



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA:  
o cuidar da pessoa com insuficiência respiratória**

**Élcio José Franco Marote**

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

**Funchal**

**2017**



**Escola Superior De Enfermagem De São José De Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA:**

**o cuidar da pessoa com insuficiência respiratória**

**Élcio José Franco Marote**

**Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina pestana**

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

**Funchal**

**2017**



“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário.”

Albert Einstein



## **RESUMO**

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e em situação crônica e paliativa constituem o foco do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, dando resposta a uma exigência legal prevista no Despacho n.º 8046/2015 de 22 de Julho, o presente relatório visa dar visibilidade ao meu percurso de construção de competências específicas nessa área de especialidade, a partir de uma análise crítico-reflexiva do processo que resultou na aquisição de um saber especializado e, conseqüentemente no reconhecimento como Enfermeiro Especialista. Assim, as competências inerentes ao cuidar especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram o fio guia para a análise do meu desenvolvimento profissional, baseando-me nos momentos de aprendizagem vivenciados em contexto do ensino clínico do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, nomeadamente nos Estágio I (Serviço de Urgência), Estágio II (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes) e Estágio III de Opção (Serviço de Pneumologia). Realizando uma análise crítico reflexiva sobre as mesmas, evidencio as minhas aprendizagens no âmbito das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Paralelamente analiso essas mesmas aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências requeridas para atribuição do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, salientando a importância de uma prática fundamentada pelo conhecimento mais pertinente e atual, baseado na mais recente evidência científica, de modo a permitir a resolução de problemas complexos no cuidado de enfermagem especializado de forma sustentada e à luz dos valores da profissão de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro, especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The person in critical condition and/or organ failure and in a chronic and palliative situation constitutes the focus of nursing care specialist (Nurses' Order, 2011).

Thus, in response to a legal requirement set forth in order n.º. 8046/2015 of July 22, this report aims to give visibility to my course of building specific skills in this area of specialty, from a critical-reflexive analysis of the process which resulted in the acquisition of a specialized knowledge and consequently in the recognition as Specialist Nurse. Thus, the skills inherent to specialized care in Medical-Surgical Nursing were the guiding thread for the analysis of my professional development, based on the moments of learning lived in context of clinical teaching of the Master Course in Medical-Surgical Nursing of the São José de Cluny nursing school, namely in stage I (Emergency Service), stage II (Multi-purpose Intensive Care Unit) and stage III of Option (Pneumology Service). Performing a critical reflexive analysis on the same, i show my learning in the scope of the common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. At the same time I analyze these same learning in a comparative relation with the profile of competencies required for the attribution of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, stressing the importance of a practice based on the most pertinent and current knowledge, based on the latest scientific evidence, in order to allow the resolution of complex problems in the specialized nursing care in a sustained way and in the light of the values of the nursing profession.

Key words: Nurse, specialist, critical patient, nursing care.

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola de Enfermagem São José de Cluny pela possibilidade de realizar esta etapa da minha formação pessoal e profissional.

Aos enfermeiros orientadores e toda a equipa multidisciplinar dos locais de estágio por partilharem comigo o seu saber, pelo apoio, ajuda e compreensão que demonstraram, contribuindo para o sucesso desta etapa.

À Professora Cristina Pestana pela orientação, disponibilidade, compreensão, pelos momentos de reflexão e partilha de experiências, e pela motivação para prosseguir o caminho à procura do sucesso.

À minha mulher Elsy, pelo seu amor, apoio, carinho, tolerância e pela compreensão nas minhas longas ausências. Sem ti, esta caminhada não teria sido possível.

À minha filha Maria, pela felicidade que me trouxe, esperançoso de te compensar pelo tempo que não te pude dedicar durante este período das nossas vidas.

À minha família e a todos que me são mais queridos, pelo tempo que não lhes pude dar e pelas palavras de incentivo, que permitiram que não me desviasse do meu objetivo.

