

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados Especializados à Pessoa em Situação

Crítica por sepsis e família

- Cuidado confortador de Enfermagem-

Sandra Raquel Ferreira dos Santos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados Especializados à Pessoa em Situação

Crítica por sepsis e família

- Cuidado confortador de Enfermagem-

Sandra Raquel Ferreira dos Santos

Orientado por:

Professora Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

2014



AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinho pela minha presença
tantas vezes ausente

À Senhora Professora Doutora Célia Oliveira pelo excelente trabalho tutorial e
de orientação, apoio e disponibilidade fundamentais

Às Senhoras Enfermeiras Fernanda Anjo e Marta Morgado, e a todos os outros
enfermeiros com quem partilhei este caminho e que contribuíram para que
pudesse crescer enquanto pessoa e enquanto profissional

RESUMO

Neste relatório proponho explicitar atividades realizadas, resultados alcançados e as competências desenvolvidas no âmbito do estágio em sede do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Pessoa em situação crítica, em diferentes contextos.

O presente relatório é o corolário de um percurso de estágio orientado para a aprendizagem de uma intervenção especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na conforto da pessoa em situação crítica, nomeadamente por sepsis, e família.

Num contexto de cuidados em que o desenvolvimento científico e tecnológico impera, o enfermeiro enfrenta situações de grande complexidade em que família e cliente procuram as respostas às suas necessidades de modo global e holístico.

O cuidado de enfermagem e o percurso de aprendizagem foi ancorado, no referencial teórico de Katherine Kolcaba e no modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner.

Este foi um percurso que se pautou: pelo rigor técnico e científico; pela responsabilidade nas tomadas de decisão; pela identificação de problemas potenciais evitando problemas indesejáveis; pela minimização do impacto negativo no cliente e família provocado pelo processo assistencial; e pelo registo sistemático de necessidades, intervenções e resultados esperados, tendo desenvolvido competências para uma intervenção especializada em Enfermagem à PSC de qualidade.

Palavras-chave: competências especializadas, conforto, família, intervenção de enfermagem, sepsis, situação crítica.

ABSTRAT

In this report I propose to explain the activities, achievements and skills developed within the stage seat of Master Degree in Nursing in area of specialization Person in critical situation, in different contexts. This report is the culmination of a course of training geared towards learning a specialized intervention in the prevention of complications, disability and limitation in comfort person in a critical situation, in particular by sepsis, and family.

In a context of care in which scientific and technological development prevails, the nurse faces situations of great complexity in which family and seek answers to customer needs in a comprehensive and holistic manner. Nursing care and the learning process was anchored in the theoretical framework of Katherine Kolcaba and skills development of Patricia Benner model.

This was a route that was based: the technical and scientific rigor; the responsibility for decision making; identification of potential problems by avoiding undesirable problems; by minimizing the negative impact on the client and family caused by the care process; and the systematic recording of needs, interventions and expected outcomes, developing skills for a specialized intervention in Nursing at PSC quality.

Keywords: expertise, comfort, family, nursing intervention, sepsis, critical ill

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direcção Geral de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SSC – *Surviving Sepsis Campaign*

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

Introdução.....	7
1. Contextualização e fundamentação do problema em estudo.....	9
2. Metodologia e objetivos de estágio.....	21
3. Atividades desenvolvidas, processos de trabalho utilizados e aprendizagens significativas.....	24
3.1. Identificar precoce e antecipadamente situações de instabilidade e risco de falência orgânica da pessoa em situação crítica nomeadamente por sepsis.....	25
3.2. Gerir protocolos terapêuticos com vista a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações da pessoa em situação crítica nomeadamente por sepsis.....	28
3.3. Construir uma relação terapêutica e comunicação interpessoal eficaz com pessoa e família em situação crítica nomeadamente por sepsis.....	42
3.4. Construir uma intervenção confortadora e promotora de segurança com pessoa e família em situação crítica nomeadamente por sepsis.....	51
3.5. Fundamentar o cuidado de enfermagem especializado na evidência disponível.....	61
3.6. Demonstrar capacidade reflexiva sobre os processos de cuidados e de ensino-aprendizagem.....	62
4. Competências desenvolvidas.....	64
5. Considerações Finais.....	68
6. Referências bibliográficas.....	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados e descritores utilizados.....	61
--	----

INTRODUÇÃO

De acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (2011) relativamente ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área de Pessoa em Situação Crítica (PSC), é necessária a mobilização de conhecimentos, capacidades e habilidades múltiplas, para responder em tempo útil e de forma holística, à complexidade das situações de saúde, que caracterizam estes clientes, com a finalidade de fornecer as respostas necessária à PSC e/ou em falência orgânica e à sua família.

Durante o segundo semestre do Curso Mestrado em Enfermagem na área de especialização em PSC foi elaborado o Projeto de Estágio, enquanto plano organizado de resolução/estudo de um problema (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) orientador do percurso de aprendizagem em estágio no terceiro semestre, visando promover o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado da PSC. Logo, o estágio foi desenhado e sustentado com base na metodologia de Trabalho de Projeto, em que partindo de um problema numa área específica de enfermagem, investi no desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades através de uma postura de autonomia, sustentar processos de julgamento/tomada de decisão e assim construir transformação pessoal e das situações de cuidados vividas.

Sendo este um percurso individual de aprendizagem, este estágio teve como ponto de partida as competências adquiridas durante os anteriores semestres deste Curso de Mestrado em Enfermagem a que se associa o meu trabalho enquanto enfermeira numa unidade de cuidados intensivos de adulto. Face ao meu interesse pessoal mas também face aos percursos académico e profissional desenvolvido defini como problema em estudo: Cuidados de Enfermagem Especializados à PSC por sepsis e família – um cuidado confortador de enfermagem.

Assim, propôs-me a aprofundar, entre outros, conhecimentos, capacidades e habilidades no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, através da construção de uma prática de cuidados baseada na análise e interpretação de cada situação específica de cuidados, assumindo a responsabilidade de promover a envolvência adequada ao

cuidado confortador do cliente e família. Este propósito visa o desenvolvimento de competências sobretudo no domínio das aprendizagens profissionais, do domínio da melhoria contínua da qualidade e da responsabilidade profissional, ética e legal, traduzindo-se em níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, e consequentemente num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção de enfermagem à PSC, assumindo a responsabilidade: de gerir situações potencialmente comprometedoras e de promover a envolvimento adequada ao bem-estar do cliente e família.

Foram traçados para este relatório os seguintes objetivos: demonstrar capacidade de identificação de situação problema da prática de cuidados; analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas, com vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à PSC, nomeadamente por sepsis, e família; demonstrar o desenvolvimento de competências; analisar os contributos futuros para a prática de cuidados. Em suma, procura sintetizar e refletir o trabalho de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, resultante de um percurso individual de aprendizagem.

Este documento segue a seguinte estrutura: contextualização e fundamentação do problema em estudo; metodologia e objetivos de estágio; atividades desenvolvidas durante o estágio, processos de trabalho utilizados e aprendizagens significativas; competências desenvolvidas em função dos objetivos traçados para o estágio e considerações finais.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA EM ESTUDO

Neste capítulo procuro clarificar alguns conceitos fundamentais e justificar a pertinência do projeto, tendo em conta aspetos, tais como: o aumento da incidência; a gravidade da clínica associada; as orientações de atuação e os cuidados de enfermagem à PSC por sepsis; e as consequências da experiência de situação crítica de doença, enquanto necessidades de conforto.

Sepsis é definida como a presença (provável ou documentada) de infeção com manifestações sistémicas, ou seja, é uma síndrome clínica secundária a uma infeção grave, caracterizada por uma reação inflamatória sistémica e agressão tecidual difusa.

Apesar de a inflamação ser uma resposta normal do hospedeiro contra agentes infecciosos, a sepsis é caracterizada pela produção excessiva de mediadores inflamatórios e pela excessiva ativação de células inflamatórias (Siqueira-Batista & et al.,2011), resultando numa anarquia metabólica, na qual “o próprio organismo não consegue controlar o que ele próprio criou” (Bone, 1991), daí que as manifestações clínicas da sepsis decorram do processo infeccioso primário, do processo inflamatório subjacente e das disfunções orgânicas instaladas ou em desenvolvimento.

A toda a fisiopatologia inerente a esta síndrome, associam-se frequentemente outras variáveis: o estado de saúde prévio do cliente (antes da instalação da infeção), o tempo da doença e as variações na secreção dos mediadores anteriormente descritos. Deste modo os clientes com maior risco de morte por sepsis são os idosos, os clientes sob terapêutica imunossupressora, os clientes com neoplasia, cirrose, asplenia ou com diabetes *mellitus*, insuficiência renal ou doença cardíaca, uma vez que frequentemente, já têm altos níveis circulantes de um ou mais mediadores e alterações no endotélio vascular. (Siqueira-Batista & et al., 2011).

Essencialmente, qualquer micro-organismo pode causar sepsis (bactéria, vírus, fungos, protozoários), porém as bactérias são os agentes etiológicos mais comuns, a maioria dos casos de sepsis deve-se a bactérias gram-negativas, como *Escherichia coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterobacter*, *Pseudomonas Aeruginosa*, sendo *Staphylococcus Aureus* e *Streptococcus Pneumoniae* e outras bactérias

gram-positivas responsáveis pelos casos remanescentes, contudo em clientes imunossuprimidos os fungos, podem causar sepsis (Robson & Daniels, 2013).

A sepsis é dos principais problemas de saúde, “afetando milhões de pessoas ao redor do mundo a cada ano, matando um em cada quatro, e aumentando na incidência” (Dellinger & et al., 2013). Apesar das melhorias nas medidas de prevenção e controlo de infeção, o aumento de incidência de sepsis é de pelo menos 1,5% ao ano (Póvoa, Carneiro, & Ribeiro, 2006), raditando como referido por Robson & Daniels (2013), no envelhecimento da população, na maior longevidade de clientes crónicos, na crescente existência de imunossupressão por doença ou por iatrogenia e no maior recurso a técnicas invasivas.

O aumento de incidência determinou nos últimos anos o aumento da taxa de mortalidade por sepsis, sepsis grave e choque séptico, encontrando-se nos 11%, 16% e 44%, respetivamente (Póvoa, Carneiro & Ribeiro, 2009), originando uma “mortalidade hospitalar global de 38%, ou seja quase três vezes superior à mortalidade dos casos de acidente vascular cerebral internados no ano de 2007” (Direcção Geral de Saúde, 2010), sendo a “primeira causa de morte por infeção apesar dos avanços científicos conseguidos no âmbito da vacinação, antibioterapia e cuidados em situação aguda de doença” (Robson & Daniels, 2013, p.76).

De acordo com as orientações de 2012 *International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock* (Dellinger & et al., 2013) pela *Surviving Sepsis Campaign* (SSC), diretamente relacionadas com o aumento da mortalidade por sepsis encontram-se falhas: na identificação e estratificação rápidas de clientes, na utilização de antibioterapia adequada e na implementação de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objetivos. Neste sentido, a implementação das diretrizes definidas SSC passou por um processo de definição de *bundles*, enquanto conjunto de intervenções relativas a um processo de doença, que quando executado, com melhores resultados do que quando intervenções individualmente.

No que diz respeito à *bundle* de seis horas, o chamado pacote de reanimação, esta centra-se na identificação precoce, terapia alvo-dirigida precoce e os primeiros antibióticos e exames bacteriológicos, enquanto intervenções que devem ser acessíveis a todas as equipas que cuidam de clientes graves.

No que se refere à *bundle* de 24 horas esta inclui a administração de terapêutica para estabilização hemodinâmica, o controle intensivo da glicemia e estratégias de ventilação protetora pulmonar, em ambiente de cuidados intensivos.

Um estudo realizado a nível nacional no decorrer do ano de 2005 revela que: o reconhecimento precoce da sepsis (por exemplo, através da medição do lactato), a otimização da oferta de oxigênio (por exemplo, mediante a reposição de volemia e administração de vasopressores) e tratamento de infeção (por exemplo, antibióticos adequados e controle de infeção, precedido por análise bacteriológica de amostras de sangue ou urina) pode resultar em uma redução significativa em cerca de 28 dias mortalidade (Cardoso & et al., 2010), corroborando que “sepsis é uma emergência médica, havendo uma pequena janela de oportunidade em que o tratamento atempado pode aumentar drasticamente a sobrevivência” (Robson & Daniels, 2013, p.76).

Deste modo, o prognóstico da PSC por sepsis poderá melhorar significativamente, dado que por exemplo, “por cada hora até ao momento de administração de antibioterapia apropriada, há uma redução de 7,6% na sobrevivência” (Kumar & et al., 2006,p.1589). Para que tal seja possível torna-se importante descentralizar o cuidado do cliente em sepsis das unidades de cuidados intensivos partilhando-o com os serviços de urgência por exemplo como referido por MacRedmond & et al., (2010), uma vez que, embora a maioria dos clientes com sepsis necessitem de cuidados intensivos, o tratamento e diagnóstico no serviço de urgência melhora significativamente os resultados.

Neste sentido, por um lado o enfermeiro desempenha um papel fundamental na primeira linha de reconhecimento de sepsis enquanto profissional de saúde mais próximo do cliente, identificando sinais e sintomas de sepsis nas suas avaliações, como por exemplo, taquicardia, taquipneia, híper ou hipotermia, hipotensão arterial, oligoanúria ou alteração de estado de consciência (Nelson & et al.,2009; Tromp & et al., 2010; Burney & et al., 2012). Por outro lado, é responsável pela colheita de amostras para bacteriologia, administração de fluidoterapia atempada, administração de antibioterapia atempada e corretamente (tendo em conta aspetos de farmacodinâmica e farmacocinética), no controlo e vigilância de sinais e sintomas

identificados anteriormente, uma vez reconhecida sepsis os cuidados dirigem-se para a consecução dos objetivos terapêuticos.

Assim, da mesma forma, que existe o conceito de *golden hour* em contexto de trauma, enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, é proposto o conceito de *bundle* de ouro de seis horas para o diagnóstico e intervenção precoces, pois pode ser uma abordagem de ouro para reduzir a mortalidade.

Com vista a dar resposta a esta preocupação a nível mundial, a Direcção Geral de Saúde (DGS) em Janeiro de 2010 divulgou uma circular normativa em que determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação a nível nacional, da Via Verde da Sepsis (Direcção Geral de Saúde, 2010), que proporciona uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico.

Só assim, de acordo com que estes autores, a implementação de intervenções junto da PSC por sepsis, permitirá não só diminuir a mortalidade, como, também reduzir substancialmente os custos para as instituições. Mas será suficiente? Será possível encontrar estratégias para diminuição dos custos pessoais e do sofrimento deste cliente e da sua família?

Sendo os cuidados de enfermagem ao cliente em sepsis complexos e de grande responsabilidade requerem uma profunda compreensão da fisiopatologia da doença e a antecipação dos efeitos de cada intervenção, bem como um conhecimento sólido de todo o processo terapêutico (Bridges & Dukes, 2005; Saraiva, 2011).

No que diz respeito à fisiopatologia da doença, a infeção ocorre desencadeando a primeira linha de defesa do hospedeiro é realizada por células fagocitárias (macrófagos e granulócitos), logo depois, as imunoglobulinas e as células imunocompetentes iniciam uma resposta imunológica específica, que acordo com diversos autores (Stacy & Urden, 2008; Siqueira-Batista & et al., 2011; Murgu & Leslie, 2013) será de seguida explicitado.

De acordo com Siqueira-Batista & et al. (2011), as endotoxinas, enquanto componentes da parede bacteriana são as principais impulsionadoras desta resposta do hospedeiro, desencadeando uma cascata inflamatória como primeira linha de defesa contra infeções, após as barreiras naturais da pele e mucosas. Estes

elementos impulsionadores da cascata inflamatória causam a libertação de citocinas diretamente destas células. Ao mesmo tempo, os micro-organismos presentes no foco de infecção são fagocitados, causando um aumento do consumo de oxigênio pelas células fagocitárias e a produção de radicais livres de oxigênio que são capazes de causar danos aos agentes patogênicos. Estas propriedades fagocíticas e bactericidas são essenciais para a defesa normal do hospedeiro, mas, quando a ativação dos macrófagos se torna descontrolada, estas células contribuem para o desenvolvimento de uma reação inflamatória generalizada.

Os macrófagos excretam muitos mediadores inflamatórios, tais como leucotrienos e o fator ativador plaquetário, que são ativos em células distantes, como: as células endoteliais, os fibroblastos e as plaquetas, através da ligação aos seus recetores de superfície, desenvolvendo uma amplificação da reação inflamatória.

Devido ao seu importante papel na homeostasia, regulação do tónus vascular e fibrinólise através: da secreção de vasodilatadores e vasoconstritores, da inibição da agregação plaquetária e da produção do ativador tecidual do plasminogénio, as células endoteliais quando ativadas diretamente por endotoxinas ou pelas citocinas adquirem uma função procoagulante e protrombótica. Este fenómeno desenvolve-se, por um lado, pela libertação: de tromboplastina, de inibidor do ativador do plasminogénio e do fator ativador plaquetário; por outro lado, pela produção de mediadores inflamatórios, tais como as interleucinas, fator agregante plaquetário, prostaciclina, endotelina e o óxido nítrico.

Deste modo, é desencadeado um aumento da permeabilidade e edema tecidular, que contribui para a ampliação da reação inflamatória, particularmente nos pulmões, logo a presença do foco infeccioso, a libertação de endotoxinas, a produção de citocinas e a ativação da cascata da coagulação ativam os leucócitos, traduzindo-se em profundos efeitos no fluxo sanguíneo da microcirculação (Stacy & Urden, 2008). Este processo traduz-se sobretudo no estreitamento dos microvasos, com conseqüente aumento da resistência vascular, redistribuindo o fluxo sanguíneo e as hemácias, o que modula a oferta de oxigênio aos tecidos, sendo a duração deste processo patológico, constitui um fator primordial há disseminação dos mediadores, ou seja a síntese de citocinas pode estar diminuída após uma infecção duradoura, a

estimulação dos recetores pode diminuir e, eventualmente podem ser produzidos inibidores.

