórios e metabólicos, a monitorização da PIC auxilia e orienta a terapêutica dos doentes neurológicos. A PIC está diretamente relacionada com o volume no crânio. Uma elevação acima do normal pode causar uma redução no fluxo sanguíneo, resultando em isquemia ou lesão estrutural, decorrente de compressão ou de atrito do tecido cerebral com o crânio, causando complicações secundárias.

Todos estes doentes, doentes críticos, necessitam de uma constante vigilância, pois frequentemente têm alterações ou risco potencial de doença ou complicações cardiovasculares, sendo exigido aos enfermeiros competências na avaliação da função cardíaca, bem como de todos os fatores com ela relacionada. O reconhecimento precoce de doentes com patologias potencialmente fatais torna-se essencial para uma atuação eficaz (Silva & Lage, 2010). A vigilância, no doente crítico é realizada de forma constante, sendo auxiliada por uma monitorização contínua. Os registos desta vigilância são essenciais para a prática de enfermagem, uma vez que permitem observar o estado clínico do doente e para que a continuidade dos cuidados seja adequada e bem-sucedida.

Na UCIP a folha de registos de enfermagem é bastante completa, o que permite uma monitorização, vigilância e avaliação precisa do doente. Assim, nesta folha efetuei o registo diário dos parâmetros hemodinâmicos e após observar, apreender e analisar também efetuei registos de enfermagem *on-line*, de acordo com o sistema instituído pelo serviço, onde atualizei o plano de cuidados de enfermagem dos doentes pelos quais estive responsável, tendo aprendido que estes registos são muito importantes para uma intervenção personalizada e antecipatória de prováveis complicações. Os dados registados, advindos da vigilância e da monitorização contínua, são posteriormente utilizados por outros profissionais (essencialmente médicos), auxiliando-os nas prescrições terapêuticas.

Identicamente, as passagens de turno são momentos relevantes, pois nestas ocasiões são transmitidas informações importantes acerca do estado clínico do doente e são discutidas

intervenções e alternativas ao plano de cuidados elaborado para cada doente. Senti que as passagens de turno constituem um momento de reflexão em equipa, de aprendizagem e de transmissão de saberes através dos quais se pretende assegurar a continuidade dos cuidados, por meio da informação verbal. Relativamente ao local das passagens de turno, este está localizado numa área central da unidade, num espaço aberto onde se visualizam os doentes, havendo necessidade de comunicar com tom de voz adequado, pois na passagem de informação reporta-se o direito relativo à confidencialidade e privacidade. É nosso dever a salvaguarda do direito à privacidade e confidencialidade, pois, segundo o artigo 106º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), devemos “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.” (p.84) Neste contexto, encontra-se o sigilo profissional, sendo este um dos deveres mais solidamente afirmados ao longo das décadas na ética profissional da enfermagem, onde para além de ser uma exigência profissional é um factor facilitador do respeito pela intimidade pessoal. Referenciando o Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever do sigilo (artigo 3º, 2010) este expressa que “O enfermeiro encontra-se obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a informação de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão, em respeito pelo disposto no Código Deontológico, no presente Regulamento e nas demais disposições legais aplicáveis.” (p.3) Percebi que o fato de realizarem as passagens de turno numa área central permite que a equipa de enfermagem possa estar toda reunida, pois a visualização dos doentes é contínua e igualmente percebi que os enfermeiros ao transmitirem as informações usam um tom de voz suficientemente audível para aquele local, respeitando-se deste modo o sigilo profissional.

Na UCIP, a maioria dos doentes possui Cateter Venoso Central de 3 ou 5 lúmenes, sendo estes essencialmente utilizados para fluidoterapia, administração de fármacos, sangue e hemoderivados, alimentação parentérica (suporte nutricional que não pode ser administrado com segurança através de cateteres venosos periféricos), monitorização hemodinâmica ou realização de outras técnicas de substituição renal, entre outros.

Relativamente à administração de fármacos, esta inicia-se com uma prescrição *on-line*, assim como o registo da sua administração é feito da mesma forma. Existe um programa informático que permite aos enfermeiros acederem à prescrição da medicação de cada doente e validar a sua administração, o que se verifica em todos os turnos.

Os fármacos encontram-se acondicionados na área de trabalho de enfermagem, onde são preparados, estando identificados por ordem alfabética. Nesta área de trabalho, existe uma tabela de compatibilidade de fármacos, sendo esta verdadeiramente útil, uma vez que os doentes em cuidados intensivos, habitualmente têm em perfusão diversos fármacos, muitas vezes em diferentes vias de acesso, precisamente por não serem compatíveis. Outro aspeto relevante, é o espaço físico destinado à preparação de medicação, que muitas vezes é diminuto. O acúmulo de pessoas num espaço físico pequeno, conversas paralelas, diminuição da atenção e concentração necessária, para a realização da técnica e interrupções frequentes, durante a preparação da medicação, favorecem a ocorrência de erros, por distração. Este aspeto é visível na UCIP, sendo necessário haver organização no momento de preparação de fármacos para que não se verifiquem falhas.

O estágio realizado no serviço de Medicina Intensiva permitiu-me conhecer diferentes protocolos terapêuticos complexos relativos à antibioterapia, drogas vasopressoras, insulinoaterapia, nutrição entérica, reposição sérica do K⁺ e hipotermia induzida, tendo-os aplicado no decorrer do estágio, atendendo às particularidades de cada doente e estando desperta para possíveis complicações, o que me proporcionou acréscimo de competências nesta área. De igual modo, preparei e administrei terapêutica complexa (aminas, fibrinolíticos, cardiotónicos, vasodilatadores, indutores do sono, sedoanalgésicos, entre outros) considerando as recomendações preconizadas com o fim de manter a segurança e de evitar erros, precavendo possíveis complicações danosas para o doente, incluindo a morte.

Considero pertinente referir que notei uma verdadeira preocupação quanto à aplicação correta dos antibióticos, devido à multirresistência, por isso a prescrição e a administração dos mesmos, frequentemente dependia dos resultados das hemoculturas.

Focando a sedação dos doentes, a sua avaliação é feita através da escala de sedação de RASS, que é a mais utilizada na UCIP (outra escala é a de RAMSAY). A escala de agitação e sedação de Richmond (ou RASS, do inglês "*Richmond Agitation-Sedation Scale*") é uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um doente que necessite de cuidados intensivos ou que esteja sob agitação psicomotora. Consiste em um método de avaliar a agitação ou sedação de doentes usando três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que vai de -5 a + 4, sendo que no - 5 o doente é incapaz de ser desperto e no + 4 o doente encontra-se desperto, agitado e por vezes agressivo para com a equipa de saúde. Esta escala permite que os profissionais de saúde possam ajustar os níveis de sedação e controlar a agitação e o delírio, tendo sempre em conta o conforto do doente.

A possibilidade de utilizar esta escala, implementada na UCIP, proporcionou-me a aquisição de alguma prática em áreas que não tinha executado até ao momento.

Como previamente já foi apontado, a dor é considerada o 5º sinal vital, sendo dever do profissional de saúde proceder à sua avaliação, registo, monitorização e controlo. Todavia, a gestão da dor numa unidade de cuidados intensivos é particularmente desafiadora, pois a maioria dos doentes não apresenta capacidade para expressá-la, por estarem entubados, conectados ao ventilador e sob uma sedação profunda. Nestas circunstâncias, a avaliação da dor requer, além de perícia e treino dos profissionais, instrumentos de avaliação adequados, pelo que senti necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica sobre os instrumentos de avaliação da dor, no sentido de aprofundar conhecimentos e de saber qual das escalas seria a mais apropriada para ser aplicada aos doentes críticos, sedados ou ventilados.

A pesquisa efetuada permitiu-me concluir que uma das escalas que melhor se adapta aos doentes críticos, sedados ou ventilados é a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale-BPS*). Uma das vantagens desta escala é o facto de não implicar qualquer verbalização por parte do doente. A avaliação é efetuada pelo profissional de saúde através da análise de itens observáveis, tais como a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica. O *score* varia de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima) pontos. Algumas alterações fisiológicas, nomeadamente o aumento da FC e TA são também indicadores de dor, pelo que a monitorização destes dois parâmetros se revela indispensável nos doentes com dificuldade de expressão verbal. Outra vantagem associada a esta escala é o facto de ter um reduzido número de itens a avaliar e a sua objetividade tornar fácil e rápida a sua aplicação. Porém, esta escala não permite avaliar a dor a doentes tetraplégicos, bloqueadores neuromusculares ou com queimaduras da face. Após discussão das vantagens e desvantagens desta escala com o tutor e enfermeiros da UCIP, foi evidente a preocupação da equipa quanto à avaliação da dor em doentes sedados, pois a avaliação desta não é uma prática muito corrente neste serviço, e não sendo avaliada, corre-se o risco de que não seja tratada corretamente, o que conseqüentemente vai aumentar a ansiedade e sofrimento do doente, levando à diminuição da satisfação dos doentes e dos profissionais. No entanto, estando a equipa ciente de importância do registo da dor, pretende num futuro próximo valorizar mais este aspeto, sendo este um dos projetos que o serviço de Medicina Intensiva pretende concretizar, como anteriormente já foi referido.