Por fim, a todas as pessoas que tornaram possível este percurso académico e profissional.



## **ABREVIATURAS**

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CI- Cuidados Intensivos

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEE- Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CV- Cateter Vesical

CVC- Cateter Venoso Central

DEA- Desfibrilhador Automático Externo

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG- Eletrocardiograma

ECTS- European Credit Transfer System

EESJC- Escola de Enfermagem São José de Cluny

EMIR- Equipa Médica de Intervenção Rápida

ENF- Enfermeiro

FC- Frequência Cardíaca

HNM- Hospital Drº Nélio Mendonça

IACS- Infecção Associada a Cuidados de Saúde

IACS- Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

LCR- Líquido Cefalorraquidiano

MEMC- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONDR- Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

p- Página

PA- Pressão Arterial

PAI- Pneumonia Associada à Intubação

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBS- Behavior Pain Scale

PIC- Pressão Intracraniana

R.A.M.- Região Autónoma da Madeira

RASS- Richmond Agitation-Sedation Scale

RENDA- Registo Nacional de Não Dadores

REPE- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RX- Radiografia

SABA- Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SDRA- Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo

SE- Sala de Emergência

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SRPCM- Serviço Regional de Proteção Civil

SU- Serviço de Urgência

SUP-Serviço de Urgência Polivalente

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TOT- Tubo Orotraqueal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VC- Volume Cerebral

VNI- Ventilação não Invasiva

VSIC- Volume Sanguíneo Intracerebral

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>17</b>
1.1. Em contexto de Urgência .....	20
1.2. Em contexto de Cuidados Intensivos .....	44
1.3. Em contexto de Pneumologia.....	68
<b>2. SÍNTESE.....</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>



## INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo evidenciar o percurso teórico-prático e reflexivo construído, tendo como fim a aquisição/desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crônica e Paliativa e a obtenção de grau acadêmico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny tem por referência o plano de estudos do curso de MEMC-2015, Diário da República, 2ª série, nº 141, de 22 de julho, o qual cumpre com o regulamento para os cursos de mestrado e a matriz preconizada pela Ordem dos Enfermeiros para os cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem.

Considerando o efetivo desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem e a pessoa em situação crítica (Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro) bem como o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem e a pessoa em situação crónica e paliativa (Regulamento nº188/2015 de 22 de abril), as quais fazem atualmente parte das competências a incrementar no decurso do fortalecimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, os estudantes são confrontados com a obrigatoriedade de realização do ensino clínico em contextos específicos e obrigatórios de Urgência e de Cuidados Intensivos. Por outro lado, o estágio de Opção é desenvolvido nos diferentes contextos onde se encontram os doentes críticos ou crónicos e paliativos, cuja entidade patológica, terapêuticas associadas, respostas/problemas dos doentes e intervenções de enfermagem determinaram a opção de cada estudante.

O estágio I- Urgência contemplou 250 horas: 140 horas de contato (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante, correspondendo a 10 ECTS. Este estágio decorreu no período de 23 de Maio de 2016 a 22 de Junho de 2016.

O estágio II- Cuidados Intensivos contemplou 250 horas: 140 horas de contato (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante, correspondendo a 10 ECTS. Este estágio decorreu no período de 12 de Abril a 8 de Maio de 2016

No que diz respeito ao estágio opcional, foi desenvolvido no serviço de Pneumologia na área da pessoa com insuficiência respiratória devido a pneumonia, que para

além de ser uma temática do meu interesse pessoal, se enquadra no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, quando afirma que o enfermeiro cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, enquadrando-se também no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, quando refere que o enfermeiro cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus familiares, em todo o contexto de prática clínica. Este estágio contemplou um total de 375 horas: 210 horas de contato (198 horas de estágio e 12 de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante, correspondendo a 15 ECTS. Este estágio decorreu no período de 21 de Setembro a 1 de Novembro de 2016.