As manifestações clínicas secundárias à ativação inflamatória são inespecíficas e incluem: hipertermia ou hipotermia, taquicardia, taquipneia e alcalose respiratória, leucocitose ou leucopenia, metabolismo sistémico acelerado, consumo elevado de oxigénio, hipoperfusão sistémica e acidose metabólica e um estado circulatório hiperdinâmico (Nelson & et al., 2009). Segundo diversos autores (Bone, 1991; Bridges & Dukes, 2005; Dellinger & et al, 2013; Siqueira-Batista & et al., 2011) são múltiplas as disfunções resultantes da hipotensão sistémica, dos defeitos microcirculatórios regionais, da hipóxia tecidual e da ativação da cascata inflamatória, que serão de seguida explicitados.

No que diz respeito à disfunção cardiovascular, esta traduz-se em hipovolemia, devido à dilatação arterial e venosa e à perda de fluidos para o espaço extravascular. A repercussão clínica destas alterações inclui: taquicardia, alargamento da pressão de pulso e extremidades quentes, caracterizando um estado hiperdinâmico generalizado (Dellinger & et al., 2013). Estes clientes desenvolvem um consumo de oxigénio elevado, tornando-se altamente dependentes de sua oferta. O aumento do consumo de oxigénio, associado à diminuição na extração de oxigénio pelos tecidos periféricos e às alterações profundas na microcirculação, desencadeiam uma progressiva hipóxia tecidual, que se traduz em níveis séricos de lactato elevados, decorrentes da anaerobiose metabólica, e a progressiva disfunção orgânica. A nível pulmonar, a sepsis induz disfunção devido a lesão do endotélio vascular pulmonar, secundária à inflamação, produzindo um progressivo edema intersticial, conduzindo a um desequilíbrio entre a ventilação e a perfusão pulmonar, com hipoxemia refratária e diminuição da *compliance* pulmonar.

No que se refere à disfunção renal associada a sepsis, esta resulta do processo de hipoperfusão tecidual (com ou sem hipotensão) e de lesão inflamatória, que resulta em um dano isquémico e disfunção tubular renal, traduzindo-se em queda da taxa de filtração glomerular e elevação da creatinina, com progressiva oligoanúria. A ressuscitação clínica inicial, com restauração da volemia pode reverter o processo e evitar a necrose tubular aguda, que poderá aumentar muito a morbimortalidade, apesar da terapia renal substitutiva precoce.

A sepsis frequentemente implica ao nível gastrointestinal, um retardo precoce no esvaziamento gástrico e aparecimento de úlceras de estresse, progressivamente, ocorre um comprometimento estrutural da mucosa intestinal e translocação de bactérias e de seus produtos tóxicos para os vasos sanguíneos.

Ao nível hematológico, as anormalidades habituais são a leucocitose, e eventualmente, pode haver leucopenia. Simultaneamente, a anemia é progressiva, decorrente da diminuição da produção de eritropoietina, bloqueio medular e perda de sangue, e a trombocitopenia ocorre devido a um consumo periférico aumentado.

O quadro de coagulação intravascular disseminada pode ocorrer pelo estímulo inflamatório da coagulação presente, caracterizando-se pela facilitação da hemorragia e por deposição de fibrina na microcirculação, com consequente isquemia de órgãos.

É ao nível metabólico que ocorrem as disfunções mais comuns e precoces na sepsis, constatando-se hiperglicemia por estímulo da glicogenólise, pois apesar da elevação da secreção de insulina esta não é proporcional aos níveis glicémicos, havendo simultaneamente um aumento da resistência periférica aos seus efeitos, além da elevação da secreção de catecolaminas, do glucagon e de glicocorticóides endógenos.

No que se refere ao domínio neurológico, podem ser observadas diferentes alterações do nível de consciência, variando desde um estado confusional leve até estupor e coma, caracterizando a disfunção neurológica associada a sepsis.

Torna-se assim fundamental, na perspectiva de diversos autores (Phipps & et al., 2003; Bridges & Dukes, 2005; Stacy & Urden, 2008; Dellinger & et al., 2013) a estreita e permanente vigilância hemodinâmica do cliente e da perfusão tecidual dos diferentes órgãos, com vista a manutenção da vida do cliente, estabilizando-o e/ou minimizando efeitos, o que implica um conjunto complicado de tecnologia e procedimentos invasivos, conduzindo a múltiplas e constantes observações por parte dos profissionais de saúde.

Neste sentido por um lado, a PSC perde o controlo sobre a maior parte dos acontecimentos, não dependendo de si a satisfação de necessidades básicas, como a hidratação, a alimentação, a eliminação, a mobilização e o descanso, ou a redução dos fatores que lhe são nocivos, como o ruído ou a luminosidade (Armendariz & et

al., 2004; Caetano & et al., 2007; Almeida & Ribeiro, 2008; Roxo, 2008). Por outro lado, frequentemente, a PSC apreende-se como objeto de observação subordinado ao poder dos profissionais de saúde, referindo um sentimento de ambiguidade, na medida em que se sente um objeto de vigilância clínica, mas invisível a nível pessoal, “fundindo-se com um item a ser monitorizado” (Alapack & et al., 2007, p.155). Esta afirmação parece corroborar o texto de Bernard Honoré:

parado nas minhas atividades, tomado pelo incómodo e pela dor eu continuo a existir no meu corpo. Eu existo em sofrimento. Este sofrimento tem várias componentes, não somente o sofrimento ligado à dor, mas também o sofrimento que resulta do ataque à minha integridade corporal, limitando as minhas capacidades, sofrimento que resulta de perturbação ou interrupção das atividades que dão sentido à minha vida, sofrimento ainda, de ver o meu corpo tornar-se objeto de análises, de intervenções que eu não entendo bem, de o ver, de algum modo, tornar-se estranho e escapar-me (Honoré, 2004, p.103).

Simultaneamente a PSC por sepsis, como resultado do processo fisiopatológico, apresenta incremento nomeadamente nos níveis de citocinas, o que associado à vivência do processo terapêutico o expõe a um nível elevado de *stress* “indutor da libertação de neurotransmissores, neuropeptídeos e citocinas” (Papathanassoglou, 2010, p.119), contribuindo exponencialmente para o *stress* celular, dano oxidativo e coagulopatias.

Outros aspetos a realçar são: o medo de morrer, um aspeto referido em estudos no âmbito do cuidado ao cliente em situação crítica (Alapack & et al., 2007; Almeida & Ribeiro, 2008) intimamente relacionado com o desconhecimento do ambiente de cuidados e da evolução clínica; a dificuldade na comunicação e o escasso contato social e familiar (Armendariz & et al., 2004; Alapack & et al., 2007). Na essência, segundo Locsin & Kongsuwan (2013), os clientes em ambiente de cuidados críticos sofrem desde medo a insegurança, não se sentem eles próprios, têm pesadelos, pensando frequentemente mais em morrer do que em continuar a viver em sofrimento, assim, sendo este o ambiente de cuidados à PSC por sepsis poderá afirmar-se que estas vivências lhes são familiares.

Em paralelo a estas vivências do cliente, também os familiares desenvolvem as suas próprias vivências de vulnerabilidade, expressando “impotência, incerteza, temor, ameaças reais ou imaginárias, mudanças de comportamento, alteração de hábitos de vida, perda” (Bott & et al., 1996; Freitas & et al., 2012) influenciando estas

vivências a integridade dos familiares como seres biopsicossociais, prejudicando a sua organização e o seu bem-estar, sendo que, sobretudo durante o período crítico, a família pretende sentir-se confiante de que o seu ente querido recebe o melhor cuidado possível (Omari, 2009).

Logo, é primordial harmonizar as exigências da subjetividade com sinais objetivos, tentando restabelecer o vínculo quebrado entre “o ato do cuidado e a ação como cuidado” Honoré (2004, p.78). Em certas circunstâncias, o cuidado não significa mais que um ato prestado, que se executa em condições bem precisas, procurando fazer bem, encontrando-se ausentes outras perspectivas, significações que poderão abrir caminho às possibilidades existenciais de dar sentido à ação, que por sua vez consiste em procurar como em função do estado da pessoa, é possível aliviá-la ao máximo daquilo que a preocupa, dando-lhe segurança (Honoré, 2004), desenvolvendo uma intervenção de enfermagem preventiva de complicações, limitativa de incapacidades e promotora da confortação do adulto.

Pode assim afirmar-se, que estes aspetos constituem necessidades resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, tanto para o cliente, como para a sua família, ou seja necessidades em cuidados de saúde a que o enfermeiro precisa de dar resposta fortalecendo através de alívio, tranquilidade e transcendência ao nível físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, procurando mais do que ausência de dor ou outros desconfortos (Kolcaba, 2003, 2009). Assim qualquer necessidade em cuidados de saúde é uma necessidade de conforto, sendo este “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)” (Kolcaba, 2003, p.16).

A complexidade atribuída ao cuidado e assumida por Kolcaba é simultaneamente corroborada por Swanson (1993), na medida em que enfatiza o fato de o foco do cuidado não ser somente a melhoria da doença, por si só, mas também o ajudar o cliente a alcançar, manter ou recuperar o seu nível de bem-estar, tendo em conta as exigências pessoais e ambientais, as restrições e os recursos, perante as quais se encontra. Estes são aspetos também reforçados por Baldwin & et al. (2005), na medida em que realçam um cuidado vivido momento a momento, em relação com quem se cuida, em que o enfermeiro não diagnostica nem compensa deficiências, mas partilha e vive experiências em cada cuidado, crescendo tanto o cliente como o

enfermeiro na sua individualidade. O enfermeiro entra intencionalmente no mundo do outro, a fim de conhecer o outro, como este vive o momento de cuidado, estimulando a expressão dos seus sonhos e aspirações e utilizando como ingredientes de cuidar: o conhecimento, a esperança, a coragem, a confiança e a honestidade (Baldwin & et al., 2005).

Deste modo, realça-se o estabelecimento de uma ligação significativa, dando significado ao encontro com o cliente, enquanto premissa essencial à profissão de Enfermagem (Hesbeen, 2000), sendo a relação a componente complexa da qual resulta o cuidado. Esta segundo Swanson (1993), envolve aspetos como: a filosofia de cuidado para com o cliente, o entendimento informado do estado clínico do cliente, a mensagem transmitida, as ações terapêuticas e o resultado pretendido, que se traduzem ao longo de todo o processo de cuidado em crescimento, relacionamento, individualização, intimidade e sentido de compromisso e responsabilidade para com o Outro.

No âmbito das ações terapêuticas, inclui-se de acordo com Swanson (1993) o confortar enquanto modo de fazer por no processo de cuidar, a par de outros tais como, antecipar necessidades, desempenhar com competência e habilidade, proteger o outro da ameaça e preservar a dignidade do outro. O processo de confortar contém em si, estratégias de fazer por (Swanson, 1993), no sentido de fazer à medida das necessidades e capacidades do cliente, precisamente com vista a melhorar o conforto sem descorar a preservação da independência e integridade. Ou seja para fazer por “o enfermeiro precisa balancear entre, em que medida fazer algo em substituição da pessoa, e em que medida facilitar o desejo desta” (Swanson, 1993, p. 356).

De modo a dar resposta às necessidades de conforto, segundo Hawley (2000) e Oliveira (2011), surgem intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, implementadas face a angústia /desconforto ou de forma proactiva em situações onde a angústia/desconforto são antecipados: os cuidados de conforto.

Os ambientes de cuidado de PSC maioritariamente orientados para a cura, com recurso a alta tecnologia, onde os esforços para promover o conforto muitas vezes passam despercebidos e/ou não são conhecidos, ou quando explicitado parece

estar ligado à dimensão física, aos cuidados de higiene, alternância de decúbitos, massagem e controlo da dor. Mas, confortar é bem mais abrangente, nomeadamente porque se pauta pelo cariz holístico do cuidado, como analisa Kolcaba (2009), ao explorar os diferentes contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) e como define Oliveira (2008), para quem confortar, em ambiente de cuidados agudos a adultos e idosos é:

um processo tecnicamente complexo e pessoalmente exigente de procura incessante e proativa do maior conforto global possível, presente e futuro, da pessoa cuidada: um trabalho fundado no compromisso pessoal e ético do enfermeiro, interativo e criativo, de intervenção e decisão com e em favor da pessoa – mesmo face à inevitabilidade de gerar desconforto e de defrontar constrangimentos (Oliveira, 2008).

Deste modo, num paradigma que se define como da simultaneidade, entre a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva do cuidado, o desafio para o enfermeiro, segundo diversos autores (Hawley, 2000; Nascimento & Trentini, 2004; Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), prende-se com construção de intervenções de enfermagem que equilibrem as componentes objetivas e mensuráveis do processo saúde-doença, as componentes subjetivas inerentes à experiência vivida pelo cliente e família, para que o cuidado se manifeste na ação, podendo assim criar condições para “melhorar o estado de conforto do cliente (ou diminuir o desconforto experimentado)” (Oliveira, 2008, p.2).

Neste sentido, é primordial a identificação das expectativas e das preocupações do cliente e família, de modo a diminuir a sua angústia e a sua ansiedade, através da construção de uma relação de confiança e ajuda, na tentativa de o enfermeiro se envolver no cuidado e satisfazer as necessidades psicoespirituais do cliente e família, invertendo a tendência para o desenvolvimento de sintomas psicóticos e delírio, superando diversas dificuldades físicas, psíquicas, espirituais e sociais, e assim diminuir duração do internamento, como corrobora Papathanassoglou (2010). Só deste modo é possível valorizar as experiências vividas pelos clientes e famílias, e assim simultaneamente cuidar com os objetivos de atingir um cuidado confortador indiretamente associado indicadores de mortalidade, de controlo de sintomas (desconforto do ponto vista, físico, psicológico e social) e de satisfação, enquanto resultados de enfermagem a que, segundo Doran (2011), os mesmos são sensíveis.

Assim, no âmbito deste Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização de PSC, propôs-me a dar resposta ao seguinte problema: **Qual a intervenção de enfermagem especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na conforção da PSC por sepsis e família?**

Este toma relevância, através:

- Da procura desde do início deste processo de aquisição de competências que a opção temática tivesse coerência com minha pessoa, os meus interesses e valores, percurso profissional, bem como participar no desenvolvimento do conhecimento no âmbito dos cuidados críticos que sustente a prática de enfermagem, desenvolver uma prática baseada na evidência e promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, em coerência com os objetivos do ciclo de estudos;
- Da importância do empenho do enfermeiro na melhoria da informação e no aumento do conhecimento sobre o significado do suporte emocional, do conforto ambiental (Sammuelson, 2011), para com a PSC, caracterizada por elevada vulnerabilidade, sendo que este deveria ser o maior objetivo nomeadamente de todas as unidades de cuidados intensivos;
- Da direção oposta que tecnologia e cuidado confortador têm tomado, travando uma batalha para definir quem é de maior “importância”. Contudo, de todo este será o caminho, na medida em que a tecnologia e o cuidado confortador devem caminhar uma direção única, de modo a garantir que o cliente recebe o melhor possível, tomando o papel principal na trama do cuidado (Oliveira, 2013).

Assim, partindo deste problema, e dado que “o enfermeiro está numa posição única para influenciar o processo terapêutico” (Dawson, 2006, p.314), pretendi desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades, através de uma postura de autonomia, com vista a construir transformação pessoal e das situações que enfrento (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2. METODOLOGIA E OBJETIVOS DE ESTÁGIO

De acordo com Castro & Ricardo (1993), a metodologia por trabalho de projeto é orientada para a resolução de um problema, com vista a desenvolver um trabalho decidido, planejado e organizado, visando a mobilização integrada de saberes culturais, científicos e tecnológicos procurando que o formando saiba fazer; daí que para o desenvolvimento de competências especializadas este tenha sido o método de trabalho desenvolvido.

Este método organiza-se de acordo com algumas etapas fundamentais: identificação da situação problema; organização e planificação do trabalho; recolha de informação; ponto da situação e avaliação do processo; tratamento da informação recolhida e preparação do relatório e apresentação do relatório final (Castro & Ricardo, 1993).

Após identificação da situação problema, como explicitado no capítulo anterior no seguimento do trabalho desenvolvido durante o segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, em sede de Projeto de Estágio, para a sua realização o estágio foi organizado e planeado com base nos objetivos formulados, tendo em conta os conhecimentos, capacidades e habilidades especializadas a que me propôs desenvolver, permitindo selecionar conteúdos, eleger atividades e avaliar progressos. Deste modo, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC, conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem, através da resposta à questão referida anteriormente, procurando construir uma intervenção de enfermagem especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na conforção da PSC, nomeadamente por sepsis, e família, foram concretizados os seguintes objetivos:

- Identificar precoce e antecipadamente situações de instabilidade e risco de falência orgânica da PSC nomeadamente por sepsis;
- Gerir de protocolos terapêuticos com vista a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações da PSC nomeadamente por sepsis.
- Construir uma relação terapêutica e comunicação interpessoal eficaz com a PSC e família nomeadamente por sepsis;

- Construir uma intervenção confortadora e promotora da segurança com a PSC e família nomeadamente por sepsis;
- Fundamentar o cuidado de enfermagem especializado na evidência disponível;
- Demonstrar capacidade reflexiva dos processos de cuidados e de ensino-aprendizagem.

Para a satisfação dos objetivos foi indispensável reconhecer quais os recursos que contribuiriam para o desenvolvimento do Projeto de estágio. No âmbito do trabalho desenvolvido na fase de trabalho de campo do projeto de estágio durante o segundo semestre, foram determinados os recursos necessários, nomeadamente locais de estágio, mediante coerência com os objetivos do Projeto.

Assim, fez todo o sentido o estágio decorrer em ambiente de Serviço de Urgência Polivalente (SUP), por ausência de experiência no mesmo, numa demanda de progressiva iniciativa e proatividade, procurando alcançar o estágio de proficiência de Competente, estabelecendo uma perspetiva e baseando-se sobre análise consciente e abstrata dos problemas (Benner, 2001, p.53). Outros dos campos de estágio, foi uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), procurando demonstrar o estágio de Perito, e assim concretizar processos de tomada de decisão numa perspetiva mais holística (Benner, 2001, p.58).