Quando os doentes se encontram despertos, quem melhor avalia a dor é o próprio (quem a sofre). Se isso não é possível, e só nessa situação, a avaliação deve ser feita pelo

enfermeiro, médico, outro profissional de saúde, pais ou familiares. Assim, existem dois métodos de avaliar a dor: por autoavaliação (o próprio avalia a sua dor) ou por heteroavaliação (avaliação feita pelo Enfermeiro, Médico, pais ou outra pessoa). A dor ao fazer parte das variáveis subjetivas requer que na sua avaliação, se valorize a percepção de quem a experiencia. Por esta razão, a autoavaliação é o modelo de ouro na sua avaliação.

Apesar da dor ser habitualmente tratada por meio de intervenções farmacológicas, existem métodos adjuvantes e alternativos para o controlo da dor, sendo estes igualmente benéficos, tais como os posicionamentos. Para além desta medida, outras intervenções não farmacológicas (comportamentais e ambientais) compreendem medidas simples, mas igualmente contributivas no combate à dor, nomeadamente o controlo da incidência da luz forte sobre o doente, a diminuição do ruído e a racionalização da manipulação, de modo a salvaguardar períodos de sono e repouso. Identicamente a utilização da música, massagem terapêutica, aplicação de calor/frio assim como o relaxamento são outras abordagens não farmacológicas.

As intervenções não farmacológicas constituem as medidas autónomas levadas a cabo pelos enfermeiros que têm como objetivo prevenir e controlar a dor nos doentes, sendo indiscutível o benefício comprovado de tais intervenções, principalmente quando associadas às medidas farmacológicas em simultâneo.

Assim, durante o estágio na UCIP implementei algumas destas medidas em parceria com o enfermeiro tutor e com os demais enfermeiros e percebi que a aplicação de medidas farmacológicas sem as decorrentes alterações ambientais, sem uma adequada planificação dos cuidados que contemple as medidas não farmacológicas leva ao comprometimento da eficácia analgésica, ou seja, ambas são primordiais no combate à dor.

Outro dos aspetos que considerei interessante foi a preocupação, por parte dos enfermeiros, em administrar analgésicos, previamente à realização de procedimentos geradores de dor (por exemplo: mobilização do doente no leito ou realização de pensos), indo ao encontro do que é referido pela OE (Dor - Guia Orientador da Boa Prática, 2008) “Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.” (p.17) Todas estas experiências levaram-me a refletir sobre o quanto é importante avaliar a dor, especialmente nos doentes que não conseguem expressar, mas que a sentem. Sem dúvida é um desafio para o enfermeiro de cuidados intensivos a avaliação deste sinal vital, particularmente em doentes sedados, no entanto os benefícios advindos do controlo da dor são merecedores de valorização.

A hospitalização por doença grave e consequente internamento em UCI é particularmente difícil para a família pois esta é, frequentemente, uma situação inesperada e imprevista, existe incerteza quanto ao prognóstico e uma forte possibilidade de o doente falecer, esta é então uma situação de crise emocional que rompe o equilíbrio e as rotinas familiares (Esteves, 2012; Kaakinen et al., 2010; Carter & McGoldrick, 1995).

O internamento em UCI é uma vivência *stressante* tanto para o doente como para a sua família, pois implica uma alteração na vida familiar, sendo importante para a família durante a vivência desta situação, a união familiar (Esteves, 2012; Kaakinen et al., 2010).

A relação do doente com os familiares é profundamente alterada. A permanência dos familiares junto do doente nem sempre é possível, na maioria das vezes concretiza-se em períodos curtos.

Quando ocorrem estas mudanças o enfermeiro tem o dever de ajudar os elementos da família a comunicar, tomar decisões, identificar formas de gerir as fontes de *stress*, reduzir dificuldades no desempenho do papel e localizar os recursos necessários (Kaakinen et al., 2010), ou seja, compete ao enfermeiro determinar o efeito da hospitalização na família e colmatar as suas necessidades, desenvolvendo com ela uma relação empática que promova a sua saúde (Hanson et al., 2010). O enfermeiro ao cuidar da unidade familiar diminui a perturbação da família o que permite que esta dê mais apoio ao doente, uma vez que, quando esta é envolvida no processo de cuidar fortalecem-se as relações familiares e o efeito das intervenções é potenciado (Kaakinen et al., 2010). Deste modo, o cuidado centrado na família só é possível se existir responsabilidade e respeito, uma relação de colaboração entre enfermeiro e família, e práticas de avaliação e intervenção familiares credíveis (Wright & Leahey, 2012).

Uma vez que na maioria das vezes os doentes internados em UCI se encontram inconscientes, e logo, incapazes de comunicar, o conhecimento da estrutura familiar é fundamental. Pois é através da família que o enfermeiro conhece o doente, as suas crenças religiosas e espirituais, as práticas culturais o que permite uma prestação de cuidados adaptados às crenças do doente, mas também as relações existentes entre o doente, a família e as pessoas exteriores à família, o que permite identificar fontes de apoio à família na sua rede social (Esteves, 2012; Davidson et al., 2007). Conhecer a estrutura familiar é também particularmente importante quando há necessidade de tomar decisões relativamente à saúde do doente, uma vez que é através da família que se poderá conhecer a vontade do doente (Davidson et al., 2007).

Assim, é importante o apoio emocional da família por parte da equipa de saúde, porém, para que isso aconteça a família tem que sentir segurança e confiança na equipa. A família pode também obter apoio emocional de outras fontes tais como nos outros elementos da família, em Deus, no próprio doente ou noutras pessoas próximas da família (Pardavila Belio & Vivar, 2011).

No serviço de Medicina Intensiva, a equipa de enfermagem, nos momentos de visita, aborda a família indo ao encontro das suas necessidades, aplicando estratégias facilitadoras da comunicação, e promovendo a proximidade entre o doente e a sua família, pois a aparência do doente, diferente da habitual, entubado e conectado ao ventilador com diversas perfusões em curso, desassossega a família, tornando-a um pouco apreensiva quanto ao contacto com o doente, “o clima do meio hospitalar inquieta-os, os aparelhos e os cuidados invasivos confundem-nos, e o sofrimento e as perspetivas do futuro fazem-lhes medo.” (Benner, 2005, p.143) Presenciei estes aspetos no decurso do estágio e compreendi que o diálogo entre enfermeiro e a família/pessoa significativa é primordial, no esclarecimento de dúvidas e na transmissão de alguma tranquilidade em momentos de grande fragilidade emocional. De igual modo, percebi que em situações de luto, a transmissão de tal notícia à família é um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino, pois senti e confirmei que estas situações provocam muito desconforto.

Neste contexto, a comunicação assume um papel de destaque, tanto para os doentes como para a família, uma vez que a comunicação é uma atividade humana básica e essencial à vida, desempenhando um papel de extrema importância em todo o processo de desenvolvimento humano. Como refere Lourenço (2012) “a comunicação é um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro.” (p.22)

Os doentes internados neste serviço, frequentemente têm alterações do estado de consciência ou, ainda que conscientes, estão impossibilitados de comunicar de forma verbal, devido à entubação endotraqueal ou traqueostomia, o que nos leva a desenvolver outras técnicas de comunicação, nomeadamente a compreensão da importância do olhar, do toque, do momento em silêncio partilhado, na certeza de que não é necessário obter uma resposta para comunicar como pedir licença para um dado procedimento ou preservar a sua privacidade e intimidade. As dificuldades de comunicação limitam a expressão de sentimentos pelo doente, o que leva os familiares a sentirem-se impotentes e sem saberem o que fazer, e ao doente pesa a solidão e o isolamento. É também esperado do profissional um

papel de intermediário e de ensino, para promover a relação do doente com a família. As dificuldades têm de ser reconhecidas pelo que “deve haver acesso a apoio psicológico continuado, ao apoio da família, ao apoio da comunidade e à assistência espiritual de acordo com a expressão dos desejos manifestados.” (Santos, 2001, p.247)

A comunicação com os familiares, é um aspeto que se reveste de extrema importância, pois enquanto enfermeiros somos confrontados com todas as preocupações e questões dos mesmos, quanto ao estado do doente e seu familiar. Segundo Phaneuf (2005) a família tem necessidade de informação para “compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É, portanto, normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber conforto e informações.” (p.462) A informação fornecida pelos enfermeiros aos doentes/familiares é considerada como uma componente indispensável na relação entre ambos, no qual a comunicação aberta e clara é primordial para uma interação de sucesso.

No desenrolar deste estágio, desenvolvi competências na assistência ao doente e sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde, respondendo às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, bem como à gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e contribuir para a minimização da ansiedade no doente e sua família/pessoa significativa, tendo aprendido a adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, aperfeiçoando deste modo, habilidades no processo de relação terapêutica.

Focando o estágio realizado no Bloco Operatório de Urgência, estágio de opção, selecionado devido às suas particularidades, serviço inserido numa unidade hospitalar de referência e com elevado número de intervenções cirúrgicas urgentes e emergentes, de diversas especialidades cirúrgicas, este complementou a minha aprendizagem numa área de atuação com grande significado para mim, uma vez que exerço funções como enfermeira peri-operatória num Bloco Operatório Polivalente.

Com o fim de aperfeiçoar competências nesta área de atuação, acompanhei e realizei atividades inerentes às funções de enfermagem na área de anestesia e de circulação em parceria com a enfermeira tutora e com os demais colegas, enriquecendo o meu processo de discência e aprimorando técnicas interventivas numa área que requer empenho destemido de cada profissional.