A Enfermagem como profissão tem vindo ao longo dos tempos a comprovar e a consolidar a sua base de conhecimentos e divulgá-los, procurando afirmar a sua autonomia face a outras profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde. Assim Abreu (2007) afirma que a profissão de Enfermagem é um reservatório de

“saberes e processos centrados nas respostas humanas e no autocuidado com o objectivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena” (p.40).

O Enfermeiro Especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007) é o profissional “que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” revela um papel fundamental na prestação de cuidados ao indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, uma vez que detém competências na conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda no âmbito da formação, gestão e assessoria.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) deverão conduzir a um desenvolvimento continuado das “competências para promover uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem”.

De acordo com Abreu (2007) as aprendizagens desenvolvidas em contexto clínico envolvem, atitudes e comportamentos complexos, apenas passíveis de interiorização através de uma prática clínica onde as componentes cognitivas, psicomotoras, afetivas e relacionais desempenham um importante papel.

Com a elaboração deste relatório proponho-me ilustrar uma aprendizagem autónoma e reflexiva, transmitir o desenvolvimento e aprendizagem obtidos durante os

ensinos clínicos, veículo do aperfeiçoamento de competências pessoais e profissionais, demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, através da identificação de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, através de cuidados técnicos especializados e dirigidos à pessoa a vivenciar processos complexos de doença; avaliar e adequar as respostas aos problemas identificados propondo soluções devidamente fundamentadas à luz da evidência científica e ainda evidenciar as competências de comunicação desenvolvidas no atendimento à pessoa/família em situação crítica.

Para a concretização do relatório, pretendo utilizar a metodologia descritiva, analítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios de forma a dar resposta às competências a adquirir no final do curso, tendo como principais referenciais a mais recente evidência científica e os valores da profissão de Enfermagem.

A formatação e a bibliografia seguem as normas elaboradas pela Dr.<sup>a</sup> Sónia Jardim, disponibilizadas no portal da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny (Jardim, 2015).

O presente trabalho encontra-se estruturado em subcapítulos: no primeiro desenvolvo as competências desenvolvidas no estágio I-Urgência. No segundo, apresento as competências adquiridas no estágio II- Cuidados Intensivos. O terceiro corresponde às competências adquiridas e consolidadas no estágio III- Opção (Pneumologia). Finalmente, apresento a síntese da aquisição de competências enquanto enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica considerando os descritores de Dublin relativamente ao grau de Mestre e finalizo com as principais conclusões obtidas ao longo desta etapa formativa.



## **1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

O ser humano desde o momento do seu nascimento até ao momento da sua morte está em constante processo de aprendizagem. Vivemos em permanente processo construtivo de desenvolvimento de conhecimentos, experiências, competências, quer seja de um modo formal, através de formação em serviço; académica, ou não formal através da análise das experiências e partilha de conhecimentos entre os pares.

Os profissionais de enfermagem necessitam continuamente de renovar conhecimentos de forma a poderem promover a qualidade dos cuidados prestados à população de maneira autónoma, responsável e competente. Deste modo a formação deve ajudar a desenvolver atitudes de análise, de resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem.

A necessidade de formação surgiu como uma necessidade de desenvolver ao longo da vida profissional, saberes, atitudes e habilidades, como consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos, no campo da saúde em geral e da enfermagem em particular, tendo como objetivo garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados que prestados aos doentes.

O exercício da profissão de enfermagem requer cada vez mais formação avançada e a identificação clara do seu papel, assim como, da especificidade que ele representa junto ao utente. Deste modo, a competência do enfermeiro manifesta-se pelos conhecimentos científicos profundos e habilidades para os aplicar, numa atitude de ajuda e de cuidados com a melhor qualidade possível.

O investimento pessoal dos enfermeiros em especializações em enfermagem faz com que o saber adquirido melhore os cuidados prestados aos doentes. O enfermeiro especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstraram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”.