No que diz respeito ao SUP durante oito semanas, a estratégia utilizada foi a passagem pelas diferentes valências (começando pela triagem, passando pela ativação das vias verdes acidente vascular cerebral e sepsis, e ainda pelo cuidado em valência de “balcão” de atendimento geral, tendo em conta a minha inexperiência em SUP), mas com maior permanência na sala de reanimação e de trauma, responsabilizando-me pelo cuidado a alguns clientes. Durante oito semanas, na UCIP a estratégia adotada foi a de me responsabilizar pelo cuidado a apenas um cliente em cada turno de estágio.

Estes campos de estágio possibilitaram o contato e cuidado frequentes à PSC, nomeadamente por sepsis, e família, tanto numa fase precoce de diagnóstico e intervenção, como numa fase mais tardia de falência (multi) orgânica, visando uma intervenção de enfermagem especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na confortação da PSC, nomeadamente por sepsis, e família. A informação colhida, através: de entrevistas informais com os diferentes enfermeiros

(nomeadamente com o enfermeiro orientador); da observação da prestação de cuidados dos profissionais, e durante a prestação de cuidados realizada por mim, nos diferentes locais de estágio permitiu de fato maximizar aprendizagens, mobilizando competências adquiridas, adequando-as à realidade.

Em ambos os locais de estágio desenvolvi cuidados sob orientação e supervisão de um enfermeiro com competências especializadas no cuidado à PSC. Elaborei jornais de aprendizagem e um estudo de caso, em cada um dos locais de estágio. Foram concretizados momentos de pausa e reflexão sobre as dificuldades e as descobertas, através quer dos trabalhos realizados, como através dos momentos de avaliação do processo realizados junto do tutor e dos enfermeiros orientadores.

Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC, foi realizada uma observação das práticas de cuidado de enfermagem em pediatria, recolhendo mais-valias no âmbito da comunicação eficaz, relação terapêutica e cuidado centrado no cliente e família, em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed). Foram definidas algumas linhas orientadoras dos aspetos a observar, reservando espaço para novas categorias que pudessem surgir (observação semiestruturada), contrariamente ao definido no projeto procurando beneficiar da observação de aspetos não definidos à partida o que seria muito provável no domínio da interação enfermeiro-cliente/família, sendo a imprevisibilidade e a espontaneidade caracterizadoras da idade pediátrica.

De modo a reportar os resultados parciais ou totais de todo o estágio e simultaneamente permitir a exposição a reflexão sobre o processo de desenvolvimento de competências, assim como a explicitação e avaliação do processo, é essencial que os elementos que permitem inferir sobre o percurso realizado, tais como objetivos e atividades, sejam aqui debatidos. Deste modo este relatório assenta na sua exposição de uma forma crítica e reflexiva.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS

Sendo o processo reflexivo “um processo de tomada de consciência de respostas, de influências, e de consequências de situações complexas caracterizadas por instabilidade e incerteza, e conduz a um modo de chegar ao conhecimento e antecipar novas formas de intervir” (Silva, 2007), este foi uma constante durante prática de cuidados no decorrer de todo o estágio, tal como a mobilização da teoria, permitindo assim desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades necessárias ao cuidado especializado.

O conhecimento de um conjunto específico de condições tais como: o motivo de internamento do cliente, a filosofia de cuidados, os recursos de enfermagem e as modalidades de apoio organizacional na dinâmica de trabalho, têm consequências na prestação de cuidados, em cada contexto de trabalho (Costa, 2004). Esperando maximizar a aprendizagem, em virtude do conhecimento da dinâmica funcional e organizacional de SUP e UCIP, a observação, as entrevistas informais junto de enfermeiros, a consulta de documentação e a própria pesquisa bibliográfica, permitiram o conhecimento da realidade, revelando-se pilares fundamentais ao processo de desenvolvimento de competências especializadas.

Este conhecimento da realidade permitiu melhor ajuste à dinâmica, aos diferentes profissionais e ao espaço, e promoveu simultaneamente um ciclo de observação-conhecimento-questionamento-conhecimento sobre determinados aspetos, encontrando-me amplamente disponível para que aprendizagens no âmbito da gestão de protocolos terapêuticos, identificação de focos de instabilidade e de construção de estratégias de comunicação eficaz, se concretizassem na íntegra e acima de tudo de forma integrada, tendo em vista o desenvolvimento de competências para o cuidado a uma PSC e família global – e no caso, especializado.

Em simultâneo ao processo de observação e questionamento sobre o ambiente de cuidado, investi no envolvimento na prestação de cuidados, optando por me focar num cliente e família concretos possibilitando-me gerir uma situação de cuidados concreta e particular, abrindo espaço à reflexão sobre as ações de cuidado, à

consulta documentação relevante (como por exemplo, protocolos de atuação, normas de procedimento) e à discussão clínica junto de enfermeiros/enfermeiro orientador. Logo, estar centrada num cliente e sua família possibilitou perceber como se organizam e funcionam os ambientes de cuidados, nomeadamente no que se refere a: valências, competências exigidas e dinâmica de comunicação e trabalho interprofissional, maximizando aprendizagens, mobilizando competências adquiridas e desenvolvendo competências através da mobilização de conhecimentos, capacidades e habilidades adequados à realidade dos diferentes locais de estágio, tendo por referência as necessidades de cuidados do cliente e família.

Este capítulo pretende explicitar as dificuldades e constrangimentos sentidos, os contributos colhidos e as aprendizagens concretizadas durante o estágio. Organiza-se com base nos objetivos e apresenta, sintetiza e reflete sobre as atividades e as aprendizagens, em SUP, UCIPed e UCIP, com vista a construir uma intervenção de enfermagem especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na confortação da PSC, nomeadamente por sepsis, e família e assim desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades especializadas de enfermagem no cuidado a este cliente.

3.1. Identificar precoce e antecipadamente situações de instabilidade e risco de falência orgânica da PSC nomeadamente por sepsis

A identificação de sinais indicadores de agravamento, de resposta favorável à terapêutica/procedimento terapêutico, ou de aparecimento de complicações, é um dos aspetos que marca o meu exercício profissional diário. As diferenças entre o meu exercício diário e o exercício da enfermagem em urgência situam-se no propósito e no tempo em que decorre a ação, sendo que no ambiente de cuidados intensivos predominantemente controlado e em que o inesperado é definido por alguma previsibilidade e estando os meios para o cuidado maioritariamente assegurados, enquanto no serviço de urgência o cliente requer uma avaliação rápida, correta e sistemática. O objetivo é identificar e tratar rapidamente, de forma sistemática, condições que ameacem a vida do cliente sobre o qual frequentemente

se sabe pouco, desempenhando a triagem um papel fundamental neste âmbito, enquanto atividade organizadora do SUP.

A observação da atuação do enfermeiro na valência de triagem permitiu-me constatar que a triagem de Manchester visa identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada. Consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o respetivo fluxograma de decisão; perante a identificação do discriminador (ou seja através da pergunta do algoritmo que tem resposta positiva) determina-se a prioridade clínica.

Assim, que um cliente se sentava diante do enfermeiro e lhe era questionado o motivo da sua vinda ao SUP, eu própria, apesar de não estar responsável por triar, iniciava um esquema mental de qual seria a minha opção de triagem no que se refere ao algoritmo, qual o fluxograma em que iniciaria o processo, e qual o discriminador. Foi possível constatar que por vezes a inespecificidade das queixas dos clientes, deixa dúvidas sobre que rumo seguir, que fluxograma optar.

A compreensão do processo de triagem, o acolhimento do cliente e o encaminhamento no SUP, foram as minhas preocupações. A triagem de Manchester é o início do circuito do cliente pelo SUP. A atenção que prestamos às suas queixas e a direção que damos ao cuidado naquele momento, são aspetos que me fizeram encarar a triagem como janela de oportunidade para promover e proteger a saúde. Simultaneamente percebi a importância de ser um enfermeiro perito a realizar esta função. O nível de perícia do enfermeiro permite-lhe valorizar dados subtis que sustentam um julgamento clínico para além do sugerido pelo algoritmo, eventualmente pela capacidade em perceber situações de modo global e de dar lugar à intuição, atributos do enfermeiro perito (Benner, 2001), proporcionando maior êxito do processo de triagem.

Com o decorrer do estágio em SUP e em UCIP, a minha postura tornou-se proativa na identificação das necessidades de avaliação do cliente, antecipando intervenções a realizar, como seja a monitorização hemodinâmica do cliente ou identificação de sinais de instabilidade, descompensação ou potenciadores de complicações, de modo a dar início à intervenção terapêutica. São exemplos: o reconhecimento de taquicardia, polipneia e hipotensão, como critérios de inclusão para ativação de via

verde sepsis; o alerta para a hipertensão arterial em cliente neurocrítico, fundamental para a prevenção da lesão cerebral secundária; a atenção a alterações na mobilidade e sensibilidade dos membros face a cliente vítima de trauma.

No decorrer do estágio, tanto em SUP como em UCIP, foram desenvolvidos em sede de plano terapêutico, estudos de caso contextualizados com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o processo de cuidados de enfermagem a clientes em situação crítica por sepsis, em ambiente de sala de Reanimação em SUP e em UCIP. Estes permitiram aprofundar e expor conhecimentos, capacidades e habilidades de avaliação sistémica e sistematizada; identificação de focos de instabilidade e implementação de respostas apropriadas e individualizadas, tendo sido fundamental recorrer a técnicas de observação e de entrevista, ao cliente e à família.

Graças à observação e à entrevista (tomando a escuta ativa um papel primordial), o cliente forneceu os dados necessários à compreensão das suas dificuldades e, posteriormente à planificação das intervenções, simultaneamente a família constitui frequentemente, uma boa fonte de informação.

A observação tratando-se de uma “atenção sistematicamente dirigida onde a inteligência e os sentidos se deixam impregnar pelas suas perceções e colocam a pessoa que observa em estado de alerta, em expectativa do que se vai passar” (Phaneuf, 2004, p.148), representou um dos papéis principais no sentido de dar resposta a este objetivo. Foi através da utilização desta técnica que foi possível reconhecer sinais de alerta, tanto objetivos (como por exemplo, frequência cardíaca, pressão arterial, sincronia cliente-ventilador), como subjetivos (como por exemplo, expressão facial e postura), enquanto preditivos de instabilidade ou instalação de complicações.

A entrevista enquanto “comunicação iniciada com determinado fim” (Elkin, Perry, & Potter, 2000, p.38), nestes ambientes de cuidados um contato inicial com o cliente começou por ter como objetivo recolher dados, através da colocação de questões e do estabelecimento de uma relação com o cliente e/ou com a família deixando-os à vontade para se exprimir, de modo a aprofundar e compreender as necessidades e as dificuldades e a planificar cuidados personalizados e de qualidade.

Posteriormente a entrevista desenvolveu-se associando o objetivo de proporcionar suporte psicológico ajudando o cliente e/ou família a colocar dificuldades em palavras.

Uma das componentes fundamentais da entrevista é a escuta ativa, uma vez que só através dela ouvi de modo atento, disponível e comprometido (Elkin, Perry, & Potter, 2000), esforçando-me para compreender o que me era dito e quem mo dizia, valorizando expressões como, “não estou nada bem” por exemplo, oferecendo o reflexo que tinha compreendido ao cliente e/ou família, favorecendo o aprofundamento e a precisão do conhecimento do cliente e/ou família (Phaneuf, 2004).

Em suma, de modo a identificar precoce e antecipadamente situações de instabilidade e risco de falência orgânica com a PSC nomeadamente por sepsis, o desafio consistiu em ser competente de muitas formas na prestação de cuidados de enfermagem a uma pessoa singular Riley (2000).

3.2. Gerir protocolos terapêuticos com vista a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações da PSC nomeadamente por sepsis

Como já referido anteriormente, no SUP, a via verde sepsis representa, no âmbito da intervenção de enfermagem à PSC por sepsis, um papel fundamental.

Tendo por base a *bundle*, a minha intervenção ao nível da gestão deste protocolo terapêutico assentou grandemente na consecução de objetivos terapêuticos, como a antibioterapia atempada após colheita de amostras (nomeadamente sangue e urina) e otimização da entrega de oxigénio a nível tecidual, procurando melhorar significativamente o prognóstico do cliente.

Face à presença de uma suspeita clínica de infeção, foi desencadeada a vigilância da frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal (critérios de síndrome de resposta inflamatória sistémica), posteriormente verificando-se ausência de critérios de exclusão e na presença de sinais de hipoperfusão foram

prestados cuidados guiados por objetivos terapêuticos, contudo este foi um processo não muito frequente durante o estágio em SUP.

A ativação e o desenvolvimento da via verde sepsis só foram presenciados algumas vezes, contudo, na tentativa de perceber este fenômeno no SUP de um hospital central, foram colocadas questões junto de enfermeiros/enfermeiro orientador. Questões sobre razões para a não ativação de via verde face a um cliente com critérios de inclusão e na ausência de critérios de exclusão ou sobre o desenvolvimento do processo terapêutico dirigido ao sinal e não há causa, admitindo sinais como taquicardia, hipotensão ou polipneia, como sugestivos de descompensação cardíaca e/ou ventilatória e não de sepsis, relegando o tratamento da causa.

Tendo em conta a minha inexperiência em SUP, todas as oportunidades foram momentos de aprendizagem do cuidado especializado com a PSC, mesmo que sem suspeita de infecção. Deste modo a possibilidade de acompanhar ativação e desenvolvimento da via verde acidente vascular cerebral, revelou-se uma mais-valia. A partir da triagem e “balcão” de atendimento geral, após deteção dos primeiros sinais, rapidamente os clientes foram acompanhados para realização de tomografia axial computadorizada e/ou angiografia cerebral, mantendo vigilância de alterações neurológicas e pressão arterial, avaliando o valor de *International Normalized Ratio* (como indicador de anticoagulação) e simultaneamente antecipando necessidade de administração de terapêutica, nomeadamente trombolítica ou anti-hipertensora.

Com o objetivo de maximizar aprendizagens, foi importante a passagem por “balcão” de atendimento geral, assentando a minha intervenção sobretudo na compreensão sobre o papel do enfermeiro especialista nesta valência, com vista ao desenvolvimento de cuidados seguros e competentes. Assim as principais atividades desenvolvidas foram: a observação; a entrevista; a consulta de documentação; a colaboração pontual na prestação de cuidados ao cliente e família (sendo a passagem por esta valência de menor dimensão em comparação com salas de reanimação e de trauma); a análise, discussão e reflexão sobre os aspetos vividos.

A esta valência ocorrem clientes com mais de dezoito de idade, com menor ou maior grau de dependência, contudo a maioria são de idade avançada, com grau de

dependência elevado e residentes em lar, com apoio de familiares ou sem apoio, dependentes ou não de serviço social. Os clientes independentemente da sua idade, permanecem longas horas em macas que distam entre si, por vezes, apenas um palmo, tornando as condições proporcionadas ao cliente, ao acompanhante, aos cuidadores e ao cuidado de difícil gestão. Foi fundamental gerir: por um lado, a vigilância de sinais e sintomas dos clientes, os requisitos para prevenção e controlo de infeção, o cumprimento das prescrições médicas, a realização de exames complementares de diagnóstico; por outro lado, o respeito pela dignidade e pelo direito à privacidade, à informação e, tudo isto tendo em conta, sobretudo, os condicionalismos de espaço físico.

Nesta valência desenvolvi intervenções essencialmente interdependentes, procurando abrir espaço à intervenção autónoma de enfermagem, investindo na vigilância de que estes clientes necessitam, uma vez que seria fácil perder-me no cumprimento de prescrições e nas múltiplas solicitações de clientes, acompanhantes e outros profissionais. Assim fui aprimorando capacidades que permitissem, num ambiente frequentemente caótico como o de “balcão” de atendimento geral, ser capaz de vigiar de modo eficiente, seguro e eficaz, de modo a assegurar a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações, e simultaneamente desenvolvi capacidade e habilidades do domínio da comunicação e relação terapêutica eficazes (como explicitado no subcapítulo seguinte). Assim procurei rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando iniciativa na discussão de situações e procedimentos de trabalho, promovendo um ambiente seguro, tendo em conta os recursos e o ambiente de cuidados, tendo sido a reflexão primordial na passagem por esta valência.

No que se refere ao cuidado de enfermagem prevalente nas salas de reanimação e de trauma, inicialmente a principal atividade foi a observação. É adotada nestas valências, uma abordagem de avaliação intervenção ABCDE, como forma sistematizada de avaliar a condição do cliente, de modo a antecipar ou detetar condições que coloquem em risco a vida do mesmo. Esta é a abordagem base, da maioria dos cuidados prestados neste SUP, tomando especial relevo nas valências de reanimação e trauma, na medida em que permite uma avaliação sistematizada, rápida e criteriosa, proporcionando uma visão geral da finalidade, dos conceitos de

intervenção imediata com o cliente e dos princípios inerentes aos cuidados a prestar, conduzindo à identificação das condições que ameaçam a vida e a orientação das medidas de ressuscitação a instituir (Nunes & et al., 2009; Society of Trauma Nurses, 2008).

A avaliação segue uma ordem de prioridades: via aérea permeável (A – *airway*), respiração e ventilação (B- *breathing*), circulação (C- *circulation*), exame neurológico sumário (D – *disability*) e exposição (E- *exposure*). A avaliação primária, realizada em simultâneo com a ressuscitação, atribuindo a esta abordagem um carácter de protocolo terapêutico, decorreu com rapidez e de forma sequencial no que se refere ao ABCDE. O recurso a adjuvantes como a cateterização vesical, a avaliação dos sinais vitais, a monitorização cardíaca e a saturação periférica de oxigénio, foi facilitador. A esta avaliação seguiu-se uma outra secundária, constituída por: motivo de vinda ao SUP, deteção de lesões de menor gravidade, ou que passaram despercebidas na primeira observação, e pelo exame físico detalhado (por sistema ou segmento anatómico) para avaliação da magnitude exata das lesões, sendo colhido sangue para análise laboratorial, como estratégia adjuvante.