A enfermagem peri-operatória tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou a uma intervenção invasiva

no Bloco Operatório, assim como à sua família. Segundo a AESOP (2012), a enfermagem peri-operatória pode ser definida como

o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado (pg. 346)

Os enfermeiros especialistas, que exercem funções nesta área, têm como finalidade concederem cuidados de enfermagem resultantes de um conhecimento científico, técnico e humano mais aprofundado, capacitando-os para dar uma resposta mais eficaz e eficiente ao doente.

O Bloco Operatório é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, cuja conceção depende da população a que se destina, das especialidades cirúrgicas que irão intervir cirurgicamente, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para o emprego de cuidados adequados às necessidades.

Por ser tão específico é necessário o reconhecimento de zona reservada, o BO, tem sempre, por norma, as portas de contacto com o exterior fechadas. Será este o primeiro sinal de dificuldade de acesso ou talvez explicando melhor, é uma indicação de que o acesso a este serviço envolve o cumprimento de normas pré-estabelecidas e devidamente justificadas.

O trabalho em equipa é essencial em contexto peri-operatório, devido à natureza tão específica e exigente dos cuidados. A articulação entre os profissionais e suas funções, e a partilha de algumas responsabilidades dos elementos da equipa, é fundamental, de modo a assegurar cuidados seguros, humanos e com qualidade, “A qualidade dos cuidados é indubitavelmente uma necessidade que deve resultar da interação entre humanização e excelência técnicas.” (AESOP, 2012, p.124) Posso referir que este aspeto é visível na equipa do Bloco Operatório de Urgência, no Porto

A anestesia proporciona ausência ou alívio da dor e de outras sensações durante procedimentos desagradáveis, como cirurgias ou exames de diagnóstico. É também uma das mais antigas especialidades de enfermagem nos EUA, onde os enfermeiros foram os primeiros profissionais de saúde responsáveis por prestar cuidados anestésicos. Em Portugal, a equipa anestésica é constituída por anestesista e enfermeiro de anestesia que trabalham em sintonia para proporcionar ao utente cuidados especializados e de qualidade. Não obstante o tipo de cirurgia a que vai ser sujeito, conhecer o utente e todas as suas características como problemas de saúde, idade, alergias e outras, é fundamental para a escolha da técnica e dos cuidados anestésicos a adotar por parte da equipa. Quando se cuida de seres humanos únicos,

não há rotina, há uma constante observação, monitorização, decisão e implementação de medidas para garantir a sua segurança antes, durante e após o ato cirúrgico.

Na área da anestesia espera-se que o enfermeiro mantenha uma observação e vigilância intensivas do doente, despiste sinais e sintomas de complicações e atue em situações de urgência e emergência. A preparação, a experiência adquirida e os conhecimentos do enfermeiro de anestesia são fatores de segurança anestésica, uma vez que conduzem a uma atuação atempada e adequada (AESOP, 2012).

De facto, a rápida evolução das técnicas anestésicas e de monitorização dos doentes, que apresentam uma idade média elevada, frequentemente têm patologias associadas e estão polimedicados, exige de toda a equipa, nomeadamente, do enfermeiro de anestesia, uma atuação eficaz e eficiente, proporcionada pela constante atualização dos seus conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área (AESOP, 2012). Os seus conhecimentos permitem-lhe despistar, evitar e atuar em caso de complicações anestésicas ou de reações medicamentosas e as suas ações visam a manutenção da permeabilidade da via aérea e de uma adequada ventilação, a vigilância e interpretação dos sinais vitais, a integridade física do doente e o seu apoio psicológico (Pinheiro, 1993).

Assim, no decurso do estágio, testei o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos referentes à anestesia (material de entubação endotraqueal, sistema de ventilação manual e/ou mecânica, aspiradores e monitores), preparei os fármacos anestésicos segundo indicação do anestesiolologista, recebi e confirmei a identificação do doente durante o *transfer* para a sala operatória, verifiquei se o doente tinha algum tipo de próteses ou implantes, de drenagens e qual a sua permeabilidade, averigui com o enfermeiro do internamento/urgência as condições psicológicas e físicas em que o doente se encontrava, despistando fatores de risco anestésico e cirúrgico, confirmei se foram efetuados os exames complementares de diagnóstico e se havia informações pertinentes, confirmei o jejum e despistei alergias e colaborei no *transfer* do doente, proporcionando conforto e correto posicionamento na marquesa operatória, respeitando a sua dignidade.

No momento da indução e da manutenção anestésica, colaborei na correta monitorização e vigilância cardiorrespiratória e verifiquei o nível de consciência (algumas vezes por meio da aplicação do BIS – *brain function monitoring systems*) e verifiquei a permeabilidade do cateterismo venoso periférico. Também, participei na assistência ao médico anestesiolologista na manutenção da anestesia e na reversão da mesma, bem como na colaboração da realização de técnicas de monitorização invasivas, caso fossem necessárias, como por exemplo colocação de cateter venoso central.

De igual modo, colaborei no controlo do balanço hidroeletrólítico, providenciando o máximo de conforto e privacidade ao doente, descrevi ao doente qualquer estímulo que poderia experienciar na indução anestésica de forma a minimizar a sua ansiedade, colaborei no correto posicionamento do doente, de modo a evitar lesões músculo-esqueléticas e nervosas, vigiei a permeabilidade das vias endovenosas (periféricas e centrais) e arteriais, mantive-me atento no decorrer da anestesia, manuseando e controlando o material e o equipamento utilizado, correspondendo às solicitações do anestesiológista, para assegurar o nível máximo de segurança do doente.

Ainda nesta área, vigiei as quantidades de solutos aspirados, a drenagem gástrica e a drenagem vesical, o campo cirúrgico e colaborei no registo dos balanços, efetuei os registos de enfermagem, documentando as diversas ocorrências verificadas durante o ato anestésico, colaborei no *transfer* do doente para a cama da UPA (Unidade Pós-Anestésica) com total segurança, minimizando possíveis riscos inerentes e acompanhei a saída do doente da sala operatória até à UCPA onde transmiti ao enfermeiro desta unidade todas as ocorrências pertinentes durante o ato anestésico.

No Bloco Operatório de Urgência, posso referir que em termos anestésicos, para além das atividades anteriormente citadas, surgem frequentemente doentes com necessidade da realização de indução de sequência rápida, e por vezes com vias áreas difíceis sendo necessário recorrer a material específico como a Lâmina de Laringoscópio *McCoy*, *Frova* (condutor) ou mesmo a *FastTrach* (máscara laríngea usada em situações de emergência para permeabilização da via área, permitindo o controlo da ventilação e a passagem de tubos endotraqueais - 6mm a 7,5mm - através do seu lúmen) para se efetuar uma entubação orotraqueal. É vital para o doente, que os profissionais de saúde conheçam e saibam manipular este material, do carro de entubação difícil, pois a Via Aérea é o A da abordagem “ABCDE” do doente emergente, ou seja, sem estar estabelecida a via aérea o doente entra em falência multiorgânica. Participei nestas intervenções e constatei que a equipa prevendo a necessidade de material mais específico para a permeabilização da via área, prepara-o atempadamente, ou seja, antecipa-se no sentido de ter uma atuação imediata e eficaz.

Através destes procedimentos, complementei os meus conhecimentos na área de anestesia e aprendi distintas estratégias de atuação à pessoa em situação crítica, tendo percebido que apesar do método de trabalho ser diferente do que estou habituada, os princípios são os mesmos.

Quanto ao enfermeiro circulante, este tem atribuições específicas de responsabilidade na segurança do doente, da equipa cirúrgica e do ambiente, na prevenção da infeção, na gestão organizacional da sala de operações e do risco inerente ao BO (AESOP, 2012).

Segundo as “Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante” da OE (2004), o seu foco de atenção assenta nas necessidades do doente cirúrgico e tem atribuições próprias na redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no BO, na promoção da segurança do doente e dos profissionais e no suporte necessário à qualidade da cirurgia, relativamente ao ambiente. Assim, o enfermeiro circulante zela pela manutenção da cirurgia dentro e fora da sala, numa perspetiva de bom funcionamento, para que nada falte ao enfermeiro instrumentista, ao cirurgião e ajudantes e à equipa de anestesia, assegurando, deste modo, a satisfação das necessidades do doente (Pinto, 1990).

Nesta área, colaborei na preparação do material e do equipamento necessários à cirurgia, providenciei os dispositivos necessários para a manutenção da temperatura corporal do doente, cumpri com as regras da técnica assética cirúrgica (efetuando a circulação na sala operatória de modo a evitar a contaminação do material cirúrgico estéril), colaborei com a equipa cirúrgica na colocação da roupa estéril (bata e luvas), colaborei na desinfeção da pele (expondo o doente o mínimo possível) e na colocação dos campos cirúrgicos, liguei os dispositivos médicos estéreis a equipamentos não estéreis, mantendo a assepsia dos mesmos e verificando a sua funcionalidade.

Identicamente colaborei no posicionamento dos focos de iluminação (*pantoff*), forneci os dispositivos médicos necessários à intervenção cirúrgica, antevendo as necessidades (compressas e suturas, luvas cirúrgicas, entre outros), verificando a esterilização, a validade e o estado do invólucro dos mesmos, providenciei a limpeza do derramamento de solutos ou líquidos orgânicos, colaborei com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, dos instrumentos e do material perfurante (agulhas, lâminas, entre outros), colaborei com o enfermeiro instrumentista na elaboração do penso cirúrgico, acondicionei adequadamente as peças para a anatomia patológica, citologia, microbiologia ou outros exames, registei em folha de enfermagem de circulação as informações acerca dos cuidados executados e colaborei na transferência do doente da marquesa operatória para a cama, auxiliando o enfermeiro de anestesia no transporte do doente para a UCPA.