Deste modo cuidar a PSC, tendo esta abordagem sistematizada e científica como adjuvante permitiu controlo e previsão, aumentando a eficácia de todo o processo e conferindo maior segurança na minha atuação, na medida em que direcionou o olhar para aspetos fulcrais e sequenciados, impedindo a dispersão na ação, conferindo objetividade e aprimorando a vigilância, para reconhecimento de alterações resultantes do processo de doença ou da intervenção terapêutica realizada, num ciclo de avaliação-intervenção-avaliação (Silva & et al., 2002). Deste modo esta abordagem facilitou a identificação, estratificação e consecução de objetivos terapêuticos, realizada por mim neste local de estágio, sendo que as competências adquiridas em formação de Suporte Avançado de Vida e Suporte avançado de Vida em Trauma foram uma mais-valia associada à experiência profissional em ambiente de cuidados intensivos e à revisão de literatura realizada.

No que diz respeito à UCIP, realça-se a componente física, como um dos grandes desafios para mim no que se refere à dinâmica de trabalho com influência direta sobre a gestão de protocolos terapêuticos com vista a estabilização, recuperação

e/ou minimização de complicações à PSC, nomeadamente por sepsis. Contrariamente ao verificado em ambientes de cuidados em que o espaço físico determina a existência de diferentes salas, como ocorre no local onde presto cuidados diariamente, o trabalho na UCIP desenvolveu-se num espaço amplo e funcional (*openspace*), com menor dispersão de clientes e de recursos, concentrando num único espaço todos os clientes em situação crítica, sob uma vigilância facilitada pela ausência de barreiras físicas, promotora de comunicação de e para os profissionais, promovendo o trabalho em equipa.

Durante a prática de cuidados sempre expeável e vÍgil do cuidado à PSC, nomeadamente por sepsis, o processo de enfermagem foi fluÍdo e dinÁmico, foram aplicados os princÍpios do processo de enfermagem, mas ocorreram diversos avanços recuos pelas diferentes fases do mesmo, uma vez que procurei rapidamente avaliar as situações e correlacionar informaÇão mentalmente, identificando que passos do processo de enfermagem poderiam ser combinados ou colocados em segundo plano (Alfaro-Lefevre, 2013).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), constituem padrões de qualidade dos cuidados à PSC a identificação tÃo rÁpida quanto possÍvel dos problemas potenciais da PSC que permita a prescriÇão, a implementaÇão e a avaliaÇão de intervenções que contribuÍam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejÁveis, sendo exigido rigor tÉcnico/científico na implementaÇão destas intervenções e responsabilizaÇão pelas decisões que toma, pelos atos que pratica, assim como uma gestÃo adequada de protocolos terapêuticos complexos.

Para tal foi fundamental utilizar o pensamento de modo completo, integrando as suas trÊs perspetivas (Alfaro-Lefevre, 2013). Por um lado, durante o cuidado o raciocÍnio foi rÁpido e dinÁmico, considerando vÁrias coisas ao mesmo tempo e desempenhando a mobilizaÇão de conhecimento, capacidades e habilidades prévias uma grande influência (pensar em aÇão), antecipando o que poderia acontecer, e como interviria em cada situaÇão (pensar antecipadamente). Por outro lado, apés cada momento de cuidado, foi analisado o raciocÍnio desenvolvido procurando maior compreensÃo sobre o processo de pensamento utilizado, de modo a melhorÁ-lo.

Apesar de esta análise ocorrer também durante o cuidado, a reflexão que acontece após o acontecimento revelou-se uma mais-valia trazendo novas perspectivas, mais profundidade, e uma maior precisão. Assim, os estudos de caso desenvolvidos em sede de plano terapêutico durante o estágio, tanto em SUP como em UCIP, permitiram aprofundar e expor conhecimentos, capacidades e habilidades de estruturação da resposta às necessidades de cuidados específicas do cliente e de organização dos dados e das informações, de forma a contribuir para o desenvolvimento de respostas apropriadas passíveis de monitorização e avaliação. O carácter permanente e contínuo da monitorização e avaliação revelou-se pouco explícito em sede de estudo de caso desenvolvido em SUP, um fator inerente ao cuidado à PSC por sepsis, logo o estudo de caso realizado em UCIP, procurou entre outros aspetos, clarificar o carácter sempre expectável e vígil do cuidado de enfermagem à PSC por sepsis.

No âmbito do estudo de caso foi realizada uma colheita de dados subjetivos e objetivos de modo a investigar a situação, sendo que em ambos os locais de estágio, com a finalidade de concentrar o meu pensamento em obter resultados precisos em cada situação, procurando a diferença entre o sucesso ou o fracasso, um pensamento deliberado e informado (Alfaro-Lefevre, 2013). Ter sido focada num propósito de avaliação, através de uma abordagem precisa, permitiu avaliar sistematicamente, identificando alterações orgânicas/sistémicas e simultaneamente determinando necessidades de cuidados de enfermagem.

Foram registados dados relevantes para o processo de cuidados nas diferentes dimensões da pessoa que em ação foram mobilizados de modo a identificar as necessidades de cuidados do cliente, conduzindo a uma elaboração diagnóstica, que permitiu definir metas a alcançar pelo cliente para corrigir necessidades, posteriormente com recurso a indicações padronizadas para formulação de diagnósticos de enfermagem (diagnósticos da *North Association Nursing Diagnosis Association*), foi analisado todo o processo de pensamento em ação investindo na melhoria do raciocínio e da sua conceptualização.

Todo este processo de análise do pensamento e do raciocínio, incluiu não somente o levantamento de necessidades como também a reflexão sobre as intervenções

implementadas à cabeceira do cliente para atingir as metas, sob um plano que as prescreveu, vinculando-as a resultados com vista a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações da PSC, nomeadamente por sepsis.

Torna-se fundamental realçar a ausência de linearidade nas etapas de processo de enfermagem, como já referido anteriormente as suas características: mental, fluida, dinâmica e de retroalimentação, caracterizam a sua aplicação em contexto prático. Estas componentes ganham maior ênfase em ambiente de cuidados à PSC, nomeadamente por sepsis, em que eficácia, precisão e rapidez são fundamentais.

Utilizando o pensamento de modo completo, pensando à frente, em ação e reflexivamente, foi possível desenvolver conhecimento, capacidades e habilidades contextualizados, através da mobilização dos instrumentos e estratégias disponíveis em local de estágio, como seja a utilização da abordagem ABCDE ou o sistema de documentação dos cuidados. Foi possível a mobilização do conhecimento adquirido previamente, o desenvolvimento do cuidado e a reflexão sobre o raciocínio realizado para a implementação de intervenções de modo utilizar o pensamento de modo holístico (e todas as suas dimensões) e assim desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC, nomeadamente por sepsis.

Tomando como exemplo, a situação de um cliente, sujeito central de um dos estudos de caso realizado. Cliente de 73 anos de idade (senhor J.), com antecedentes pessoais de saúde: hipertensão arterial, dislipidemia, bronquiectasias (com necessidade de oxigénio de longa duração 24 horas por dia), insuficiência renal crónica, hipotiroidismo, acidente vascular cerebral há oito anos com hemiplegia do hemicorpo esquerdo sequelar, síndrome demencial, depressão major com psicose associada.

O senhor J. foi levado ao serviço de urgência por quadro de prostração e afasia com alguns dias de evolução. Após realização de exames complementares de diagnóstico, colocada hipótese diagnóstica de hematoma subdural crónico com sinais de sangramento recente. Transferido para unidade de intermédios de foro neurocirúrgico. Durante a permanência nesta unidade, *score* na escala de comas de Glasgow de 11, com abertura espontânea dos olhos, localizando a dor, emitindo sons incompreensíveis. Com progressiva depressão do estado de consciência, em

oligoanúria, com disfunção renal, condicionando desequilíbrio hidroeletrólítico, transferido para a UCIP.

Com tubo orofaríngeo, para permeabilização da via aérea, sob oxigenoterapia por máscara facial simples, a 2 l/min, polipneico (31 ciclos por minuto), respiração de amplitude superficial, de predomínio abdominal. É entubado orotraquealmente, com tubo nº 8, ao nível 25 centímetros à comissura labial, e conectado a prótese ventilatória, em modalidade controlada, contudo mantendo polipneia, com esforço inspiratório, inicia terapêutica sedativa e analgésica, com propofol, midazolam e remifentanilo. Aspiradas secreções purulentas em quantidade elevada, sendo colhida amostra para bacteriologia. Taquicárdico, com pulso filiforme e arritmico. Padrão tensional de hipotensão, tendo iniciado perfusão de vasopressor (dopamina). Colocado cateter na artéria radial direita à entrada, para monitorização contínua de tensão arterial sistólica, diastólica e média.

Para perfusão de terapêutica e monitorização de pressão venosa central, com cateter central na veia subclávia direita (há 7 dias) substituído para veia subclávia esquerda à entrada sem intercorrências.

36,5^o Celsius sob antibioterapia com linezolid, gentamicina e meropenem por *Escherichia Coli* multirresistente isolada em amostra de secreções brônquicas e *Pseudomonas Aeruginosa* e *Candida Albicans* isoladas em amostra de urina. Apresentava-se em anasarca, descorado, pouco hidratado, com sinais de má perfusão periférica. Em oligoanúria, com piúria. Colocado cateter de hemodiálise na veia femoral direita, inicia técnica de substituição renal contínua – hemodiafiltração venovenosa contínua.

Na tentativa de prevenir a acumulação de falências orgânicas e de reduzir o risco potencial de morte, as ações efetivadas procuraram a manutenção das funções ao nível hemodinâmico, ventilatório, renal e metabólico do cliente.

Por aumento da permeabilidade vascular, o cliente apresentava “Volume excessivo de líquidos” (Carpenito-Moyet, 2006), sendo: monitorizado de modo contínuo, com registo horário, frequência cardíaca e tensão arterial invasiva, frequência respiratória; monitorizado continuamente o traçado cardíaco; avaliada a pressão

venosa central; administrada terapêutica vasopressora prescrita; asseguradas as taxas prescritas de ultrafiltração e de infusão de volumes de reposição; monitorizado o débito urinário; realizado o balanço hídrico no final de cada turno; vigiando edema, quanto a evolução e localização; elevando nomeadamente o escroto e os membros.

Neste âmbito a pressão arterial constituiu-se como dos mais importantes parâmetros a avaliar sendo que apesar de por convenção a pressão arterial sistólica deve ser superior a 90 mmHg e a pressão arterial média superior a 65 mmHg, tendo em conta a hipertensão arterial como antecedente de saúde do cliente, foi considerado cerca de menos 40 mmHg do valor habitual de pressão arterial sistólica (Martins & et al., 2011). A avaliação deste parâmetro verificou-se duplamente importante tendo em conta a administração contínua de noradrenalina, enquanto terapêutica vasopressora recomendada (Dellinger & et al., 2013) na medida em que é mais potente, menos taquicardizante, mais previsível na sua ação, mas sem efeito inotrópico, daí que Kleinpell & et al.(2013) alertem para a monitorização: da resposta à terapêutica de modo contínuo e invasivo e da perfusão periférica dos tecidos, tal como foi realizado. Igualmente importante tornou-se avaliar o preenchimento venoso (entre 12 e 15 mmHg) para este cliente ventilado com pressão positiva.

Com vista ao controlo da função renal a utilização de métodos substitutivos tem sido cada vez mais eficaz e com menos complicações (Martins & et al., 2011), sendo a hemofiltração em clientes instáveis facilitadora da gestão de fluidos. Neste sentido as intervenções a este nível focaram-se na preparação e monitorização do equipamento, fluidos e eletrólitos (Kleinpell & et al., 2013). Constataram-se pressões arteriais sistólicas entre 97 e 120 mmHg, pressões arteriais diastólicas 50 – 68 mmHg, um balanço hídrico negativo, com diminuição do edema, nomeadamente a nível escrotal.

Relacionado com processo infeccioso, manifestando-se necessidade de ventilação mecânica invasiva, o cliente apresentava “Ventilação Ineficaz” (Carpenito-Moyet, 2006), tendo sido: verificado e registado parâmetros ventilatórios, pelo menos uma vez por turno e sempre que houve alteração dos mesmos; vigiados sinais de desadaptação à prótese ventilatória (polipneia, sudorese, taquicardia, fácies contraído, dessaturação, dessincronia entre os movimentos ventilatórios do cliente e

o ventilador) no decorrer de cada turno; vigiado padrão ventilatório quanto a simetria, amplitude e regularidade; mantida a cabeceira do leito elevada com ângulo entre 30° e 45° aproximadamente; inspecionada a posição do tubo orotraqueal; mantido o balão do *cuff* insuflado com o volume mínimo de oclusão; vigiado o nível de humidade nos *swível* e filtro, substituindo os mesmos a cada 24 horas, ou sempre que necessário; administrada sedoanalgesia prescrita; promovida a higiene oral com solução oral de clorexidina a cada turno. Assim, foi possível otimizar a ventilação para a promoção de uma adequada oxigenação (Kleinpell & et al., 2013), e simultaneamente evitar a pressão abdominal sobre o diafragma, diminuir o risco de aspiração, evitar que as secreções que se acumulam acima do *cuff* progredissem na árvore brônquica, diminuindo risco de pneumonia associada a ventilação (Matos & Sobral, 2010).

Relacionado com a presença de secreções em abundante quantidade associou-se a importância de manter a via aérea desobstruída, para maximizar a captação de oxigénio e a remoção de dióxido de carbono, através da aspiração de secreções traqueobrônquicas. Assim, devido a “Limpeza das vias aéreas ineficaz” (Carpenito-Moyet, 2006), foi vigiada a presença de sons adventícios (por exemplo, roncos), foram: aspiradas secreções por tubo orotraqueal (com pré-oxigenação), sempre que necessário (diminuição de saturações periféricas de oxigénio, presença de sons adventícios, alterações nas curvas de pressão-volume do ventilador mecânico); avaliadas as secreções (quantidade, aspeto e fluidez); e alternados decúbitos de 3 em 3 horas, com ajuda total mantendo elevação da cabeceira cerca de 30°. Através destas intervenções, foi possível a manutenção da permeabilidade da via aérea, a sincronia entre cliente e ventilador, com volumes correntes expirados na ordem dos 420-435 mL e saturações periféricas de oxigénio 99-100%.

O processo infeccioso está diretamente relacionado com “risco de metabolismo energético alterado” (Carpenito-Moyet, 2006), daí que tenha sido monitorizada glicemia arterial de 4/4h; alimentado o cliente por sonda nasogástrica; verificar permeabilidade e correto posicionamento da sonda uma vez por turno; vigiado conteúdo gástrico de 3 em 3 horas; administrada terapêutica procinética, como prescrito, sendo esta vigilância de valores de glicemia no sangue arterial (devido a alterações da microcirculação), procurando não perpetuar episódios de hiperglicemia

“com efeitos deletérios sobre a PSC, nomeadamente por sepsis, associando-se a maior mortalidade” (Dellinger & et al., 2013). De modo a manter aporte calórico ao cliente, administrou-se alimentação entérica e foram estabelecidas intervenções associadas, de modo a manter a integridade do intestino, prevenir a translocação bacteriana e a disfunção orgânica. Deste modo, foi conseguida a normoglicemia (102 – 123 g/dL de glicemia arterial), sem estase gástrica.

Perante o senhor J., a quem tinha sido diagnosticada uma hemorragia cerebral recente e tendo em conta o potencial protrombótico da sepsis, a que se associa a imobilização imposta a este cliente, foi fundamental adotar estratégias para profilaxia de fenómenos trombóticos como a trombose venosa profunda através da utilização de meios mecânicos, beneficiando do uso de meias compressivas adequadas (Kleinpell & et al., 2013), diminuindo simultaneamente o risco de embolia pulmonar neste cliente já hemodinamicamente comprometido.

A alternância de decúbitos surgiu como intervenção transversal a diferentes domínios, na medida em que segundo Grealy & Chaboyer (2012), um posicionamento tecnicamente adequado e individualizado evitará a contratura muscular, úlceras de pressão, tromboembolismo venoso e disfunção pulmonar (como atelectasia ou retenção de secreções). A frequência de reposicionamento corporal deve ser determinada pela tolerância do cliente e de acordo com o risco de úlcera de pressão do cliente monitorizado diariamente, segundo orientação emitida pela Direcção Geral de Saúde em 2011 (Direcção Geral de Saúde, 2011), daí que para o cliente com risco elevado de úlcera de pressão segundo Escala de *Braden*, foi planeada alternância de decúbitos de 3 em 3 horas, sendo mantida a integridade cutânea e a ausência de edema ou eritema gemelar ou das coxas.

Das implicações para a prática de enfermagem, *guidelines* emanadas pela SSC descritas por Kleinpell & et al. (2013), a participação na vigilância dos resultados microbiológicos, sobre as amostras colhidas de diversas origens (urina, secreções, sangue) é uma das mais importantes, procurando que toda a equipa se foque na maximização da identificação do foco de infeção para adequação precoce da antibioterapia e implementação de medidas de isolamento adequadas, daí que esta intervenção tivesse tomado lugar no plano de cuidados.

A administração de antibioterapia exige um importante papel desempenhado por enfermeiros, como referido por Salomão & et al. (2011), daí que tenha sido administrada de acordo com as características de tempo-dependência e concentração-dependência, assim como administrada em horário correto, tendo em conta interações medicamentosas.

Apesar de ser alvo de um processo infeccioso associado a agente bacteriano, o cliente em paralelo vivenciava um elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde. A utilização de práticas de controlo e prevenção de infeção, incluindo a: higiene das mãos, precauções de isolamento e cuidados associados aos dispositivos invasivos (como cateter venoso central, cateter arterial e tubo endotraqueal), foram fundamentais. A avaliação dos locais de inserção de dispositivos invasivos quanto à presença de sinais inflamatórios, enquanto preditivos de infeção da corrente sanguínea, no máximo de dois em dois dias, e o cumprimento de componentes chave de manutenção de dispositivos intravasculares (como requisitos de higiene das mãos; correta preparação da terapêutica endovenosa; desinfeção do acesso imediatamente antes de cada utilização, com um antisséptico apropriado (álcool a 70%); acesso aos dispositivos somente com dispositivos estéreis; substituição de pensos protetores quando molhados, sujos ou descolados, sob técnica asséptica (O'Grady & et al., 2011), foram implementados.

De modo transversal, tanto na UCIP como no SUP, simultaneamente houve lugar para discussão com elementos da equipa, nomeadamente sobre: utilização de equipamento de proteção individual; princípio de assepsia, na realização de colheita de amostras para bacteriologia ou na realização de procedimentos invasivos; princípios inerentes à manutenção de cateteres arteriais ou venosos centrais e/ou periféricos, prevenção de pneumonia associada à ventilação; e ainda, a importância de utilizar materiais seguros para os profissionais (como por exemplo, cateteres venosos periféricos com proteção anti picada após retirada do mandril). Esta discussão assente em princípios de controlo e prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde em relação com o ambiente de cuidados (nomeadamente as diretrizes emanadas pela respetiva comissão de controlo de infeção hospitalar), particularmente no que se refere a condicionalismos físicos e materiais, permitiu mobilizar o conhecimento, as capacidades e habilidades e adaptá-los à realidade,

procurando acima de tudo a prestação de cuidados de qualidade, com vista por um lado a promoção da segurança do profissional e por outro lado a tentativa de diminuição do tempo de internamento, da morbilidade e em última instância da mortalidade dos clientes, e assim prevenir complicações para a saúde da PSC a vivenciar um processo complexo de doença crítica, enquanto padrão de qualidade dos cuidados, nesta área de especialização de Enfermagem.

De modo a reforçar a minha autonomia e responsabilidade profissional, enquanto enfermeira, e simultaneamente dar visibilidade ao meu desempenho, investi nos registos sobre os meus cuidados, procurando corresponder ao padrão de qualidade de cuidado referente à organização dos cuidados especializados garantindo máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.

Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem (Pinto & et al., 2008), revestindo-se por isso de grande importância. Procurei que fossem fatuais, rigorosos, completos, atuais, estruturados e confidenciais (Potter & Perry, 2006), pois são o testemunho escrito da minha prática (Dias & et al., 2001), na medida em que a informação documentada reflete a qualidade dos cuidados, permite responsabilização do cuidador pelo cuidado que presta e a continuidade dos cuidados ao cliente (Potter & Perry, 2006).

Procurei que a informação fosse documentada de modo objetivo e pormenorizado sobre aquilo que vi, ouvi, senti e cheirei, e descrita mais detalhadamente sempre que se justificou, ou seja aquando de alteração na capacidade funcional ou no estado geral, com a preocupação de documentar os cuidados a quando da sua ocorrência evitando omissões graves, por exemplo no que diz respeito a alteração do estado do cliente, intervenções subsequentes e reação do cliente às intervenções, obedecendo uma sequência lógica de apreciação, intervenção e reação do cliente.

O conhecimento sobre qual o conteúdo e como estão organizados os registos e os processos clínicos em SUP e UCIP revelou-se da maior importância. Em ambiente de SUP, a documentação dos cuidados assenta sobretudo sobre instrumentos de colheita de dados e de registo de notas de evolução, sendo informatizada e composta por perguntas de resposta curta, determinando alguns aspetos a ser

focados, até lembrados (chamadas de atenção), sob um aplicativo que desconhecia mas muito intuitivo, prático e sistematizado. Assim ao assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados aos clientes internados nas diferentes valências, foi minha preocupação que os registos refletissem os cuidados prestados. Por um lado procurei que fossem atempados e eficientes, tendo em conta as exigências de rapidez e eficácia do ambiente de cuidados, a que espaços para poucos caracteres dão resposta; mas por outro lado, tentei que os espaços com maior capacidade descritiva alocassem aspetos relativos: ao acompanhamento de familiares, a compromisso de perceção auditiva ou visual, a preocupações e expectativas demonstradas pelo cliente, ou ainda algumas estratégias utilizadas previamente com o cliente e que foram bem ou mal sucedidas, de suporte e de relação terapêutica, procurando traduzir na documentação dos cuidados resultado ao nível dos diferentes contextos de conforto (Kolcaba, 2009).

Os registos na UCIP assentam numa colheita de dados no momento de admissão do cliente, em suporte informático baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Contudo não existe um processo de enfermagem formalizado, não sendo registadas as diferentes etapas desenvolvidas.

De modo a colmatar este aspeto, foram realizados registos em folhas diárias que permitiram registar determinadas observações de rotina, ou medições específicas realizadas regularmente, como seja sinais vitais, avaliação de dor, líquidos administrados e eliminados e simultaneamente permitiram observar tendências ao longo do tempo.

Sempre que se registou uma alteração significativa, tal foi referido nas notas de evolução, do mesmo modo que foram descritas as medidas de enfermagem implementadas em resposta a essa alteração e igualmente subsequente avaliação, simultaneamente foram documentadas outras situações vivenciadas pelo cliente e não apenas os problemas. Assim através de uma modalidade de registo focalizado foram documentados cuidados incluindo um sinal ou sintoma, um estado, um diagnóstico de enfermagem, um comportamento, uma ocorrência importante, ou uma alteração aguda no estado do cliente, compreendendo cada registo dados,

ações e reação do cliente (DAR) relativamente a uma situação específica do cliente (Potter & Perry, 2006).

3.3. Construir uma relação terapêutica e comunicação interpessoal eficaz com a pessoa e família em situação crítica nomeadamente por sepsis

O estatuto da Ordem dos Enfermeiros Código Deontológico no seu artigo 82º refere que “o enfermeiro, no respeito pelo direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” e simultaneamente no artigo 89º enuncia que “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde família pode ser definida como “qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” como apresentado pela Administração Regional de Saúde do Algarve (2007). Assim, a prestação de cuidados a uma pessoa singular implica um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, “mesmo que se dê em poucos minutos, o cuidado de enfermagem não pode prescindir do aspeto humanístico e relacional, não se restringindo apenas a uma ação única no sentido de executar um procedimento, mas também no sentido de ser expresso de forma atitudinal” (Caetano & et al., 2007, p.244).

As atividades desenvolvidas, no âmbito de resposta a este objetivo, espelham o investimento na compreensão mais ampla da habilidade prática inerente à Enfermagem enquanto praxis interpessoal, aliando à substância, à sequência, à precisão e à fluência, o comportamento de cuidado que se relaciona com a forma como o enfermeiro cria uma atmosfera de respeito, aceitação e incentivo (Bjork, 1999), com o cliente que reage e interage (Bjork & Romyn, 1999).

É essencial estabelecer uma relação terapêutica, sendo esta uma relação de ajuda, na medida em que a ajuda que nela ocorre é a razão principal para que a relação exista (Bolander, 1994). A relação de ajuda consiste assim na troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima

de compreensão e o fornecimento de apoio de que o cliente tem necessidade, ultrapassando as habilidades comunicacionais por si só. Esta relação permite ao cliente compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor, ajudando-o a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo da morte (Phaneuf, 2004).

Para que a relação de ajuda se desenvolva esta deve assentar em atitudes fundamentais como o respeito, a empatia e a congruência (Phaneuf, 2004). O respeito permite o reconhecimento da dignidade e do enorme valor do cliente para o enfermeiro, demonstrando uma atitude de deferência e de consideração positiva, assumindo o cliente como ser com capacidade de demonstrar coragem, de suportar a diversidade, de evoluir e de tomar as suas próprias decisões. A empatia concede ao enfermeiro um profundo sentimento de compreensão do cliente percebendo as suas dificuldades entrando no seu universo, colocando-se no seu lugar para se dar conta do que este vive e da forma como o vive. A congruência consiste na manifestação do enfermeiro em ser consistente entre o que sente, o que pensa, o que diz e o que faz, e entre o seu comportamento verbal e o não-verbal, criando uma harmonia entre as suas emoções, os seus pensamentos e as suas ações, para assim evoluir na relação com o cliente.

De fato, o cuidado em ambiente de situação crítica, exige algumas particularidades como grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades rapidamente; destreza manual e rapidez de ação; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação, tendo em vista o trabalho em equipa. Contudo, o cuidado rápido e eficaz, não tem de todo de ser desprovido de relação de ajuda (Silva & et al, 2002) sendo “revestido de um diálogo positivo e de atenção ao Outro” (Hawley, 2000).

Constatee a importância dos sorrisos e do humor na relação com o cliente e com família que permanece junto do cliente durante os tempos de espera, o chamar pelo nome, a atenção dada aos comportamentos não-verbais, como a inquietude do cliente ou o olhar fixo no enfermeiro (Williams & Irurita, 2004), e a vigilância atenção disponibilizada como reflexo do enfermeiro que está atento ao cliente, que transmite

que não está sozinho, fazendo-o sentir-se seguro (Hawley,2000), intervindo para diminuir a sua vulnerabilidade (Lee & Scanlon, 2007).

A situação de urgência/emergência pelo seu caráter agudo pode ser geradora de grandes preocupações e ansiedade. Assim, procurei demonstrar-me sensível e interessada para com a condição de cada cliente/família, sendo autêntica, envolvendo-me no cuidado, desenvolvendo uma relação de ajuda e de confiança, aproximando-me deles, procurando conhecê-los. Tornaram-se comportamentos primordiais, uma vez que as interações com objetivo terapêutico aumentam sentimentos de controlo pessoal do cliente, através da transmissão de segurança, informação e valorização (Williams & Irurita, 2004).

Em SUP, procurei expressar afeto e estabelecer um comportamento empático, de modo a centrar o cuidado na pessoa (McCormack & McCance, 2006), estando atenta ao que me rodeava, escutando o cliente e observando pois a “observação precisa e completa – é qualidade essencial a uma enfermeira” (Florence Nightingale, 1989, p. 126), com vista a perceber o impercetível, o que significa olhar e ouvir as necessidades não verbalizadas, mas expressadas por cliente/família através de gestos, olhares e outras mensagens corporais, a descobrir como ele gostaria de ser cuidado e qual a sua expectativa em relação à minha atuação, em suma como o outro está a vivenciar a situação de saúde-doença.

Na UCIPed foi possível através de alguns testemunhos e interações junto da criança e família, reconfirmar a importância da comunicação verbal e não-verbal, sendo que o contato com o cliente em idade pediátrica permitiu enfatizar: a adequação da linguagem nas diferenças (faixas etárias, culturas e religiões) e a importância da atenção aos sinais não-verbais de não eficácia da comunicação ou de presença de situações provocadoras de tensão. Confirmei o papel do acolhimento enquanto atenuante de ansiedade o que permitiu maior colaboração quer por parte da criança quer por parte dos pais durante o internamento, numa tentativa de contribuir assim para a diminuição de sequelas da hospitalização. Aquele consiste na receção da criança e pais, questionar sobre qual o nome pelo qual gosta de ser chamada, explicitar o funcionamento, esclarecer dúvidas e receios, estimular visitas, através de linguagem adequada às diferenças etárias, culturais ou religiosas. Através do

acolhimento. Por um lado o enfermeiro procura: demonstrar segurança, identificar competências de adequação à doença, antecipar informação, promover autonomia, respeitar e promover o papel dos pais e incentivar a socialização com os pares (Maestri & et al., 2012). Por outro, ao acolher, permite-se o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/cliente e o enfermeiro, gerando relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado (Schneider & et al., 2008).

No seguimento deste período de observação na UCIPed, decorreu o estágio na UCIP. Uma das primeiras mais-valias do estágio em ambiente pediátrico e transferível para o ambiente de cuidados do cliente em idade adulta, prendeu-se com os domínios observados relativos a estratégias de comunicação e relação terapêutica, procurando na observação respostas a questões tais como “Qual a abordagem inicial ao cliente?”, “Qual o papel do humor na relação?”, “Qual o papel da comunicação não-verbal?”, “ Como se concretiza o acolhimento à família?”, “Qual o papel da família?”.

O método de prestação de cuidados de enfermagem na UCIP, de cuidados individuais, baseia-se no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir o que é definido pelo enfermeiro responsável de turno no início de cada turno (Costa, 2004, citando Pinheiro, 1994), consoante os recursos humanos disponíveis, tendo em conta maioritariamente aspetos relativos à quantidade de procedimentos invasivos e terapêuticas instituídas, e menos frequentemente a responsabilidade recente de determinado enfermeiro pelo cuidado a determinado cliente. Assim, apesar da responsabilidade de todos os cuidados a determinado cliente ser de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados a prestar durante o seu turno, ao cliente. Constatou-se a proximidade do enfermeiro com o cliente, procurando o enfermeiro manifestar-se presente e disponível, identificando-se ao aproximar-se, cumprimentando-o, mesmo que o cliente esteja impossibilitado de comunicar verbal ou mesmo não verbalmente. É maioritariamente utilizado um tom de voz calmo e tranquilo, sendo o humor empregue como estratégia de aproximação do cliente “não necessariamente pelo seu conteúdo, mas porque transmite empatia e reconhece a dignidade” (Dean & Major, 2008) do cliente enquanto pessoa. De

acordo com o mesmo autor, o valor do humor reside não na sua capacidade de alterar a realidade, mas na sua capacidade afetiva ou mudança psicológica que aumenta a humanidade de uma experiência, tanto para o cuidador como para o cliente. Logo, procurei investir no desenvolvimento destas e outras estratégias de estabelecimento de comunicação interpessoal eficaz, revelando-se francamente positivas, para a relação de ajuda enfermeiro/família e enfermeiro/cliente, e simultaneamente para relação cliente/família.

O reconhecimento continuado da importância das diferentes dimensões da comunicação não-verbal: proxémia (referente a distancia interpessoal), cinesia (relacionada com a movimentação corporal), qualidades vocais ou para-linguagem (que se refere a aspetos da voz que acompanham o que é dito) e funções autonómicas que dependem do sistema nervoso autónomo, foi fundamental. Durante os cuidados prestados estes aspetos foram constantemente tidos em conta para assim explorar mais eficazmente as necessidades do cliente e família e paralelamente construir uma relação terapêutica, uma vez que:

o cuidado que se dedica ao cliente, é um cuidado que se dedica ao que ele diz e ao seu silencio, assim, o cuidado com a palavra reside na sua escuta e na compreensão, no entendimento daquilo que diz. Mas ele está também na escuta e na busca de compreensão no silencio e do não dito, uma vez que a palavra não diz tudo o que há para dizer (Lee & Scanlon, 2007,p.105).

Simultaneamente, a comunicação através de linguagem escrita, através de material específico (por exemplo, quadros mágicos ou canetas adaptadas), revelou-se uma estratégia igualmente promotora de comunicação eficaz.

O toque é considerado uma das formas de comunicação não-verbal que pode enviar mensagens positivas ou negativas ao cliente, transmitindo ideias e emoções ao cliente, o que depende da forma, do momento e do local onde ocorre, possibilitando um tipo especial de proximidade (Phaneuf, 2004). Indo de encontro ao afirmado por Roxo (2008) referindo-se ao cliente consciente, o toque foi utilizado assumidamente para transmitir carinho, como complemento importante de procedimentos agressivos, aquando da realização de massagem e alternância de decúbitos, em momentos de inquietude ou variação de parâmetros vitais, entre outros. Simultaneamente, a utilização do toque durante procedimentos provocadores de dor, ansiedade e medo, como colocação de dispositivos intravasculares, aspiração brônquica, colheita de

amostras para análise bacteriológica, administração de terapêutica, funcionou como estratégia para que o cliente suportasse melhor a agressão física e psicológica provocada pelo procedimento em questão, procedimento este essencial ao cuidado. Aquando das massagens e da alternância de decúbitos, o toque foi adaptado a cada cliente, à sua estabilidade hemodinâmica e ventilatória, a massagem dorsal nem sempre foi possível, tendo-se constituído alternativas as mobilizações suaves dos membros, dos dedos, dos ombros, de modo a permitir a descontração do cliente.

O toque durante períodos de inquietude, ou variação de parâmetros vitais, traduziu-se em respostas visíveis, como a descontração muscular, ou diminuição da pressão arterial (Roxo, 2008), sendo possível constatar que:

a palavra nem sempre é suficiente para tranquilizar e exprimir empatia, também o tocar toma uma grande importância. A mão que toca a mão, que acaricia ou massaja os músculos dolorosos, é o auxílio que o enfermeiro presta a este ser cheio de sofrimento e de angústia para o ajudar a atravessar este momento difícil, compensando através do calor da relação e da suavidade da voz, o isolamento técnico do cliente que se vê rostos mascarados e sente o toque frio das mãos enluvadas. Phaneuf (2004,p.396).

Outras das estratégias mobilizadas, refere-se ao fornecimento de informação, a informação sobre o que esperar, ou que fazer ou como se comportar (Williams & Irurita, 2004). Esta estratégia revelou-se uma mais valia para a relação estabelecida com cliente e família num fluxo de informação claro, atenuante de dúvidas e ansiedade, através da repetição múltipla, sempre com o mesmo enfoque e fornecida aos poucos. Saber o que representa o internamento em SUP e UCIP, estabelecer comunicação e relação com vista a enfrentar a situação inicia-se através do acolhimento enquanto “tentativa de compreender o que é dito” (Martins & et al., 2008).

No que à família diz respeito tendo em conta a sua definição, nomeadamente no domínio do suporte mútuo que esta representa, esta não deixou de existir e de ter a sua importância na recuperação do cliente, sendo que a atenção dispensada ao seu acolhimento permitiu transmitir à família a aceitação e reconhecimento por parte do enfermeiro como integrante no cuidado (Martins & et al., 2008) tendo posteriores ganhos para o cuidado, despertando na família sentimentos de segurança, confiança e conforto (Davidson & et al., 2007; Maestri & et al., 2012; Obringer & et al., 2012).

O estudo de caso realizado na UCIP, procura espelhar todo o processo de avaliação – intervenção-avaliação conseguido através de constante recolha de informação não-verbal transmitida pelo cliente, que se encontrava sedado; e de informação verbal e não-verbal à família (no caso, esposa e filha), relativamente ao seu familiar, mas também relativamente às próprias, a fim de identificar as necessidades e planear intervenções, permitindo o conhecimento de cliente e família, conhecendo as representações da doença e sua gestão. As interações realizadas para conhecer o cliente permitiu familiarizar-me com as circunstâncias de vida destes senhores, e como estes interpretaram a doença, conduzindo à melhoria na qualidade dos cuidados ao cliente e família (Mitchell & et al., 2012). A observação na UCIPed permitiu constatar objetivamente estes aspetos, os enfermeiros sabiam os carinhos que as crianças mais gostavam, o que as acalmava.