Sempre que senti necessidade, efetuei pesquisa bibliográfica acerca de determinados procedimentos/materiais utilizados, como por exemplo, sobre o afastador abdominal “*Alexis*” – protetor/retractor de feridas que proporcionam 360° de retração circunferencial e atraumática, tendo fomentando conhecimentos à minha aprendizagem.

Nesta área de intervenção, confirmei e senti que é importante e fulcral nas situações de urgência/emergência o estabelecimento de prioridades, tendo vivenciado, com alguma frequência, estas situações, como por exemplo doente com hemorragia interna ativa, sendo necessário disponibilizar material e equipamentos que permitam a incisão do local a intervencionar, e material hemostático, sempre atendendo à manutenção da técnica asséptica. No entanto, a natureza urgente/emergente da intervenção cirúrgica, não deverá justificar a desvalorização de sentimentos como a ansiedade e medo dos doentes, que nestas situações, são maiores, pelo que também deve ser uma prioridade da equipa de enfermagem.

Relativamente aos registos de enfermagem, colaborei nos registos peri-operatórios (efetuados em impresso próprio), evidenciando os cuidados prestados pela equipa cirúrgica e os resultados obtidos, no registo da Cirurgia Segura (programa *SCLínico*) preconizada pela OMS em 2009, com o fim de se evitarem prováveis erros que possam ocorrer em ambiente cirúrgico, assim como no débito do material consumido (de anestesia e de cirurgia), efetuados *on-line*.

Salientando a Cirurgia Segura, através de um gesto simples,

como a mera verificação de uma lista (Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica) enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente, numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade (DGS, circular normativa n.º 16/DQS/DQCO, 2010 p.1).

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura é uma nova ferramenta na gestão do risco dentro do BO, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados, tendo compreendido que esta lista é, sem dúvida, uma mais valia na segurança dos cuidados.

Neste serviço, nos registos de enfermagem, o processo de enfermagem ainda não se encontra integrado, mas como em qualquer área de cuidados de enfermagem, a enfermagem peri-operatória organiza os seus cuidados através desta metodologia científica própria, por isso nas suas intervenções, os enfermeiros percorrem as várias fases que orientam o agir em Enfermagem, nomeadamente a identificação dos problemas de saúde, a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta, a formulação do diagnóstico de Enfermagem, a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de Enfermagem, a execução correta e adequada dos cuidados de Enfermagem necessários e a avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (Art.º 5º do REPE, OE, 2015).

Contudo, é do interesse desta equipa que num futuro próximo o processo de enfermagem esteja incluído nos registos peri-operatórios, pois no período peri-operatório, o

processo de enfermagem é uma parte integrante dos cuidados de saúde que, com base num raciocínio científico, permite organizar os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes. A partir do momento em que o doente toma a decisão de se submeter à cirurgia é importante e essencial que o enfermeiro identifique os problemas reais e potenciais no peri-operatório (Ferrito, 2014).

No BOSU, dado as suas características, diariamente deparei-me com situações urgentes/emergentes e mobilizando os conhecimentos teóricos/práticos identifiquei focos de instabilidade, como por exemplo Hipotensão derivada de hemorragia intra-abdominal, e respondi de forma pronta e antecipatória executando cuidados técnicos de alta complexidade (preparando material para procedimentos invasivos – Cateter Central e Linha Arterial) dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica em parceria com a enfermeira tutora e com a restante equipa. Toda esta experiência proporcionou-me treino em atuações imediatas, sendo uma mais valia para a minha prática clínica diária.

Quanto à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, no decorrer do estágio, tomei conhecimento dos fármacos mais utilizados/usuais nos diferentes tipos de anestesia (Geral, Loco-regional, Local e Sedação ou Sedoanalgesia) e em caso de dúvida, para além de dialogar com os colegas, efetuei pesquisa bibliográfica sobre os mesmos, como por exemplo sobre o Metoprolol (fármaco da classe dos betabloqueadores utilizado no tratamento de várias doenças do sistema cardiovascular).

O Bloco Operatório de Urgência dispõe de um local próprio para o acondicionamento dos fármacos, encontrando-se alguns acondicionados no frigorífico (relaxantes musculares), numa área próxima das salas operatórias. No que diz respeito aos estupefacientes, conheci o local do seu acondicionamento (encontram-se num armário fechado, no gabinete multidisciplinar), colaborei na contabilização e no registo diário dos mesmos (em impresso próprio) e constatei que a sua requisição implica o consentimento por escrito do diretor do serviço, neste caso de um cirurgião.

A gestão da terapêutica está sob o domínio do enfermeiro com competências na área de anestesia, o que implica conhecimentos em relação às várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e métodos de monitorização (AESOP, 2012). Cabe-lhe, portanto, preparar todo o material necessário para anestésiar o utente em segurança (fármacos para a indução, manutenção e reversão anestésica; material de entubação oro traqueal, condutor, pinça de *Maguil*, entre outros), antevendo qualquer necessidade de material para uma emergência anestésica, como no caso de uma entubação difícil. Ao colaborar com os enfermeiros,

confirmei que a gestão dos fármacos implica conhecimentos e cumprimento de regras no que diz respeito à sua utilização, especialmente se forem estupefacientes.

Num contexto cirúrgico, mais precisamente no Bloco Operatório de Urgência, a avaliação da dor constitui um parâmetro fundamental na avaliação clínica do doente, especialmente quando este é admitido nesta unidade de saúde.

No momento do acolhimento, efetuado por um enfermeiro destacado para tal função, já se inicia o processo de avaliação da dor, pois o enfermeiro ao admitir o doente tem a preocupação de saber, por meio de uma escala verbal-numérica, se o doente tem dor e/ou se já fez algum analgésico. Por vezes esta informação também é transmitida pelo enfermeiro que acompanha o doente até ao BOSU.

No intra-operatório, os doentes frequentemente encontram-se sob o efeito de anestesia geral, entubados e conectados ao ventilador, sem capacidade para expressar a dor, cabendo aos profissionais de saúde (anestesiologista e enfermeiro de anestesia) a capacidade de avaliá-la, sendo este cuidado um aspeto muito ponderado, pois o período peri-operatório tem associada a si, uma dor intrínseca – dor peri-operatória - presente no doente cirúrgico, independentemente da idade, causada por doença preexistente, pela intervenção cirúrgica, ou a conjugação de ambas.

Para atuar sobre a dor, é necessário primeiro avaliá-la. Assim, no intra-operatório, o tipo de cirurgia, o tempo da intervenção cirúrgica, os antecedentes do doente em relação ao limiar da dor, o uso habitual de analgésicos e as alterações hemodinâmicas significativas, são fatores considerados na avaliação da dor no intra-operatório. Não existe uma escala própria de avaliação, mas atendendo ao que anteriormente foi mencionado, no decorrer da cirurgia são administrados analgésicos, assim como no término da mesma, conforme as queixas manifestadas pelo doente.

Habitualmente, pretende-se que o doente desperte com o mínimo de dor possível, por isso este cuidado é muito considerado, pois a presença da dor condiciona a recuperação do doente. Da minha experiência, enquanto profissional nesta área, posso mencionar que o controlo da dor no intra-operatório é fundamental para um pós-operatório mais sereno, o doente permanece mais estável e o despertar da anestesia é quase como um acordar de um sono tranquilo, sendo este aspeto muito benéfico para o doente e satisfatório para o profissional de saúde.

Quanto aos meios utilizados no combate à dor severa, verifiquei a presença de cateter de Epidural em cirurgias major, como por exemplo Duodenopancreatectomia e tomei conhecimento de que os *DIBs (Drug Infusion Ballon)* não existem no serviço, mas quando

são necessários solicitam à UCPA (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos), localizada no 5º Piso, sendo utilizados na analgesia através do cateter Epidural. Os *DIBs* constituem um meio muito eficaz no controlo da dor, especialmente no pós-operatório, pois trata-se de um dispositivo que debita continuamente analgésico (Tramal, Nolotil ou Morfina), muitas vezes associado a um antiemético (Droperidol), para a corrente sanguínea, através de um cateter venoso, durante cerca de 30H ou 50H, conforme o que se pretende utilizar.

Igualmente no intra-operatório, são utilizados procedimentos não farmacológicos, para o alívio da dor, entre os quais se destaca o correto posicionamento na marquesa cirúrgica, com o fim de se evitar lesões musculares e nervosas e a utilização de colchão de gel, sob o doente, durante a intervenção cirúrgica, permitindo um maior conforto.

No decorrer deste estágio tive oportunidade de gerir a dor em doentes com e sem capacidade de comunicação, através dos quais cimentei competências quanto à identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, tendo colocado em prática os conhecimentos adquiridos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual em resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e certifiquei que a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, no combate à dor, são indispensáveis no seu controlo.

A necessidade de uma intervenção cirúrgica é invariavelmente uma fonte de *stress* e de incerteza para o doente e sua família/pessoa significativa. É comum os doentes referirem ansiedade por temerem situações embaraçosas, invasão da privacidade, dor, complicações operatórias ou até morte.

A aquisição de competências neste domínio implica saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo doente e ser capaz de facilitar os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte. Tal requer o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente/família, sabendo gerir a comunicação interpessoal que a fundamenta. Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica são essenciais, selecionando, utilizando e avaliando o processo de relação de ajuda, e reconhecendo o seu impacto junto do doente/família que vivencia a situação.