As interações enfermeiro-cliente, enfermeiro-esposa, enfermeiro-filha, ocorreram durante todo o ciclo de diagnóstico-intervenção-planeamento-avaliação-intervenção, com o objetivo de permitir a expressão de sentimentos tomando a compreensão empática todo o seu sentido, com realce para a atenção à comunicação procurando ajudar a família a perceber de modo racional o tratamento e os procedimentos (Kleinpell & et al., 2013), tendo sempre em atenção a família perante a qual me encontrei.

Embora referindo-se ao ambiente de cuidados agudos a pessoas idosas, Oliveira (2013) refere que aquele processo de individualização se realiza através:

de um constante dar lugar à pessoa, criando a oportunidade para o cliente dizer e/ou fazer o quê, como, e quando pretende algo; na valorização de dados espontâneos que o cliente direta ou indiretamente revela; na procura de sinais: e no seguir pistas comportamentais reveladoras da pessoa e da sua situação; no pesquisar outras fontes para além do cliente e no integrar conhecimentos (estratégia intrapessoal) enquanto atividade intelectual da enfermeira que atualiza o conhecimento sobre a pessoa e conjuga os conhecimentos técnico-científicos que detém com os conhecimentos clínico e pessoa (sobre o cliente e a sua situação), obtendo compreensão sobre a situação (Oliveira, 2013, p. 242).

Uma das situações vividas na SUP ocorreu perante uma senhora em “balcão” de atendimento geral sendo que durante a prestação de cuidados a enfermeira repara na inquietude, no seu fâcias fechado sorrindo-lhe ao que a cliente de imediato questiona se poderá ligar para a irmã uma vez que estava preocupada pois ninguém

sabia onde ela se encontrava. Outra das situações ocorreu durante o cuidado a uma cliente que de madrugada recorreu ao SUP por sensação de mal-estar, palpitações, verificando-se uma taquidisritmia, tendo sido administrada terapêutica antiarrítmica. Havendo necessidade de manter vigilância nas próximas horas, expliquei à senhora que a situação estava controlada mas que era necessária vigilância por umas horas motivo que a levaria a permanecer no SUP, questionando de seguida se uma vez que estava sozinha queria que contactasse alguém significativo que a acompanhasse. A cliente referiu ter dois filhos com profissões exigentes e com filhos pequenos, sendo que optava por deixá-los descansar. Alguns minutos depois apesar de a luminosidade do espaço físico em que se encontrava ter sido diminuída a senhora continuava vígil, seguindo com o olhar todos os meus passos, enquanto eu mantinha a vigilância hemodinâmica do seu estado, daí que tenha voltado a questionar se estava tudo bem ao que ela diz “se calhar vou aceitar o telefonema e ligar ao meu filho” (sic).

As atividades desenvolvidas, no âmbito deste objetivo, procuraram afastar-se de uma abordagem de “tamanho único” (Elliott & et al., 2012), familiarizando-me com o cliente e suas circunstâncias de vida e simultaneamente lidando com processo de resposta às necessidades da família, providenciando um cuidado de resposta a essas necessidades baseado na evidência (Obringer & et al., 2012). Para tal, tornou-se fundamental a individualização do cuidado, na medida em que foi recolhida informação; adequadas ou individualizadas as intervenções de enfermagem; recebido *feedback* dos clientes antes que o cuidado prosseguisse, três aspetos indicadores de individualização das intervenções de enfermagem, (Suhonen & et al., 2008) sendo esta operacionalmente definida como “o grau de personalização do cuidado pela enfermeira de acordo com os sentimentos e preferências do cliente e o nível de envolvimento no cuidado desejado por ele” (Suhonen & et al., 2005, p.8). Logo intervenções individualizadas são as que envolvem o cliente nas decisões sobre o cuidado (Suhonen & et al., 2008).

Deste modo, as intervenções desenvolveram-se caso a caso numa abordagem interpessoal com o cliente, momento a momento (Baldwin & et al, 2005; Suhonen & et al., 2008), procurando alcançar resultados favoráveis em cada situação de cuidados, procurando “o potencial para favorecer os resultados para os clientes (...)

[na medida em que a enfermeira] está centrada em providenciar intervenções de enfermagem de alta qualidade que promovam resultados positivos para o cliente.” (Suhonen & et al., 2008, p.658). Para tal foi fundamental nos diferentes locais de estágio a mobilização de recursos e simultaneamente o investimento numa relação de ajuda entre enfermeiro e cliente/família (Davidson & et al., 2007).

A prestação de cuidados em SUP, caracteriza-se frequentemente pela ausência de informação sobre: antecedentes pessoais de saúde, terapêutica em ambulatório, estilo de vida, grau de dependência na realização de atividades de vida diárias, e existência de suporte familiar. De facto, em situações de emergência o cuidado centrou-se na resolução do problema/doença, priorizando a vida do cliente, o que me permitiu desenvolver competências nomeadamente face ao cuidado ao cliente sem o conhecer. Mas foi importante constatar que numa fase posterior do processo terapêutico, frequentemente o enfermeiro procura saber mais sobre o cliente, procura conhecê-lo, por exemplo, durante a realização de um procedimento, numa curta conversa, em que perguntas chave desencadeiam a restante partilha de informação, ou durante a avaliação secundária (posterior a uma avaliação inicial com intervenções associadas) proporcionando contato com família, aproximando-a também dos profissionais, sendo que frequentemente só este contato permite o conhecimento do cliente. Assim, foi um investimento da minha parte procurar desenvolver e incitar o desenvolvimento em pares de estratégias de conhecimento do cliente e família adequado às fases do processo de saúde-doença e ao tempo de cuidado de cada um, procurando um cuidado à PSC individualizado.

Em SUP e UCIP, a tecnologia tem lugar de destaque, contudo procurei utilizá-la como um recurso para o conhecimento do cliente (Riley, 2000; Locsin & Kongsuwan, 2013), de uma das suas dimensões, tendo sido importante o domínio sobre a tecnologia utilizada tanto em SUP como em UCIP. Simultaneamente o conhecimento do cliente foi frequentemente durante o estágio condicionado pela capacidade expressiva do cliente (se cliente com dificuldade em articular frases ou sedado) ou por insuficiência de registos, de modo a conhecer o cliente foi fundamental recorrer a ele (nas dimensões da comunicação verbal como não-verbal), à informação fornecida pela tecnologia, mas também a registos escritos e orais, e à informação transmitida pela família, de modo a perceber preferências, hábitos, capacidades e

necessidades particulares de cuidado, sendo possível prestar cuidados de enfermagem focalizados naquela pessoa com esperanças, sonhos e auto estima, naquele momento.

O investimento no desenvolvimento de competências de relação de ajuda, permitiu conhecer a pessoa num contínuo em que o enfermeiro e cliente se focam no suporte, na apreciação mútua, reconhecendo-se como participantes no cuidado Locsin & Kongsuwan (2013), em vez de um ser o prestador e o outro o objeto de cuidado, indo além do imediato e estritamente relacionado com a resposta à doença e o papel de estar doente no hospital, para alcançar a pessoa que é o cliente, devendo utilizar essa informação para individualizar os cuidados de enfermagem (Oliveira, 2013).

3.4. Construir uma intervenção confortadora e promotora da segurança com a pessoa e família em situação crítica nomeadamente por sepsis

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por um lado, confortar enquanto intervenção de enfermagem, surge como “ação de relacionar com as características específicas: consolar alguém nos momentos de necessidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010); por outro lado, o conforto, enquanto foco de atenção do enfermeiro é definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Definido através desta classificação, conforto é definido de modo restritivo e a definição de confortar considera apenas a experiência de ter beneficiado de uma única forma de ajuda, o que torna estes conceitos redutores, na medida em que o conforto é mais do que isso, como foi referido no capítulo 1. O conforto é favorecido através de um cuidado confortador, concretizado num processo que decorre na interação enfermeiro-cliente – o processo de confortar ou de promover conforto, caracterizado pela complexidade e exigência, perante a singularidade de cada cliente (Oliveira, 2011). Enquanto isto, o conforto é uma experiência holística, experimentada noutros contextos de experiência pessoal que não somente o físico.

Em ambiente de cuidado à PSC são frequentes, como foi possível constatar, situações provocadoras de tensão, que se constituem necessidades de conforto, na medida em que é um ambiente “de elevada complexidade e *stress*, devido às condições dos clientes e à intensa atividade dos profissionais, aliada à diversidade de tecnologia” (Martins & et al., 2008, p.1091), podendo “desencadear estímulos prejudiciais, evocar imagens mentais e sensações estranhas, resultantes de procedimentos e técnicas, um mundo interno isolado e dominado pelo medo” (Roxo, 2008, p. 79), sendo frequente observar que os profissionais utilizam maior parte do tempo para desenvolver as suas habilidades técnicas e cognitivas e pouco tempo em tecnologias das relações com o cliente e muito menos com a família (Locsin & Kongsuwan, 2013).

Apesar da vigilância apertada que visa a estabilização do corpo biológico, “o cliente sente-se um estranho cuidado por um estranho” (Alapack & et al., 2007), sendo as rotinas por natureza superficiais, mas consumidoras de grande parte do tempo do cuidador e da sua atenção. Por um lado, as restrições impostas pela situação crítica de doença impedem o controlo do próprio corpo limitando-o, prendendo-o, expondo a fraqueza inerente, criando sentimentos de vulnerabilidade (Alapack & et al., 2007; Locsin & Kongsuwan, 2013); por outro lado, é constantemente monitorizado e observado, utilizando os profissionais com frequência dados objetivos como critérios para dizer como o cliente se sente.

o cliente não pede ajuda apenas pela sua integridade física, uma vez que é toda uma individualidade que está em risco, em reação e em sofrimento, pede assim ajuda pela sua integridade física, mas também psicológica, social, moral, espiritual e humana. Pede ajuda pela defesa da sua autonomia, que perdeu no próprio ato de pedir ajuda, da sua autodeterminação, do seu direito de saber e decidir, finalmente da sua dignidade. É todo um individuo, em crise, que pede ajuda e não a parte de si supostamente perturbada e muito menos a sua doença (Cardoso, 2012, p.5).

Procurei com a PSC, nomeadamente por sepsis, intervir sobre as necessidades de conforto, promovendo alívio do desconforto, nos contextos de experiência de conforto: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, uma vez que todas as necessidades de cuidados de saúde são necessidades de conforto (Kolcaba, 2003, 2009).

Os cuidados de conforto referentes ao contexto físico visaram sobretudo a satisfação de necessidade humanas básicas, como por exemplo manutenção do equilíbrio dos mecanismos homeostáticos, posicionamento no leito, na tentativa de atenuar as limitações nos decúbitos para melhor sincronia ventilatória, entre outros aspetos já expostos num subcapítulo anterior).

Os cuidados de conforto referentes ao contexto psicoespiritual centraram-se sobretudo na consciência do cliente sobre si mesmo, incluindo a autoestima, autoconceito, e o significado da vida, o que em situação crítica de doença se vê colocado em causa pelo medo da situação desconhecida que frequentemente foge à compreensão do cliente, favorecendo um estado de ansiedade intensa, ausência de controlo e capacidade. Foi frequentemente solicitada a dar explicações sobre o que acontece ou sobre o que seria feito. Como é possível constatar diariamente os ambientes de cuidados à PSC, na maior parte das vezes implica a ausência de bens pessoais, como próteses ou vestuário, ameaçando a integridade corporal e social do cliente, ou acentuando alterações da percepção do que o rodeia, que à partida são desconhecidos. Contrariamente, em UCIPed, foi possível constatar a importância que os objetos significativos (como peluches, chuchas ou pijamas) para um menor afastamento do que é seu, transmitindo maior segurança, diretamente à criança e indiretamente aos pais que a sentem em função da serenidade dos filhos.

A utilização de produtos de higiene próprios, trazidos pela família, assim como a presença de fotografias de familiares e animais de estimação, foram elementos presentes na UCIP durante o estágio. Procurei durante o cuidado, nomeadamente físico, como por exemplo momento de cuidados de higiene ou alternância de decúbito, estabelecer pontes com o mundo real do cliente, nomeadamente no que se refere aos afetos, conversando por exemplo sobre a localização geográfica da sua residência ou de nascimento, de modo a mobilizar aspetos da vida quotidiana e assim encaminhar positivamente a interação, demonstrando disponibilidade e interesse. A estes aspetos associou-se o cuidado com a aparência do cliente, enquanto promotor da sua própria dignidade, quando consciente, e para a sua família quando inconsciente, na medida em que a aparência é o que nos caracteriza e identifica, possibilitando o reconhecimento enquanto pessoa (Elliott & et al., 2012).

O contexto ambiental tendo como foco o local de prestação de cuidados e as suas condições como iluminação, ruídos e temperatura, toma relevo em SUP e UCIP, na medida em que são ambientes de prestação de cuidados com bastante ruído, temperatura baixa, quebra do ciclo circadiano, entre outros aspetos.

Nas SUP e UCIP, há uma intensidade sonora e luminosa bastante acentuada, durante o período diurno, sendo que foi possível constatar a preocupação em diminuir a intensidade da luz e som, durante o período noturno, em ambos os ambientes de cuidados, contudo na UCIP foi possível proporcionar pequenos períodos de menor luminosidade e ruído ao longo do dia, sobretudo após os cuidados de higiene, ou antes do período de visitas, ou ao anoitecer, transferindo aspetos observados na UCIPed em que se verificou a importância atribuída a períodos de luminosidade e ruído diminuídos, de modo a promover o descanso da criança e dos pais, na ausência dos pais, o próprio enfermeiro aconchega a criança.

Os cuidados de conforto referentes ao contexto sociocultural visaram sobretudo o sentimento de proteção, carinho e o respeito fruto das relações entre cliente e família ou profissionais de saúde, aspetos em que empenhei sobre maneira, como procurei documentar no capítulo anterior.

Assim, tanto no SUP como na UCIP, a minha intervenção revestiu-se de boa disposição procurando manter um sorriso durante a participação e/ou realização de diferentes intervenções, como administração terapêutica, avaliação de sinais vitais, cuidados de higiene, auxílio na mobilização e transferência (intervenções de conforto técnicas), fornecendo a informação possível (intervenção de conforto *coaching*) acerca da sua situação, qual seria o plano de cuidados a curto prazo e qual o objetivo das intervenções, e simultaneamente investindo na autoapresentação e pedido de autorização antes de tocar o outro (intervenção de conforto de alimento confortador para a alma), visando estas medidas de conforto que o cliente se sinta fortalecido de um modo intangível e personalizado (Kolcaba, 2003).

Aliado a estes aspetos surge a ausência de utilização do nome pelo qual se reconhece, sendo identificado pelo número da cama, ou “príncipe” ou “amigo”, a pressa e a agitação presentes em SUP ou UCIP, conduzindo a interações rápidas e de substituição do cliente no cuidado, impedindo a sua participação e a

individualização (Radwin & Alster, 2002; Suhonen & et al., 2008). Na presença de um cliente com um fâcies contraído, manifestações de agitação, de dessincronia ventilatória, investi num ritmo de cuidados mais lento do que o habitual, utilizando um tom de voz baixo e calmo, e esta é uma intervenção com vista ao alívio.

Os cuidados de conforto no contexto sociocultural visam simultaneamente a promoção da distração/diversão. Este foi um aspeto bastante relevante aquando do períodos de observação na UCIPed, através de jogos, de televisão de brincadeira com elementos da equipa multidisciplinar, de manipulação do próprio material de monitorização, brincar, divertindo-se atenuam situações provocadoras de tensão, como seja a dor e ausência dos pais. Tendo sido frequente com a PSC na UCIP consciente proporcionar o acesso a meios de distração, como televisão ou música.

É também a este nível que se inserem as ações voltadas para os familiares, com enfoque também na relação entre o cliente e a família, contudo este é um aspeto frequentemente colocado em causa em ambiente de cuidados à PSC em idade adulta, na medida em que se constata uma separação da família.

Em UCIPed, foi possível constatar que presença da família, nomeadamente dos pais, é indiscutível, que os pais são os melhores cuidadores da sua criança (Ferreira & Costa, 2004, citando Casey, 1993), sendo que esta não dispensa a sua presença, tendo referindo algumas crianças durante o estágio na UCIPed ser um dos bons aspetos de estar hospitalizado. Os pais são incentivados a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança (higiene, alimentação...), sendo que o enfermeiro só intervém nestes cuidados se a família não tiver capacidade ou conhecimentos, havendo sempre respeito pela atitude de cada família, não esperando que os pais cuidem de modo diferente os filhos relativamente ao cuidado em casa, tendo em conta nomeadamente aspetos socioculturais.

Contrariamente a este cuidado centrado na família e como a literatura refere (Elliott & et al., 2012), na UCIP acontece com frequência o enfermeiro solicitar ao familiar que se em momentos como alternância de decúbitos, assim durante o estágio procurei com alguma frequência, convidar o familiar a permanecer ao lado junto do cliente durante alguns cuidados como alternância de decúbito ou aspiração de secreções, tendo a preocupação de o fazer, em casos em que a alteração física do

cliente o permitisse e após perceber se o familiar estaria disponível para o fazer, permitindo que este presenciasse cada ação acompanhada de uma explicação sobre a mesma, como forma de demonstrar o cuidado que é prestado ao seu familiar, ou até mesmo que este pudesse participar na mobilização do seu familiar, ou na massagem de partes do seu corpo como seja as mãos ou pés.

O enfermeiro na UCIPed reconhece a importância de manter o equilíbrio da restante família, dos restantes filhos, gerindo as ausências dos pais/família e substituindo nos cuidados como higiene, alimentação, ou até mesmo colo, simultaneamente os pais referem segurança em ausentar-se na medida em que sentem a proximidade da equipa com o seu filho, não somente pela competência enquanto profissionais, mas enquanto seus substitutos, sendo que a maioria dos enfermeiros conseguem transmitir essa característica, podendo substituí-los enquanto pai ou mãe. Este aspeto permitiu refletir sobre o fato de o cuidado confortador ser mais do que permitir a presença dos pais, é essencial que a família sinta que o enfermeiro é um elemento de confiança, já que é ele que deve ajudar a vivenciar esta experiência, conhecendo e respeitando a vivência da família no momento, facilitando a diminuição do seu nível de ansiedade, tornando a sua percepção da situação mais apurada (Davidson & et al., 2007; Obringer & et al., 2012; Elliott & et al., 2012). Assim, nos relacionamentos em que ocorre baixo nível de confiança, certos comportamentos específicos parecem ocorrer, como por exemplo, não conseguir confiar no que lhe é transmitido pelo enfermeiro ou mesmo apresentar manifestações de agressividade.