A assistência da pessoa em situação crítica e da sua família/pessoa significativa no Bloco Operatório de Urgência, habitualmente é efetuada pelo enfermeiro que se encontra no acolhimento, totalmente disponível para este ato, sendo este aspeto de enaltecer, pois a sua disponibilidade para acolher o doente e sua família/pessoa significativa é representativo do valor que se atribui à humanização dos cuidados. Perante o que observei, senti imensa satisfação e constatei que numa área tão técnica a dimensão humana pode ser evidenciada

através do destacamento de um enfermeiro com disponibilidade total para o acolhimento. Este aspeto, para mim, foi sem dúvida uma aprendizagem, pois notei que a presença deste enfermeiro é crucial numa abordagem holística ao doente cirúrgico.

Uma pequena conversa informal e o elucidar de algumas dúvidas e receios no momento da transferência da cama para o interior do serviço foi, por vezes, o suficiente para o doente demonstrar níveis de ansiedade diminuídos. Os receios, por vezes, estão relacionados com a família e a sua preocupação, não é só com eles próprios, mas também com os seus entes queridos, que aguardam ansiosos pelo fim da cirurgia, assim o enfermeiro procura estabelecer com o doente e com a sua família/pessoa significativa uma relação de empatia, uma relação de compreensão, onde perante as questões formuladas transmite as informações necessárias e de forma adequada, aplicando estratégias facilitadoras da comunicação, ocasionando tranquilidade a estas pessoas que se encontram numa situação de grande fragilidade.

Nesta fase do acolhimento, o enfermeiro também tem em atenção o consentimento informado, isto é, a autorização da pessoa para que lhe seja prestado determinado cuidado proposto, após lhe ter sido fornecida a informação necessária sobre o como, o porquê, os resultados pretendidos, para que a pessoa possa decidir com a informação e compreensão para a decisão (Martins, 2008).

De acordo com o Estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo (e a família), no que respeita aos cuidados de enfermagem, de respeitar, defender e promover o seu direito ao consentimento informado, de atender com responsabilidade e cuidado todos os seus pedidos de informação ou explicação, em matéria de cuidados de enfermagem e de informar sobre os recursos a que pode ter acesso e forma de os obter. Os enfermeiros têm, assim, o dever de informar os doentes e obter o seu consentimento para a realização de intervenções de enfermagem.

Qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada, após a pessoa ter dado o seu consentimento de forma livre e esclarecida, tendo sido previamente dada a informação adequada e podendo revogá-lo a todo o momento. O enfermeiro que, na sua intervenção interdependente, se aperceba que o doente não prestou o consentimento escrito deve abster-se de intervir, providenciando o cumprimento do processo de obtenção do mesmo, em respeito pelo direito de autodeterminação do doente ou seus representantes legais (Cerdeira, 2008).

Uma vez que as cirurgias efetuadas neste serviço são de carácter urgente/emergente, a atenção que tem de ser dispensada a este doente e à sua família tem uma dimensão

diferente, visto que estas cirurgias sucederam de forma imprevista na vida destas pessoas, tornando-as emocionalmente vulneráveis, com sentimentos de angústia e de medo perante algo inesperado. Neste sentido, observei e percebi que o enfermeiro na admissão do doente, quando não emergente, procura proporcionar um ambiente tranquilo, permite a presença de um familiar com o fim de minimizar a ansiedade e, em situações de cirurgia pediátrica facultada a presença de um dos pais na sala operatória até ao momento da indução anestésica, mantendo-se assim os laços efetivos.

A humanização dos cuidados é então visível nesta área de atuação, devendo ser esta uma meta que todos os enfermeiros deveriam empenhar-se em atingir. Humanizar implica mudança de atitudes de todos, os que prestam cuidados de saúde e aqueles que trabalham nas instituições de saúde contribuindo para a plena satisfação dos doentes - que pode ser cada um de nós. A pessoa é um ser único e complexo, com uma personalidade altamente diferenciada que afeta os comportamentos e atitudes daqueles com quem partilha a sua vida, sendo igualmente afetado e influenciado por esses bem como pelo ambiente que o circunda. Sendo isto verdade, as instituições de saúde precisam cada vez mais de apostar em atingir um elevado aperfeiçoamento técnico sem descuidar o aspeto humano dos cuidados.

O cuidar do enfermeiro, no serviço de Bloco Operatório de Urgência, não se esgota em competências técnicas, são também as competências relacionais fatores conducentes a potenciar a qualidade interventiva do enfermeiro. No entanto, na grande maioria das vezes a aplicação destas competências torna-se extenuante, pois o elevado número de doentes admitidos num curto espaço temporal e a sua curta permanência neste serviço são fatores condicionantes ao sucesso da relação enfermeiro/doente/família.

Um dos aspetos dos cuidados humanizados está relacionado com a comunicação, os enfermeiros que prestam cuidados na área do peri-operatório devem ter desenvolvidas capacidades de comunicação verbal e não verbal. Através da comunicação verbal, o doente que se encontra num momento de maior tensão transmite as suas emoções, sendo da competência do enfermeiro estar atento e intervir nessas situações em que o doente necessita de maior apoio e de uma escuta ativa. A comunicação não verbal não pode ser menosprezada e colocada em segundo plano. Nesta altura de maior tensão, esta poderá ser mais eficaz e necessária: “o toque, o olhar, o silêncio, a presença” podem ser mais fortes do que qualquer palavra e estabelecer-se assim uma comunicação adequada.

Indo ao encontro do que foi mencionado, Pereira (2008) revela que “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que

ocorrem.” (p.18) E é através da comunicação que se obtém esta partilha de informação, tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A comunicação possibilita, assim, a interação entre o enfermeiro e o doente/família, proporcionando o estabelecimento de um relacionamento humano que permita atingir os objetivos dos cuidados de enfermagem.

Desta feita, no decurso do estágio acompanhei a enfermeira tutora e outros enfermeiros no acolhimento da pessoa em situação crítica e sua família, tendo aprimorado esta competência, procurando estabelecer com o doente e sua família/pessoa significativa uma comunicação adequada, utilizando termos perceptíveis, e respeitando as crenças e valores do doente e da sua família. Constatei que tanto o doente como a família/pessoa significativa ficam mais serenos após o esclarecimento sobre determinados procedimentos e dúvidas existentes.

Inserido nesta temática, tomei conhecimento de que o hospital dispõe de um serviço de Humanização, constituído sobretudo por elementos voluntários, que concedem apoio aos doentes por meio do diálogo, através da oferta de uma refeição ou até mesmo acompanhando-os durante a realização de um exame complementar de diagnóstico. No entanto, segundo o que me foi transmitido, não existe no hospital um serviço que estabeleça a comunicação entre os familiares, ou seja, muitas vezes os doentes são encaminhados para o Hospital de São João, provenientes de outros hospitais da periferia, mas este não comunica com a família sobre o seu familiar havendo uma falha de informação sobre a localização e estado clínico do mesmo, o que produz ansiedade, tanto no doente como na sua família/pessoa significativa.

Apesar de tudo, considero relevante a presença deste serviço no hospital, pois o apoio que presta aos mais necessitados constitui um ato de humanização deveras importante, promovendo tranquilidade e segurança.

O aprofundar de conhecimentos nestas diferentes áreas de atuação e em contexto de urgência/emergência, proporcionaram-me mais segurança e aptidão para a execução de atividades complexas a pessoa em situação crítica.

1.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação

O aumento da população a nível global e a ininterrupta urbanização, com o aumento do número de pessoas que vivem em espaços cada vez mais limitados, simultaneamente com

o aumento da circulação de pessoas a nível mundial, oriundo do turismo e da migração, e a produção, transporte e uso de materiais perigosos, que incluem substâncias radioativas são fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multi-vítimas, para além das catástrofes provenientes da própria natureza. Identicamente o aumento do terrorismo a nível global contribui para o aumento dos receios de uma situação semelhante.

Como tal, torna-se necessário ter conhecimento sobre os planos de catástrofe ou emergência preconizados para determinada Instituição/Serviço, no sentido de poder colaborar na resposta concreta perante pessoas em situação de emergência multi-vítimas.

O objetivo máximo perante estas situações será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que tal possa ser atingido são necessários dois pontos: a relocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento. O principal receio numa situação destas será sempre o de os recursos disponíveis serem insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá comprometer a prestação de cuidados de saúde com a consequente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes, situação que não se verificaria caso os recursos fossem suficientes (Lennquist, 2012).

Nestas circunstâncias, a formação dos profissionais de saúde, particularmente os que exercem funções em ambientes urgentes/emergentes, assente em temáticas que promovem um melhor desempenho nestas situações é crucial, para que as intervenções praticadas ocorram de forma ordenada, sem omissões e facilitadoras da recuperação. Ciente da importância da formação, em novembro do ano 2016, frequentei o curso MRMI (*Medical Response to Major Incidents*), onde como participante ativa em exercícios de simulação de catástrofe obtive competências na triagem, na tomada de decisão e na atuação perante situações de tal dimensão.

Nos diferentes campos de estágio tive oportunidade de conhecer os planos de catástrofe delineados, mas no serviço de Urgência senti uma autêntica preocupação quanto a este aspeto, talvez por este serviço ser a porta de entrada de todos doentes, é o primeiro a recebe-los, sendo por isso fundamental que esteja bem organizado com o fim de ter uma atuação pronta e eficaz em condições adversas. Como tal, o serviço de Urgência dispõe de

uma área, localizada na sala de emergência, onde se encontra um *stock* de material essencial para a atuação imediata, como por exemplo, *Kits* para colheita de sangue.