A presença dos pais e o seu constante questionamento em pediatria é normal; anormal seria não questionar, o que seria sinónimo de despreocupação. Ao contrário frequentemente constata-se em ambiente de cuidados à PSC em idade adulta, a aparente “fuga” que o enfermeiro desenvolve face à família do cliente em situação crítica. Segundo algumas discussões junto de enfermeiros em local de estágio, esta fuga aparentemente surge sobretudo devido à crença de que o familiar procura saber o prognóstico ou qual o tratamento médico instituído, pretendendo, segundo referido por alguns enfermeiros, respostas que frequentemente vão além da sua competência.

Contudo a evidência científica (Paul & Rattray, 2008; Omari, 2009; Hinkle & Fitzpatrick, 2011) demonstra que a família quer “ter a certeza de que o melhor cuidado está a ser prestado”, “sentir que os profissionais cuidam do seu familiar”, “saber o que está a ser feito”, “ver as suas perguntas respondidas honestamente”. Assim, durante o estágio, nomeadamente na UCIP, foi importante a discussão junto do enfermeiro orientador e outros enfermeiros sobre as principais dificuldades sentidas na prossecução da resposta às necessidades resultantes de uma situação de cuidados, provocadora de tensão em que a família demonstra desejo/défice de alívio/calma/transcendência, tanto no SUP, como na UCIP. Deste modo, desenvolvi com a família um cuidado individualizado, atendendo ao conhecido sobre o cliente, adequando intervenções de enfermagem às necessidades de um determinado cliente num determinado ponto no tempo recebendo *feedback* do cliente antes que o cuidado prosseguisse (Radwin & Alster, 2002; Suhonen & et al., 2008).

Igualmente importante foi um momento formal de discussão junto de diversos elementos da equipa quer de enfermagem, quer de assistência operacional, tendo por base as suas experiências e a evidência científica mais atual, tendo tomado o papel de dinamizadora. Como mote para a discussão colocaram-se questões chave, como “Quais as principais dificuldades sentidas face à presença da família?”, “Quais serão as necessidades mais importantes para os familiares?”, “Como corresponder às necessidades da família?”.

Os diferentes momentos, tanto de observação da prática de cuidados, como de discussão (mais informal ou formal), permitiram reconhecer, as diferenças entre as necessidades dos familiares reais e as percebidas pelo enfermeiro.

A prática de cuidados ao cliente na UCIP, tendo em conta as necessidades da família, revelou-se uma área de grande desafio, sendo que o jornal de aprendizagem realizado permitiu refletir sobre a individualização do cuidado e simultaneamente tomar consciência da intervenção desenvolvida em ambiente prático neste âmbito.

As intervenções mencionadas ao nível dos quatro contextos, não são intervenções *standard*, que dão resposta às necessidades em cada contexto, apesar do conhecimento sobre a sua existência constatado na evidência científica e através da observação da prática nos diferentes locais de estágio ou mesmo de exercício

profissional. São possíveis estratégias e intervenções passíveis de implementar apropriadamente, que se adequaram à situação de crise de cada cliente e família, de acordo com a importância que estes atribuíam à necessidade.

Como sugere Oliveira (2011),

um cuidado confortador não é um conjunto de intervenções do domínio do fazer por e cuidados físicos, mas um processo complexo de ir conhecendo o cliente e, em função disso, gerir conforto e risco, em que o fazer por e os cuidados físicos são apenas algumas das intervenções utilizadas na construção de um cuidado confortador, não sendo possível elaborar uma listagem de intervenções singulares intrinsecamente confortadoras, mas sim descrever o processo através do qual, os cuidados correntes se tornam confortadores (Oliveira, 2011).

Então, todo o esforço de individualização da intervenção torna-se, ele próprio confortador, pelo modo como a intervenção é construída – assim foi fundamental durante todo o estágio investir na construção de relação e comunicação interpessoais eficazes (referido anteriormente) – trabalhando condições de produção de cuidados que apesar de desconfortantes/desconfortáveis confortassem pelo modo como foram realizados.

É de realçar da observação na UCIPed, não só a necessidade de conhecer o cliente (como referido anteriormente), mas também a tomada de consciência de que algumas técnicas apesar de invasivas e desconfortantes se constituem como medida promotora de maior conforto (transmitido por serenidade), como seja a aspiração de secreções em abundante quantidade. Constatei como o enfermeiro pode confortar o cliente mesmo quando o desconforta, através de um procedimento invasivo, por exemplo, na medida em que o protege, o acarinha e o faz sentir que lhe pode confiar a sua vida, compreendendo o enfermeiro e tolerando o esforço. Trata-se afinal de dar sentido ao desconforto, na medida em que no final quando o cliente se sente confortado, o desconforto passa a ter outro sentido por estar a ser concretizado em prol do cliente, dado que “a interpretação da ação da enfermeira como confortadora, remodela a experiência e reconstrói-a à luz dos sentidos atribuídos aos gestos e palavras daquela e assim, parece conseguir transformar desconforto em conforto, mesmo que relativo e transitório” Oliveira (2013, p. 250).

Mas este processo é complexo, e essa complexidade acentuou-se, por um lado, face ao cuidado à PSC, uma vez que existiam múltiplas variáveis dinâmicas,

imprevisíveis e por vezes, conflitantes envolvidas. Foi fundamental o equilíbrio entre a prevenção de complicações clínicas e a promoção do desenvolvimento e da integridade pessoal do cliente, o que exigiu o investimento de um conjunto de valores e de competências integrativas da minha parte com o objetivo de ser capaz de fazer a gestão circunstancial do conforto e do risco, sendo constantemente confrontada emergência de atribuir a intencionalidade à ação que desenvolvia.

A preocupação em dirigir o cuidado à especificidade da circunstância do cliente/família sem perder de vista a globalidade pessoal, e atender ao pormenor individual e à abrangência de objetivos terapêuticos simultâneos, é desenvolver um cuidado confortador, um cuidado prestado com/em segurança e com/de qualidade, mas simultaneamente é porque o cuidado é confortador que é de qualidade e seguro para o cliente (Oliveira, 2011). Deste modo se, como referido pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, a qualidade em Saúde se refere ao “modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (Sousa (2006), citando Batalden & Stoltz (1993), p.310) então o cuidado confortador e promotor de segurança ao cliente em situação crítica, nomeadamente por sepsis, visa a qualidade dos cuidados. Na verdade os enunciados do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, incidem sobretudo sobre a procura permanente de excelência no exercício profissional, sendo nesta senda que o enfermeiro com competências especializadas maximiza o Bem – estar do cliente, procura os seus mais elevados níveis de satisfação, mas simultaneamente previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Deste modo, significa que esta mudança passa sobretudo pela vontade dos enfermeiros em querer que a sua atividade profissional seja mais autónoma e responsável, sendo imprescindível que justifique todas as intervenções que se prendem diretamente com o cliente, deixando de agir apenas por prescrição, representando os registos de enfermagem um papel principal.

Na UCIPed foi possível constatar a presença de expressões escritas como: “ficou com a mãe que está preocupada com a situação”, “conversadas estratégias a utilizar

no sentido de facilitar o internamento e garantir a sua privacidade e tranquilidade”, “dormiu por longos períodos no leito ou ao colo da mãe”, “teve a companhia da mãe e avó, participativas nos cuidados e atentas às necessidades”, “mãe chega preocupada”, “sorri por momentos”, “brinca com jogos, com os profissionais e com os outros meninos da sala”, “mãe cuidadosa e autónoma”, tanto a nível da transmissão de informação escrita, como oral.

No que diz respeito ao cuidado na UCIP, de fato denotei uma preocupação em descrever em notas de enfermagem a ocupação durante o turno do cliente, a interação estabelecida com profissionais e família, contudo as preocupações transmitidas pelo cliente e família e atuação do enfermeiro face às mesmas frequentemente revelaram-se aspetos pouco frequentes. Deste modo, durante o estágio procurei elaborar registos que traduzissem uma escrita sensível, nomeadamente através dos contributos adquiridos na UCIPed.

De fato escrever de “modo sensível”, não foi fácil, nem é fácil, as palavras são difíceis de encontrar e a aceitação por parte de outros enfermeiros revela-se difícil. Por um lado, é essencial a ausência de juízos de valor, de adjetivação, investindo na síntese, na medida em que esta poderá aumentar a adesão a esta escrita. Por outro lado, as questões são frequentes “Porque escreves tanto?” “Porque escreves isso?”, mas descobri que há que ser corajosa, sendo esta infelizmente uma realidade, pois após algumas passagens de turno e algumas notas de enfermagem depois, as questões deram lugar a expressões como “ainda bem que escreveste aquilo no outro dia, porque depois a filha do senhor questionou-me e eu sabia do que estávamos a falar”, “o que escreveste no outro dia, fez com que fizesse sentido aquela atitude por parte do cliente, face aos cuidados de higiene”. Assim, procurei simultaneamente consciencializar-me das minhas ações, refletir sobre elas, apercebendo-me da complexidade da realidade e simultaneamente respeitando a natureza dos cuidados que presto fazendo emergir a atenção particular que é dada ao cliente dando-lhe oportunidade de expressar as suas emoções, inquietações e sofrimento. Em suma, foi um desafio o desenvolvimento de uma escrita sensível, valorizando e registando todas as intervenções que traduzissem o cuidar, uma vez que estas foram centrais, e contribuíram não só, para a melhoria dos cuidados

prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias.

3.5. Fundamentar o cuidado de enfermagem especializado na evidência disponível

No decorrer deste estágio, as leituras realizadas permitiram revestir de atualidade e consistência este estágio, integrando a melhor evidência disponível. Para tal foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de responder à questão: Qual a intervenção de enfermagem especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na confortação da PSC, nomeadamente por sepsis, e família?

Assim, através desta revisão de literatura procurou-se responder a questões secundárias como: Quais os princípios do cuidado à PSC por sepsis? Como se caracteriza o cuidado que é experimentado como confortador pela PSC e família? Quais são e como se articulam as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na construção do cuidado confortador com a PSC por sepsis?

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados e descritores utilizados

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Descritores
Participantes	Adulto em situação crítica por sepsis e família	Foro paliativo Foro psiquiátrico	<i>adult sepsis critical care critical illness icu emergency room</i>
Intervenção	Intervenção de enfermagem		<i>nurs* care nurs* intervention</i>
Outcomes	Conforto Segurança Prevenção de complicações		<i>comfort well-being wellbeing patient need family need holistic care patient centered care</i>

Para a formulação desta questão e definição de critérios de seleção para composição da amostra, de acordo com o protocolo da *Cochrane Database of Systematic Reviews* método PIC[O], foram definidos critérios de inclusão e de exclusão. Exclui-se os estudos em que o ambiente de cuidados não seria de cuidados intensivos ou urgência, o que se deve à convicção de que as necessidades

da PSC são substancialmente distintas das de pessoas em situação não crítica de doença. Foram incluídos apenas artigos disponíveis, com sistema de *peer review*. Integrados artigos do tipo qualitativo e quantitativo, publicados entre 2008 e 2013. Pesquisa efetuada em Dezembro de 2013, nas bases eletrónicas *Academic Search Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Database of Systematic Review*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *MedicLatina*, *MEDLINE with Full Text*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, via ESBCO-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A revisão de literatura realizada associando sepsis, cuidado à PSC e conforto, não apresentou resultados. Deste modo, a alternativa surgiu na revisão de literatura que visasse por um lado, a estabilização, recuperação e/ou minimização de complicações do adulto em situação crítica por sepsis, e por outro lado, o cuidado confortador de enfermagem em ambiente de cuidados à PSC.

O objetivo foi recolher, de cada uma das duas abordagens, e por sua vez de cada artigo, as mais-valias para a melhor prestação de cuidados em estágio e respetivo relatório, procurando cruzar informação e inferir sobre ela.

A revisão de literatura realizada apesar de partir de uma questão específica, em que a seleção de referências foi baseada em critérios de inclusão e exclusão, constituiu-se basicamente um sumário narrativo do conteúdo da minha parte, e não uma avaliação criteriosa e reproduzível como seria se de uma revisão sistemática de literatura se tratasse. Contudo esta revisão de literatura permitiu averiguar o “estado da arte” no âmbito desta temática, do ponto de vista teórico (Craig & Smith, 2004).

3.6. Demonstrar capacidade reflexiva sobre os processos de cuidados e de ensino-aprendizagem

Este objetivo entrecruza-se com os restantes, pois sem reflexão sobre a prática dificilmente se aprende. Logo, acredito que a capacidade reflexiva sobre os processos de cuidados ficou demonstrada nos subcapítulos anteriores dirigidos aos outros objetivos, investindo na racionalização da ação (Cavaco, 2009). De facto procurei evidência para apoiar o modo de pensar e apelar à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir da prática, permitindo que o

conhecimento e a experiência fossem fundamentados e sustentados por essa mesma prática (Santos & Fernandes, 2004).

O processo reflexivo permitiu aumentar a aprendizagem com a experiência, promoveu a expansão e o desenvolvimento do conhecimento clínico e a melhoria do julgamento em situações complexas bem como o raciocínio clínico (Tanner, 2006), em suma foi um meio para beneficiar a prática de cuidados. Logo “falar de reflexão não é apenas falar de entendimento, mas é também falar de mudar a prática” (Palmer, Burns & Bulman, 1994, p. 132), na medida em que a reflexão corresponde a uma etapa desse processo de tomada de decisão que vai para além da avaliação de resultados, mas questiona o modo de ação do próprio enfermeiro.

Face a algumas situações de cuidados foi fundamental extrapolar a intervenção reflexiva para além do sentido comum, passando para uma forma mais estruturada de análise da prática, assim como da análise das competências presentes em toda a situação de cuidados (Santos & Fernandes, 2004). Neste sentido optou-se por uma reflexão estruturada, com base no ciclo de Gibbs.

O ciclo de Gibbs revelou-se apropriado face às situações vividas, enquanto abordagem dinâmica e cíclica do processo reflexivo (Palmer, Burns, & Bulman, 1994). Após a ação os detalhes foram recordados e analisados por meio de uma reconstrução de todos os aspetos das situações, para ganhar novos *insights*, realçando o potencial do processo reflexivo para dar sentido às experiências e fazer alterações em casos futuros, se isso for apropriado (Taylor, 2000).

No que diz respeito à reflexão inerente ao processo de ensino-aprendizagem, embora algo transpareça nos referidos subcapítulos, a demonstração da consecução deste objetivo será realizada no capítulo seguinte.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo define competência para, a partir daí, realizar uma autoavaliação do percurso de aprendizagem, ou seja, deste projeto de formação. Procurarei, à luz das diretrizes regulamentares emanadas pela OE, dos objetivos do Mestrado, dos descritores de Dublin e ainda à luz do modelo de desenvolvimento de competências adaptado por Patrícia Benner para a enfermagem, identificar as competências desenvolvidas ao longo não só do estágio, mas também, da etapa de planeamento do projeto que o permitiu concretizar.

Uma vez que a finalidade major do deste Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em PSC, é desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC e família, torna-se fundamental definir competência. A competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know-how* específico, implica saber “mobilizar conhecimento, habilidades, comportamentos e modos de pensar, numa determinada situação” (Le Boterf, 2008, p.21).

Relativamente ao cuidado à PSC nomeadamente por sepsis, quando iniciei funções há cerca de quatro anos na UCIP em que me encontro atualmente, o meu foco de atenção era a vigilância hemodinâmica. Este aspeto coaduna-se com a perspectiva de Benner de um iniciado, enquanto enfermeiro que tem dificuldade em integrar (entre o aprendido e a prática), centrando-se nas regras e no cumprimento de normas (sendo que se a regra é valorizar sinais e sintomas este cumpre-a), agindo sempre do mesmo modo.

Benner (2001) assume que a experiência profissional não será só a passagem do tempo mas também, o aprofundar teorias e noções pré-concebidas através da experiência face a numerosas situações reais que acrescentam diferenças subtis à teoria após um processo reflexivo sobre as mesmas.

Com base numa atitude reflexiva sobre o sentido daquilo que pratico diariamente, assim como das minhas atitudes, do meu desejo, da minha motivação e ainda sobre as condições da ação, os meus meios e os meus objetivos, assumindo uma abertura a novas possibilidades, como referido por Honoré (2004), gradualmente o espectro da minha atenção foi alargando e à medida que os cuidados físicos eram prestados por mim com maior segurança, outros contextos, como o psicológico, espiritual,

ambiental e sociocultural, da experiência de conforto/desconforto vivida pela PSC ganhavam maior interesse e ponderação, preenchendo um vazio naquela que era a minha ideia de ser Enfermeiro, mas sentia que não conseguia dar resposta adequada, corroborando que o enfermeiro procura a excelência do exercício “assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 133)

Assim, tendo por base Le Boterf (2008) uma pessoa que age com competência é uma pessoa que em determinada situação sabe combinar e mobilizar todos os recursos apropriados, como os conhecimentos, as habilidades e os comportamentos, e de apoio, procurei durante este percurso de aquisição de competências suportar e articular, na minha prestação de cuidados, os conhecimentos (evidência bibliográfica decorrente de pesquisa), habilidades diversas, nomeadamente na esfera relacional e instrumental (sendo que esta, como referido, não dispensa os elementos relacional e cuidador, com referido no ponto 3.3), e comportamentos profissionalmente relevantes para o cliente.

É de realçar, por um lado, o investimento na fundamentação da prática em evidência atual e consistente, procurando em cada situação vivida mobilizar conteúdos colhidos; por outro lado, a opção por estágio em UCIPed que permitiu observar a prática dos enfermeiros e daí colher informação que procurei transferir para o cuidado desenvolvido posteriormente, adequando-o a cada situação vivida. Foi de igual modo importante mobilizar recursos decorrentes da minha experiência profissional passada mas também a experiência que ocorreu simultaneamente ao período de estágio, que com maior número de semelhanças ou diferenças relativamente ao vivido em estágio, foi um recurso constantemente mobilizado. Não menos importante foi a experiência, a opinião e o conhecimento transmitidos pelos diversos orientadores, colaboradores (como por exemplo, enfermeiros orientadores ou colegas) influentes em todo o processo.

A utilização de tecnologia e a intervenção precisa e eficiente, assente em rigor técnico e conhecimento científico, embora proporcione correta execução de procedimentos e algoritmos, de acordo com princípios que os regem só é traduzida em cuidado dependendo do modo como é realizado (Caetano, Andrade, Soares, &

Ponte, 2007), na medida em que como referido por Lopes (2012), o caráter terapêutico dos cuidados, nomeadamente em situações de elevado sofrimento, depende da profundidade da interação e do sentido de saber tido, na mesma.

Esta afirmação em ambiente de cuidados a uma PSC, nomeadamente por sepsis, e família, para mim toma toda a relevância, na medida em que o cuidado dispensado ao Outro só o é quando visa tudo o que constitui a sua existência, ou seja a sua identidade pessoal, as suas preocupações os seus projetos, “reconhecendo como pessoa, salvaguardando a sua identidade, autorizando-o a estar presente como um pessoa, dedicando-se ao que ele diz e/ou ao seu silêncio” (Honoré, 2004, p.105).

Todo este projeto de formação visou o investimento num cuidado: revestido de fundamentação teórica e atual, mobilizador de capacidade e habilidade já adquiridas em contexto laboral e académico, perseguindo a intenção de ajudar o cliente inserido numa família, de modo aliviar, prevenir ou gerir o desconforto em função dos objetivos terapêuticos definidos para/com o cliente, numa perspetiva ética dessa ação com alguém com vulnerabilidade acrescida.

Contudo desenvolver um cuidado especializado de estabilização, recuperação e minimização de complicações da PSC, nomeadamente por sepsis e família promovendo o conforto, constituiu-se um desafio considerável para mim, enquanto enfermeira. Como foi possível constatar ao longo deste percurso de aquisição de competências, foram essenciais sobretudo quatro fatores: conhecimento, sensibilidade, interesse e ponderação.

Assim, importa relevar o papel da integração, enquanto capacidade de harmonizar os diversos componentes da ação. Aliando ao saber agir nos aspetos técnicos e na tomada de decisão, um saber agir e um saber estar, ou seja a fusão de gestos adequados e delicados com manifestações de sensibilidade e afabilidade, “tornando o desenvolvimento da habilidade instrumental competência na interação de cuidados” (Bjork & Kirkevold, 2000), e assim “ a satisfação das necessidades físicas do doente constitui-se como um meio, um pretexto para operacionalizar o processo centrado na pessoa e alcançar resultados centrados nela” (McCormack & McCance, 2006, p.477), considerando a complexidade da PSC reconhecendo a sua integridade e particularidade como ser biopsicossocial, espiritual e cultural.

Em sede do Curso de Mestrado em Enfermagem PSC, foram aprovadas pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior competências a desenvolver durante o mesmo (Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior, 2010) que se coadunam com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011), que propõem um conjunto de linhas orientadoras e critérios de avaliação da qualidade da prática de cuidados ao cliente e à família, direcionando a ação do enfermeiro. Assim, considero que o meu percurso de desenvolvimento de competências que visou a construção de uma intervenção especializada na prevenção de complicações, limitação de incapacidades e na conforção da PSC, nomeadamente por sepsis, e família, elencou por um lado domínios de competência do âmbito comum, por outro lado domínios de competência do âmbito específico da Enfermagem à PSC. No âmbito comum realça-se o suporte da prática clínica em válidos padrões de conhecimento e a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. No âmbito específico a prestação de cuidados à PSC, antecipando a instabilidade e/ou falência multiorgânica e gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada do bem-estar da PSC, a assistência nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, a gestão da comunicação e do estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família, a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades da PSC.

Este foi um percurso que se pautou: pelo rigor técnico e científico; pela responsabilidade nas tomadas de decisão; pela identificação de problemas potenciais evitando problemas indesejáveis; pela minimização do impacto negativo no cliente e família provocado pelo processo assistencial; e pelo registo sistemático de necessidades, intervenções e resultados esperados, enquanto padrões de qualidade especializado à PSC. Logo, desenvolvi competências para uma intervenção especializada em Enfermagem em PSC de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo no trabalho desenvolvido ao longo de todo o estágio procuro rever sistematicamente as atividades desenvolvidas, analisando o que foi feito e colhendo evidências que comprovem a evolução do desenvolvimento da minha aprendizagem.

A elaboração deste relatório não é uma simples descrição das atividades, é uma exposição e reflexão escrita e sentida de todas as experiências vivenciadas ao lado de colegas, clientes e famílias que contribuíram com os seus conhecimentos para o desenvolvimento das competências.

Verificou-se uma evolução gradual na efetivação e desenvolvimento dos estágios, decorreu positivamente para a realização pessoal e profissional, assim considero que os objetivos delineados foram atingidos com sucesso. Contudo alguns constrangimentos surgiram. Um dos constrangimentos que ocorreu durante este estágio foi a pouca frequência durante o estágio em SUP de ativação e desenvolvimento da via verde sepsis. Aliando este aspeto à minha inexperiência em SUP, procurei em todas as oportunidades criar momentos de aprendizagem de cuidado especializado com a PSC, mesmo que sem suspeita de infeção. Outros dos constrangimentos, transversal a todo o estágio, foi a conjugação da prática profissional com todas as exigências que um projeto académico desta natureza implica. Contudo mesmo esta dificuldade permitiu-me desenvolver estratégias de gestão de tempo a replicar durante o meu futuro percurso profissional, encontrando-me sempre disponível para o estabelecimento de interação terapêutica com o cliente e a família.

Apesar dos constrangimentos, tenho consciência que este estágio contribuiu de forma única para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Considero, porém, que ainda há um longo caminho a percorrer para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem avançada à PSC e família, deste ficam algumas sugestões.

Do meu ponto de vista, na prática direta de cuidados de enfermagem, é essencial que o enfermeiro se centre na individualização da intervenção nos cuidados à PSC e família, investindo num trabalho complexo e árduo mas significativo para o cliente e

família que dele beneficia. É fundamental a produção de documentação da prática e de salvaguarda da continuidade de cuidados, refletindo sobre a relevância, para o cliente e para o profissional, do que é transmitido de modo oral ou escrito.

Outros dos aspectos importantes é a valorização da interação de cuidados como estratégia terapêutica, procurando que as equipas de enfermagem e a sua rotatividade sejam geridas em função de rácio, experiência e competência mas simultaneamente favorecendo a continuidade da relação com cliente e família, possibilitando o conhecimento da pessoa e a criação de um ambiente relacional propício ao conforto.

A orientação da prática de cuidados e a sua avaliação também pautadas por indicadores que direcionem o cuidado para o cliente e família, como seja o conforto, podendo elevar a qualidade para um nível que também conjugue a perspetiva de qualidade do cliente e família.

Encarando o estágio como uma etapa de enriquecimento profissional também verifico alterações a nível pessoal, a capacidade de expressão escrita do que se passa na mente, a articulação das experiências vividas para a prática diária e a reflexão do que era a minha prestação de cuidados, hoje influenciada pela crescente informação que tenho sorvido durante este percurso de desenvolvimento de competências especializadas, faz com que me torne uma pessoa mais madura e rica em saberes científicos e uma profissional mais competente com habilidades mais diversificadas, complexas e fundamentadas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Algarve. (2007). *Saúde e violência ao longo do ciclo de vida*. Obtido em 13 de Janeiro de 2014, de Administração Regional de Saúde do Algarve: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeeviolencia/exemplo/index.php?option=com_content&view=article&id=60
- Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior. (2010). *Objetivos e competências do Curso Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 22 de Maio de 2014, de Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Alapack, R., Almerud, S., Ekebergh, M., & Fridlund, B. (2007). Of vigilance and invisibility – being in a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care* , 12, pp. 151-158.
- Alfaro-Lefevre, R. (2013). *Critical thinkingm clinical reasoning, and clinical judgment*. St. Louis: Elsevier.
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (Outubro de 2008). Stress nos cuidados intensivos. *Revista Referência* , 7, pp. 79-88.
- Armendariz, A. M., Asiain, M., Del Barrio, M., Lacunza, M., & Margall, M. (2004). Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* , 13, pp. 967-976.
- Baldwin, J., Boykin, A., McCarthy, D., & Schoenhofer, S. (2005). Living caring in practice:the transformative power of the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring* , pp. 15-19.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Bjork, I. (March de 1999). Practical Skill development in new nurses. *Nursing Inquiry* , pp. 34-47.
- Bjork, I. T., & Kirkevold, M. (2000). From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 620-631.
- Bjork, I., & Romyn, D. (February de 1999). What Constitutes a Nursing Practical Skill. *Western Journal of Nursing Research* , pp. 51-63.
- Bolander, V. (1994). *Sorensen e Luckmann - Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Loures: Lusodidacta.
- Bone, R. (September de 1991). The pathogenesis of sepsis. *Annals of Internal Medicine* , pp. 457-469.
- Bott, M., Cobb, A., Crighton, F., Hinton, R., Jamerson, P., & Scheibmer, M. (Novembro/Dezembro de 1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung* , pp. 467-474.
- Bridges, E., & Dukes, M. (April de 2005). Cardiovascular aspects of septic shock: pathopsychology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse* , pp. 14-42.
- Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., et al. (November de 2012). Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency department. *Journal of emergency Nursing* , pp. 512-517.

- Caetano, J., Andrade, L., Soares, E., & Ponte, R. (Junho de 2007). Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, pp. 325-330.
- Cardoso, R. (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cardoso, T., Carneiro, A., Ribeiro, O., Teixeira-Pinto, A., & Costa-Pereira, A. (10 de Maio de 2010). Reducing mortality in severe sepsis with the implementation of a core 6-hour bundle: results from the Portuguese community-acquired sepsis study (SACiUCI study). *Critical Care*.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Art med.
- Castro, L., & Ricardo, M. (1993). *Gerir o trabalho de projecto - um manual para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Cavaco, C. (Setembro/Dezembro de 2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, pp. 220-227.
- Costa, J. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Obtido em 23 de Outubro de 2013, de Repositório do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/M%C3%A9todos%20de%20pr%20esta%C3%A7%C3%A3o%20de%20cuidados.pdf>
- Craig, J., & Smith, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusodidacta.
- Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A., Shepard, E., et al. (Fevereiro de 2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*, pp. 605-622.
- Dawson, D. (December de 2006). The art of nursing: a hidden science? *Intensive and Critical Care Nursing*, pp. 313-314.
- Dean, R. A., & Major, J. E. (April de 2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1088-1095.
- Dellinger, R., & al., e. (Fevereiro de 2013). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. *Critical Care Medicine Journal*, 41, pp. 580-637.
- Direcção-Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Obtido em 22 de Junho de 2013, de Direcção-Geral do Ensino Superior: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objetivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção Geral de Saúde. (6 de Janeiro de 2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde. (19 de Maio de 2011). Escala de Braden: versão adulto e pediátrica. Lisboa.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2000). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos*. Loures: Lusociência.
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing*. Sydney: Mosby.
- Ferreira, M., & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, pp. 51-57.

- Freitas, K., Menezes, I., & Mussi, F. (Outubro-Dezembro de 2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas em UTI. *Escola Anna Nery*, pp. 704-711.
- Grealy, B., & Chaboyer, W. (2012). Essential nursing care of the critically ill patients. In D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, *ACCCNs Critical Care Nursing* (pp. 105-132). Chatswood: Elsevier Australia.
- Hawley, P. (2000). Nurse comforting strategies. *Clinical Nursing Research*, pp. 444-459.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hinkle, J., & Fitzpatrick, E. (Agosto de 2011). Needs of american relatives of intensive care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, pp. 218-225.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusodidacta.
- Kleinpell, R., Aitken, L., & Schorr, C. (Maio de 2013). Implications of the new international sepsis guidelines for nursing care. *American Journal of Critical Care*, pp. 212-222.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K., Light, B., Parrillo, J., Sharma, S., et al. (June de 2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine*, pp. 1589-1596.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence*. Eyrolles: Paris.
- Lee, G. A., & Scanlon, A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advance Nursing*, 24, pp. 54-59.
- Locsin, R., & Kongsuwan, W. (Jul-Aug de 2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing in Critical Care*, pp. 200-211.
- Lopes, M. A. (2012). Proteger a identidade da pessoa idosa com alterações cognitivas no hospital: um desafio do cuidado de enfermagem. In M. L. Basto, *Cuidar em enfermagem - saberes da prática* (pp. 109-187). Coimbra: Formasau.
- MacRedmond, R., Hollohan, K., Stenstrom, R., Nebre, R., Jaswal, D., & Dodek, P. (July de 2010). Introduction of a comprehensive management protocol for severe sepsis is associated with sustained improvements in timelines of care and survival. *Quality Safety Health Care*, pp. 1-7.
- Maestri, E., Nascimento, E., Bertencello, K., & Martins, J. (2012). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, pp. 75-81.
- Martins, A., Geada, A., Pedro, A., Ventura, A., Carneiro, A., Tuna, A., et al. (2011). *Manual do Curso de Sepsis e Infecção Grave para Médicos*. Porto: Reanima.
- Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneider, D., Schweitzer, G., & Mattioli Neto, H. (Dezembro de 2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 1091-1101.

- Matos, A., & Sobral, A. (Março de 2010). Como eu, Enfermeiro, faço: prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva* , pp. 61-65.
- McCormack, B., & McCance, T. (October de 2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advance Nursing* , pp. 474-479.
- Mitchell, M., Wilson, D., & Wade, V. (2012). Family and cultural care of the critically ill patient. In D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, *ACCCN's Critical Care Nursing* (pp. 156-179). Sydney: Mosby.
- Murgo, M., & Leslie, G. (2013). Management of Shock. In D. Elliott, L. Aitken, & W. Chaboyer, *ACCCN's critical care nursing* (pp. 539-561). Sydney: Mosby.
- Nascimento, E., & Trentini, M. (Março-Abril de 2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 250-257.
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: a guide for NHS staff*. London: National Patient Safety Agency.
- Nelson, D., LeMaster, T., Plost, G., & Zahner, M. (March de 2009). Recognizing Sepsis in adult patient. *The American Journal of Nursing* , pp. 40-45.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Nunes, F., Meira, P., Marrtins, A. G., Carvaho, I., Saraivga, M., Silva, P., et al. (2009). *Manual de Trauma*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (Junho de 2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing* , pp. 1651-1658.
- O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, P., Garland, J., Heard, S., et al. (1 de Abril de 2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Obtido em 15 de Janeiro de 2014, de Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a interveçõa concilinado tensões*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C. S. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem* , pp. 2-13.
- Oliveira, C. S. (2013). O processo de confortar a pessoa idosa hospitalizada: a centralidade do cliente. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 221-273). Loures: Lusociência.
- Oliveira, F. M. (2013). *Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do estado do rio de Janeiro.
- Omari, F. (Março de 2009). Perceived and Unmet needs of adult jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship* , pp. 28-34.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Browser CIPE*. Obtido em 27 de Fevereiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Palmer, A., Burns, S., & Bulman, C. (1994). *Reflective practice in nursing: the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Papathanassoglou. (May-Jun de 2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in Critical Care* , pp. 118-128.
- Paul, F., & Rattray, J. (Maio de 2007). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *Journal of Advance Nursing* , 62, pp. 276-291.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A., Martins, A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., et al. (2º Semestre de 2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem* , pp. 52-61.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). Documentação e Registo. In P. Potter, & A. Perry, *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos* (pp. 117-131). Loures: Lusociência.
- Póvoa, P., Carneiro, A., & Ribeiro, O. (2006). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality: results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study). *Critical Care Medicine* , pp. 1589-1595.
- Radwin, L., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review* , 49, pp. 54-63.
- Riley, J. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Robson, W., & Daniels, R. (February de 2013). Diagnosis and management of sepsis in adults. *Nurse Prescribing* , pp. 76-82.
- Roxo, J. R. (Junho de 2008). O Toque na prática clínica. *Revista Referência* , pp. 77-89.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* , pp. 1-37.
- Salomão, R., Diament, D., Rigatto, O., Gomes, B., Silva, E., Carvalho, N. B., et al. (Abril-Junho de 2011). Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico: abordagem do agente infeccioso - controle do foco infeccioso e tratamento antimicrobiano. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , pp. 145-157.
- Samuelson, K. A. (April de 2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients - findings from 250 interviews. *Intensive and Critical care Nursing* , pp. 76-84.
- Santos, E., & Fernandes, A. (Março de 2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, pp. 59-62.
- Saraiva, D. F. (2011). Abordagem do doente com sépsis/choque séptico: criação e implementação da via verde sépsis. *Nursing* , 8-13.
- Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J., & Albuquerque, G. (Janeiro/Março de 2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 81-89.

- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência : da teoria à prática*. Loures: Lusociência.
- Silva, A. P. (Janeiro-Abril de 2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, pp. 11-20.
- Silva, A., Nascimento, K., Vírgilio, M., & Mendonça, R. (Julho de 2002). Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 27-50.
- Siqueira-Batista, R., Gomes, A., Calixto-Lima, L., Vitorino, R., Perez, M., Mendonça, E., et al. (April/June de 2011). Sepsis: atualidades e perspectivas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 207-216.
- Society of Trauma Nurses. (2008). *Advanced Trauma Care for Nurses*. Lexington: Graymire, V.L.; Henn, R.; Schroeter, K.; Seislove, E.B.
- Sousa, P. (Julho-Agosto de 2006). Patient Safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 309-318.
- Stacy, K., & Urden, L. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (February de 2005). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, pp. 1253-1263.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (April de 2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 843-860.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-367.
- Tanner, C. A. (June de 2006). Thinking Like a Nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, pp. 204-211.
- Taylor, B. (2000). *Reflective practice: a guide for nurses and midwives*. Buckingham: Open University Press.
- Tromp, M., Hulscher, M., Bleeker-Rovers, C., Peters, L., Van den Berg, D., Borm, G., et al. (September de 2010). The role of nurses in the recognition and treatment of patients with sepsis in the emergency department. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 1464-1473.
- Williams, A., & Irurita, V. (October de 2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 806-815.