Posso referir que no decurso dos estágios não estive perante nenhuma situação de catástrofe, mas tomei conhecimento sobre os protocolos existentes nos diferentes serviços e, como anteriormente já foi referido, notei que o serviço de Urgência está preparado para atuar perante estas situações.

1.2.3. 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.

Com esta competência, pretendo maximizar intervenções na prevenção e no controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, atendendo à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista (Regulamento nº 124/2011 - Competências específicas do enfermeiro especialista).

Espera-se do enfermeiro uma atuação eficaz na prevenção e no controlo da infeção, pois nos múltiplos contextos de atuação o risco de infeção encontra-se presente, quer devido à complexidade das situações quer devido à diferenciação dos cuidados, onde por vezes necessitam de recorrer a procedimentos invasivos, sendo estes facilitadores na aquisição de infeção.

Indo ao encontro desta temática a DGS, emitiu uma norma (norma nº 029, 2012) acerca das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) dirigida aos dirigentes de instituições de saúde, mas também aos profissionais de saúde. Nesta norma, os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde, devem garantir a existência de sistemas e recursos que facilitem a implementação das precauções básicas do controlo da infeção e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde. Identicamente, devem assegurar que todos os profissionais recebam formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção e que tenham acesso às normas existentes.

Por sua vez, os profissionais devem reportar por escrito ao superior hierárquico as falhas de *stock* dos equipamentos de proteção individual (EPI), as deficiências detetadas nestes equipamentos, ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção.

Na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “*problema*” e que podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

Esta área, sendo complexa e revestida de múltiplos conceitos é de extrema importância uma vez que as suas implicações são transversais a todos os serviços e dizem respeito a todos nós. Neste sentido, o surgimento das comissões de controlo da infeção constituiu um recurso indispensável para a implementação do programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde nas unidades de saúde.

É responsabilidade da Comissão de Controlo de Infeção implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança para que a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde sejam vistos como parte integrante das atividades diárias, sendo assim uma mais-valia para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos utentes (DGS – Programa nacional da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, 2008).

Através do Despacho nº 18052/2007 da Direção Geral de Saúde, pode-se constatar a constituição e a operacionalização das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do Programa Nacional de Controlo de Infeção, que são vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais.

Como forma de maximizar a eficiência, todas as recomendações internas e planos de ação emitidas pelas CCI têm um carácter vinculativo, e não meramente consultivo. É por isso responsabilidade das CCI a implementação de uma cultura de segurança, com intuito de que a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) sejam encarados como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

Remetendo para os estágios, conheci e cumpri com os procedimentos adotados para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (adotando as medidas que minimizam a transmissão de microorganismos) como por exemplo, o cumprimento das normas relativas ao vestuário, aos circuitos do pessoal e do material (dentro do possível), ao

uso de material de proteção individual (bata, máscara e luvas) e a utilização de produtos de desinfecção, antes da realização de qualquer procedimento, bem como a desinfecção das mãos.

No serviço de Urgência, percebi que as recomendações para a prevenção e controlo de infeção nem sempre são cumpridas, mesmo com os recursos disponíveis, e que a utilização de equipamento de proteção individual é mais evidente no SO e na Sala de Cuidados Especiais. Ao dialogar com o enfermeiro tutor sobre este aspeto, compreendi que a adesão às medidas de proteção individual ainda não é encarada com seriedade por alguns profissionais, no entanto julgo que os mesmos têm consciência da importância da adoção destas medidas mas, nas suas rotinas diárias não cumprem com as recomendações indicadas, sendo este um dos aspetos a melhorar num serviço que tem uma grande afluência de doentes, pois em todas as unidades de saúde deve existir o conceito de ambiente seguro, espaço onde as pessoas não correm riscos de infeção ou de outro tipo, cabendo assim, aos profissionais criar condições para evitar o crescimento e proliferação de microrganismos.

O serviço de Medicina Intensiva aplica na integridade as medidas preconizadas para a prevenção e controlo da infeção em todos os doentes, estando ainda integrado no projeto STOP Infeção. Para além do cumprimento dos feixes de intervenção no controlo da infeção, no serviço de Medicina Intensiva existe um manual para higienização do serviço, que é rigorosamente cumprido pelos assistentes operacionais e, durante o período das visitas há o cuidado de informar/educar a família/pessoa significativa sobre as precauções a ter, tendo em conta as especificidades do doente que vão visitar. Assim, se o doente estiver no isolamento, colocam bata, máscara e luvas (para além de lavarem previamente as mãos), de contrário, apenas lavam as mãos e colocam uma bata. Na UCIP existem dispositivos de solução alcoólica para higienização das mãos em todas as unidades, sendo esta uma das estratégias para a aderência à desinfecção das mãos.

Percebi que nesta unidade, os profissionais de enfermagem estão sensibilizados para a prevenção e controlo da infeção, em parte devido ao programa STOP Infeção que fomenta a prática destas intervenções.

Relativamente ao Bloco Operatório, este é um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas, por isso dispõe de uma organização muito própria com o fim de conceber e de manter uma zona protegida, primordial para a execução de procedimentos anestésicos e cirúrgicos com rigor asséptico, indo de encontro ao princípio da assepsia progressiva. O Bloco Operatório é um local onde se procura, de todas as formas, evitar infeções relacionadas com os cuidados de saúde, pois as intervenções executadas nesta unidade são na sua maioria invasivas, tornando os doentes

mais suscetíveis a uma infeção nosocomial, particularmente os que se encontram mais debilitados (imunossuprimidos, idosos e crianças).

Para que tal não suceda, o enfermeiro peri-operatório (instrumentista, circulante e anestesia) tem o que se designa de “*consciência cirúrgica*”. A “*consciência cirúrgica*” trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012).

Considerando as recomendações técnicas para o Bloco Operatório, como as apontadas pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011), as mesmas aludem que a circulação dos profissionais, dos equipamentos e dos doentes deverá ser efetuada em circuitos próprios para que se reduza ao máximo o cruzamento de circuitos não desejáveis, como é o caso de sujos com esterilizados, evitando-se o cruzamento de bactérias e microrganismos, indesejáveis à cirurgia

A este propósito, Martins & Duarte (2014), referem que devido à constante circulação de material limpo e de material sujo dentro do Bloco Operatório, a sua estrutura deve estar preparada com zonas limpas e zonas sujas, que devem ser respeitadas, e os seus circuitos devem ser mantidos fechados, para que não haja problema de contaminação.

Contudo, neste serviço, percebi algumas modificações quanto à circulação dos profissionais no interior das salas operatórias, circulam na área do material estéril, em parte devido à disposição dos equipamentos de anestesia que não permitem a circulação noutra área (por detrás dos aparelhos, na área da anestesia e não na aérea onde estão os materiais cirúrgicos estéreis), e quanto ao circuito do material cirúrgico, pois observei que os materiais estéreis e não estéreis tinham o mesmo circuito. Para mim, esta situação constituiu um problema merecedor de reflexão, visto que ao colaborar com os colegas nas atividades diárias também não cumpria com o correto procedimento, sentindo-me pouco confortável, pois tinha consciência de que o mesmo não estava em consonância com as recomendações preconizadas para esta unidade. No entanto, observei que na sala operatória existia uma porta de inox (próxima da área de anestesia) que dava acesso à zona considerada suja, portanto o material cirúrgico sujo/não estéril deveria ser evacuado da sala operatória através dessa porta e não através da porta que dá acesso à sala operatória, cumprindo-se deste modo o circuito recomendado.

Perante o exposto, dialoguei com alguns colegas sobre este procedimento, e notei que os mesmos comungam da mesma opinião, mas que a alteração do atual circuito envolve modificações no acesso e na receção do material à área suja. Igualmente, tive oportunidade de dialogar com a enfermeira chefe sobre este circuito, tendo inclusive sugerido a utilização

da tal porta de inox e a colocação de uma mesa/banca na área suja, com o fim de receber o material cirúrgico no final da cirurgia. A enfermeira chefe referiu que realmente o atual circuito é uma inconformidade, mas que estão projetadas modificações para que se cumpram com as recomendações, dependendo estas do orçamento hospitalar. Julga-se que num futuro próximo estas alterações se verificarão. Porém, ao longo dos anos o Bloco Operatório tem sofrido algumas alterações, nomeadamente a substituição do pavimento (realizado este ano), de modo a cumprir com as práticas recomendadas para esta unidade.

Neste contexto, diagnostiquei uma das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e estabeleci uma estratégia pró-ativa a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção, apesar da mesma não ter sido praticada.

Fazendo referência à AESOP (2012), esta alude que é essencial a definição de circuitos para o Bloco Operatório, este deve conter quatro zonas que permitem definir corretamente os movimentos de pessoas e materiais: zona protetora, zona limpa, zona assética e zona suja. É essencial a definição de circuitos para estas zonas, adaptando os espaços ao tipo de uso e à função de cada uma.

O respeito e a concretização das recomendações preconizadas para o Bloco Operatório são medidas que devem ser aplicadas minuciosamente numa unidade onde o risco de infeção é elevado, especialmente quando se trata de uma unidade que intervém em situações urgentes/emergentes.

Outro aspeto importante, nesta unidade de saúde, prende-se com a desinfeção da sala operatória e, neste sentido, aprendi uma das técnicas aplicadas no controlo da infeção, que para mim era desconhecida, nomeadamente a desinfeção da sala operatória com Peróxido de Hidrogénio em alta concentração, 90% (por meio de nebulização, sendo a quantidade estimada de acordo com os cm³ da sala operatória) efetuada no 1º sábado de cada mês ou sempre que se justifique (por exemplo, doente com *Klebsiella*), ficando a sala operatória encerrada durante duas horas após este procedimento. Quando é realizado no 1º sábado de cada mês, o Bloco de Urgência fica encerrado e passa a funcionar numa das salas do Bloco Central (localizado no 5º Piso). Tive oportunidade de presenciar a utilização deste dispositivo e de ser esclarecida quanto à sua utilização através dos profissionais que o executam. Para que seja uma desinfeção eficaz, é necessário a aplicação de determinadas medidas, tais como a limpeza prévia da sala operatória, o encerramento do ar condicionado, a proteção do dispositivo de incêndios (pois este procedimento é efetuado por meio de nebulização), a exposição dos equipamentos (gavetas abertas, fios do cabo de ECG libertos, entre outros) e a selagem total das portas da sala operatória, sendo proibida a entrada na sala durante o

procedimento e, após a finalização do mesmo, a sala operatória deverá permanecer encerrada durante duas horas até a sua próxima utilização. Este tipo de desinfeção é utilizado no hospital há cerca de dois anos, tendo resultados muito positivos quanto à minimização de microorganismos na sala operatória, confirmados pelos testes de suscetibilidade aos antimicrobianos efetuados. O mesmo se verifica quando é realizada a limpeza das condutas, que é efetuada uma vez por ano, ficando o Bloco também encerrado durante dois dias e passando a funcionar nos moldes anteriormente referidos. Estes procedimentos são efetuados por uma empresa externa, contratada pelo hospital.

Ao refletir sobre esta temática, aprimorei e desenvolvi competências na área da prevenção e do controlo da infeção, em unidades com características muito peculiares.

Analisando um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, efetuado por Melo et al. (2006), com o intuito de identificar a compreensão dos enfermeiros sobre as medidas de precauções padrão, sendo estas estratégias efetivas para a prevenção e controlo das infeções, verificaram que dos 82 enfermeiros que participaram no estudo, 75,6% compreenderam as precauções padrão como medidas de proteção: para o profissional (11,0%); para o profissional e o doente (52,4%); no atendimento ao doente, independente do diagnóstico (7,3%); e a doentes infetados (4,9%). Outros enfermeiros relataram as precauções padrão como cuidado humano (4,9%) e apenas como o uso de equipamento de proteção individual (11,0%). A compreensão emitida pela maioria dos enfermeiros aponta adequação cognitiva favorável à implementação das precauções padrão no quotidiano. Entretanto, foram verificadas perceções reducionistas e até distorcidas da sua abrangência, o que coloca vulnerável a função social de tais medidas. Deste modo, os autores apontam para a necessidade de investimento, por parte da instituição, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, quanto à utilização das precauções padrão no combate às infeções associadas aos cuidados de saúde, por meio de diversas estratégias, destacando-se a educação permanente e continuada.

Apenas cumprindo com os procedimentos instituídos para a prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poderemos contribuir para a melhoria dos cuidados concedidos aos doentes, garantindo a segurança do ambiente e dos cuidados de saúde, sendo este um aspeto indicativo da excelência do exercício profissional, pois o enfermeiro deve “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.” (Deontologia Profissional, artigo 88º, 2015, p. 91)

2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Através deste Relatório, constatei que os estágios concretizados se revelaram extremamente produtivos quanto ao desenvolvimento de competências comuns e específicas na abordagem à pessoa em situação crítica, pois sinto que aprimorei, adquiri e desenvolvi tais competências.

A interação com as diferentes equipas multidisciplinares, nos vários contextos de urgência/emergência, bem como o contacto com doentes com diferentes patologias, proporcionou-me acesso a procedimentos altamente diferenciados, específicos e aplicados em pessoas que vivenciam momentos de grande vulnerabilidade física e emocional, fortalecendo deste modo o meu desempenho, isto é, o contacto com distintos ambientes e serviços com diferentes dimensões e com grande afluência de doentes, como no caso do estágio realizado no Hospital de São João no Porto, possibilitou-me uma diversidade de experiências enriquecedoras.

Contudo, constatei que a abordagem à pessoa em situação crítica compreende sobretudo a dimensão técnica, por isso, no decurso dos estágios, uma das minhas preocupações foi aliar a dimensão humana à dimensão técnica. Deste modo, nas práticas diárias procurei enaltecer esta dimensão que, segundo os estudos apontados, têm muito significado para o doente que, numa situação de hospitalização vê-se despojado da sua identidade, ficando entregue às intervenções dos profissionais de saúde.

Através do diálogo com os enfermeiros dos diferentes serviços, compreendi que a dimensão humana e mais concretamente a privacidade do doente, não está esquecida, mas sim “*entorpecida*”, ou seja, notei que os enfermeiros têm consciência da importância deste aspeto, mas que na prática clínica não a valorizam tanto como a dimensão técnica, pois a situação urgente assim o exige. No entanto, são nos pequenos gestos que se enaltece este cuidado, como por exemplo, comunicando com o doente de forma adequada, com tom de voz calmo e ouvindo as suas preocupações, pois nós como seres humanos que cuidamos de outros seres humanos, temos ou pelos menos deveríamos ter sensibilidade quanto a este aspeto, procurando vivenciar a perspectiva do doente. Julgo ter despertado algumas reflexões sobre este aspeto e considero que ações formativas sobre esta temática seriam uma mais valia na abordagem holística ao doente crítico.

Salientando as demais competências, verifiquei que a aplicação da deontologia na prática clínica exige, para além do conhecimento, bom senso e adequação à situação em concreto, para que a tomada de decisão seja a mais acertada. A oportunidade de refletir sobre a deontologia com outros profissionais possibilitou-me lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos. Sinto que este processo se constrói ao longo da carreira profissional, com a aquisição contínua de saberes e com as experiências vivenciadas.

A qualidade dos cuidados implica dedicação e execução correta dos procedimentos, visando sempre o completo bem-estar do doente. A participação em diferentes projetos de qualidade, permitiram-me aprimorar as minhas intervenções e ter outra perspetiva de abordagem à pessoa em situação crítica, pois estes projetos para além de atualizarem os conhecimentos, incentivam os profissionais a executarem os cuidados com precisão, com qualidade.

A gestão dos recursos disponíveis conduziu-me a uma reflexão sobre a adequação dos mesmos, particularmente em situações em que estes são insuficientes, havendo necessidade de estabelecer prioridades, com o fim de otimizar as respostas de enfermagem bem como garantir a segurança e a qualidade dos procedimentos efetuados.

Por meio da aprendizagem e do desenvolvimento dos meus saberes, fundamentei a minha *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento, cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção. Identicamente, o conhecimento sobre os planos de emergência e catástrofe dos diferentes serviços, permitiram-me adquirir conhecimentos sobre os princípios de atuação em situações de catástrofe e identificar os vários tipos de catástrofe bem como as implicações para a saúde.

Refletindo sobre esta caminhada de aprendizagem, gostaria ainda de referir que as reflexões críticas efetuadas ao longo dos estágios bem como os trabalhos académicos foram mais um contributo para todo este processo de aquisição de competências. Neste mesmo sentido, os momentos de orientação tutorial e de avaliação foram igualmente contextos de aprendizagem, uma vez que a permuta de conhecimentos contribuiu para a melhoria contínua dos cuidados, concedendo-me uma prática mais segura e eficaz.

Termino referindo que durante os estágios efetuados, os profissionais das equipas multidisciplinares foram incansáveis no apoio e partilha de conhecimentos e experiências

que, juntamente com a pesquisa bibliográfica efetuada possibilitaram-me a aquisição de um *know-how* marcante no aperfeiçoamento do meu desempenho profissional.

CONCLUSÃO

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, centrado no cuidado à pessoa em situação crítica, tem sentido necessidade de aprofundar conhecimentos e competências, devido à evolução tecnológica, científica e também devido às constantes modificações das necessidades das pessoas. Por conseguinte, a formação é uma ferramenta essencial no processo de construção de competências especializadas, pois proporciona ao enfermeiro saberes específicos, atuais e primordiais para uma intervenção eficaz e segura.

Assim, o percurso efetuado nos distintos campos de estágio, nomeadamente nos serviços de Urgência e de Medicina Intensiva, do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça no Funchal, e no serviço de Bloco Operatório de Urgência, do Hospital São João no Porto, possibilitou-me o contacto com diferenciadas áreas de atuação ao doente crítico, fortalecendo as minhas competências técnicas, científicas e humanas.

Através deste relatório, descrevi as competências aperfeiçoadas, adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados a pessoa em situação crítica, nos diferentes contextos de estágio, tendo refletido sobre as intervenções efetuadas, dando particular ênfase à humanização dos cuidados, mais concretamente à privacidade do doente, uma vez que nestas áreas de atuação a dimensão técnica sobrepõe-se. No entanto, preservar a intimidade do doente, apresenta-se como um valor profissional que garante o respeito pelo princípio da autonomia, por isso, a conjugação entre estas duas dimensões é crucial na abordagem holística ao doente crítico.

Deste modo, o estágio realizado no serviço de Urgência, permitiu-me aprimorar/desenvolver competências no domínio do atendimento, triagem, abordagem e prestação de cuidados a pessoa em situação crítica na sala de emergência, bem como o conhecimento dos planos de catástrofe e de emergência e, ativação dos meios adequados no atendimento a estas situações. Sendo um serviço com grande afluência de doentes, alguns em situação crítica, faz com que determinados doentes permaneçam em macas nos corredores, condicionando a sua privacidade.

O estágio efetuado no serviço de Medicina Intensiva, permitiu-me aprimorar e adquirir competências na prestação de cuidados ao doente crítico, tido como recuperável, com necessidade de uma vigilância e assistência constante por parte das equipas médica e de enfermagem. Identicamente, nesta unidade de saúde a privacidade encontra-se

condicionada, especialmente por se tratar de uma unidade aberta, pois os doentes encontram-se em áreas com reduzido isolamento.

Por último, o estágio de opção realizado no serviço de Bloco Operatório de Urgência, permitiu-me conhecer outra unidade de saúde exterior à região, estando esta relacionada com as minhas atividades diárias, uma vez que desempenho funções como enfermeira peri-operatória no Bloco Operatório do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça no Funchal, para além de me ter possibilitado o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências no cuidar a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica submetidas a intervenção cirúrgica urgente/emergente. A dimensão técnica é muito patente nesta área de atuação, no entanto, percebi que o acolhimento constitui um momento ideal para a humanização dos cuidados, tendo observado que o enfermeiro detém um papel de relevo, pois a disponibilidade e o respeito para com o doente transmiti-lhe serenidade e confiança, estabelecendo-se assim uma interação salutar entre o profissional de enfermagem e o doente.

A privacidade do doente, por vezes encontra-se limitada, em parte devido à estrutura arquitetónica dos serviços e em parte devido a determinadas atitudes dos profissionais de saúde, que no seu contexto laboral, têm posturas que não dignificam este direito humano.

A estrutura deste relatório principiou com uma breve contextualização sobre os cuidados especializados, posteriormente relatou as competências comuns e específicas desenvolvidas nos diferentes ensinamentos clínicos, dando ênfase à humanização dos cuidados, mais especificamente à privacidade do doente, considerando os descritores de Dublin, e findou com uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas.

Ao finalizar este relatório e refletindo sobre o percurso desenvolvido, sinto-me mais habilitada para interpretar e resolver situações problemáticas que surjam em contexto urgente/emergente, pois o contacto com diversas experiências, permitiu-me fortalecer as minhas opiniões e atitudes, adicionando mais segurança ao meu desempenho profissional. Como o Cuidar é muito mais do que a técnica, senti que a humanização dos cuidados necessita de ser mais enaltecida, mais considerada, pois como refere Watson (2002),

A mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma. O cuidar pode ser e é físico, processual, objetivo e fático, mas ao nível mais elevado, as respostas humanas da enfermagem no cuidar, as transações humanas no cuidar, a presença do enfermeiro na relação, transcende o mundo físico e material.... (p.43)

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. Lisboa: Autor.
- AESOP. (2012). *Enfermagem peri-operatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para bloco operatório* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, M. C. (2005). Intervenção em grupo com técnicos de saúde da unidade de cuidados intensivos. In M. P. Guerra & L. Lima (Eds.). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 211-227). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, (75), 57-60.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of American psychological association* (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Thoracic Society. (2005). Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated and healthcare-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Medicine*, 171, 388-416, DOI: 10.1164/rccm.200405-644ST.
- Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração universal dos direitos do Homem*. Paris: Autor.
- Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1990). *Convenção sobre os direitos da criança*. Nova Iorque: Autor.

- Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1976). *Pacto internacional sobre os direitos civis e políticos*. Portugal: Autor.
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2004). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: Autor.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M. & Erdmann, A. L. (2010). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25-30.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, A. S, Dias, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original inglês *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, 2001, Prentice Hall).
- Boyatzis, R. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27(1), 5-12.
- Braden, B. (1997). Risk assessment in pressure ulcer prevention. In D. Krasner & D. Kane. *Chronic wound care, Wayer* (2ª ed.) (pp. 29-36). s.l.: Health Management Publication.
- Canadian Nurses Association. (2003). *Position statement: patient safety*. Ottawa: Autor.
- Carroll, T. (2007). Manage yourself for a more fulfilling career. In R. Jones (Ed.). *Leadership and management: theories, processes and practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo vital familiar uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Centers of Disease Control and Prevention. (2007). *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta: Autor.
- Cerdeira, A. B. (2008). Informação e consentimento. *Ordem dos Enfermeiros*, (29), 12-17.

Conselho da Europa. (1997). *Recomendação N° R (97) - Proteção dos dados médicos*. Europa: Autor.

Conselho da Europa. (1950). *Convenção europeia dos direitos do Homem*. Roma: Autor

Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida. (2004). *Parecer n° 43 de 11 de maio*. Lisboa: Autor.

Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., Tieszen, M., Kon, A., Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622, DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607>

Direção Geral da Saúde. (2009). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Lisboa: Autor.

Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização*. Lisboa: Autor.

Elias, A., Matsuo, T., Cardoso, L. & Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (Tiss 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-americana em Enfermagem*, 14 (3), 324-329.

Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. Escola Superior de Enfermagem no Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655-677.

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3-10). Lisboa: Lidel.

Gomes, A., Aragão, I. & Proença, L. (2014). The emergency room at the center of the emergency chain inside the hospital. In *27th Annual Congress-Barcelona*, Espanha, 27 set. a 1 out. de 2014.

- Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Hanson, S., Gedaly-Duff & Kaakinen, J. (2005). *Family health care nursing: theory, practice and research* (3ª ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Jardim, S. (2015). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Escola Funchal: Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
- Joint Quality Initiative Informal Group. (2004). *Descritores de Dublin*. Dublin: Autor. Consultado a 20 de janeiro de 2017. Disponível em http://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs_SFA_Bologna/120_Ref%20Doc_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Duff, V. & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing: theory, practice and research* (4ª ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Lennquist, S. (2012). Major Incidents: definitions and demands on the health-care system. In S. Lennquist. *Medical response to major incidents and disasters* (pp. 1-7). Estocolmo: Springer.
- Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? *Revista Nursing*, (277), 22-27.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Martins, M. C. (2008). Da delegação; do sigilo; do consentimento. *Ordem dos Enfermeiros*, (29), 24-32.
- Martins, O. & Duarte, A. (2014). *Enfermagem em bloco operatório*. Lisboa: Lidel.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

Melo, D., Souza, A., Tipple, A., Neves, Z. & Pereira, M. (2006). Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 1-8.

Neto, F. T. (2003). *Nutrição clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Oliveira, S. (2009). *Estágios para universitários: representações e implicações na inserção profissional dos jovens brasileiros e franceses*. Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Doutorado, Brasil.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Competências comuns do enfermeiro especialista*. Documento com a apresentação original. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Documento com a apresentação original. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer do conselho jurisdicional 248 - Condições do exercício*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever do sigilo*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - guia orientador da boa prática. *Cadernos OE*, (1), 1-57.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Médicos. (2007). *Subespecialidade de medicina intensiva*. Lisboa: Autor.

Ourives, A. (2004). Confidencialidade e privacidade. In M. Neves & S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem, desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar da pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. Loures: Lusociência.

Paixão, J. C. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.

Pardavila, M. & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem Intensiva*, 23(2), 51-67.

Parlamento Europeu. (2000). *Carta dos direitos fundamentais da união europeia*. Nice: Autor. Consultado a 7 de janeiro de 2017. Disponível em www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_pt.

Parracho, M., Silva, M. & Pisco, R. (2005). Enfermagem como elo de ligação entre utente/família/comunidade. *Sinais Vitais*, (58), 65-66.

Peplau, H. E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinheiro, M. J. (1993). Bloco Cirúrgico: que tendências? *Nursing*, (61), 6-10.

Pinto, F. (1990). A problemática do bloco operatório. *Nursing*, (28), 45-48.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (16 set. 2015). Lei nº 156/2015. *Diário da República*, nº 181, I Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2 dez. 2014). Regulamento nº 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, nº 233, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho nº 10319. *Diário da República*, nº 153, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Norma nº 029. 2012-12-29. Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. 2011-01-01. Carta dos Direitos do Doente Internado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Norma nº 054. 2011-12-27. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Orientação nº 017. 2011-05-19. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acessível em DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Circular normativa n° 16/DQS/DQCO*. 2010-06-22. Cirurgia Segura Salva Vidas. Acessível em DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (14 ago. 2007). Despacho n° 18052. *Diário da República, n° 156, II Série*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Circular normativa n° 09/DGCG*. 2003-06-14. A dor como 5° sina vital: registo sistemático da intensidade da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério dos Negócios Estrangeiros. (26 out. 1998). Lei n° 67/98. *Diário da República n° 247, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (24 ago. 1990). Lei n° 48/90: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n° 195, I Série*.

PORTUGAL. Biblioteca Nacional de Portugal. Instituto Português da Qualidade. (2010). *Normas portuguesas de documentação e informação CT7*. Lisboa: Autor.

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem. Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

Pupulim, J. S. & Sawada, N. O. (2010). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(3), 433-438.

Santos, A. L. (2001). Ética nas unidades de cuidados intensivos. In L. Archer, J. Biscaia, W. Oswald & M. Renaud (Coords). *Novos desafios à bioética* (pp. 244-248). Porto: Porto Editora.

Saraiva, D. M. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*, (244), 1-11.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Silva, M. A. (2000). *Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto.
- Soares, N. V. (2010). *A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado. Brasil.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias um guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.