O conceito de competência ao longo do tempo tem assumido diferentes significados, de acordo com o objetivo em que está a ser empregue. Uma das definições mais usadas é a de ser um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que afetam a capacidade de uma pessoa para desempenhar um trabalho. Bitencourt (2001), realiza uma

perspetiva histórica do conceito de competência, baseando-se em diferentes autores como Spencer e Spencer (1993), Boterf (1997) e Becker et al. (2001).

Spencer e Spencer (1993) definem competência como “características intrínsecas ao indivíduo que influenciam e servem de referencial para seu desempenho no ambiente de trabalho” (p.9).

Boterf (1997) citado por Bitencourt (2001) elucida que a “competência é assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas, buscando lidar com eventos inéditos, surpreendentes, de natureza singular” (p. 267).

Becker et al. (2001) enunciam que “competências referem-se a conhecimentos individuais, habilidades ou características de personalidade que influenciam diretamente o desempenho das pessoas” (p. 156).

De acordo ainda com Chiavenato (2003), competência significa a qualidade que uma pessoa possui e que é percebida pelos outros. O autor supracitado diz-nos ainda que não adianta possuir competências, é necessário que as outras pessoas reconheçam sua existência, elas são dinâmicas, mudam, evoluem, são adquiridas ou perdidas.

Boterf (2006) afirma que existem três dimensões da competência que devem ser postas em prática por um profissional que age com competência, e que é reconhecido como tal: primeiro, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que ele pode mobilizar para agir, depois, surge a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores.

A aquisição de competências do enfermeiro especialista resulta do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialidade os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências denominadas comuns, porque são transversais a todos os ambientes, tais como cuidados de saúde primários, secundários, terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados; este conjunto envolve também a educação dos clientes, a orientação, aconselhamento, liderança, e a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, permitindo o avanço e a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As competências comuns são as que todos os Enfermeiros Especialistas deverão possuir, independentemente da sua área de especialidade, expressas por uma “elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte

efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista possui para além das comuns, competências especializadas ou específicas, sendo uma garantia de que através do emprego destas competências, possui conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem avaliar as necessidades em cuidados de saúde da sua população-alvo, atuando nos três níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As competências específicas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro deverá deter competências específicas em pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, tornando-se desta forma um elemento capaz de intervir na pessoa com doença crítica, crónica incapacitante e terminal, bem como prestar cuidados especializados à sua família, ampliando a sua qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, e mantendo a colaboração de toda a equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Pelas constantes transições que ocorrem ao longo da vida dos indivíduos, a prática clínica deve constituir o foco da atividade do Enfermeiro Especialista, desta forma este deve possuir “competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, pode-se afirmar que se deve entender por competências as características individuais, conhecimentos, aptidões e atitudes, que permitem ao enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em constante mudança e prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011), sendo que a formação contínua em enfermagem possui já uma longa tradição, tendo mesmo assumido algum protagonismo no âmbito das profissões de saúde (Lourenço & Mendes, 2008).

## 1.1. Em contexto de Urgência

A missão do Serviço de Urgência do Hospital Central do Funchal é prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. E é no cumprimento desta missão que se empenham todos os dias, 24 horas por dia, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde (SESARAM, 2011, p. 2).

Assim o serviço de urgência tem como função principal, assistir todos os utentes que a ele recorrem, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo vital.

Os Serviços de Urgência são muitas vezes a porta de entrada no SNS, sendo considerados um grande consumidor de recursos humanos e financeiros. Nestes serviços são abordadas situações emergentes e urgentes. Desta forma é importante conhecer a definição dos conceitos de situações Urgentes e Emergentes. Assim a DGS (2001) refere que urgências “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (p. 7). Por outro lado definem emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p. 7), assim é importante o conhecimento destes conceitos para a compreensão do funcionamento dos Serviços de Urgência e do papel dos enfermeiros nos mesmos.

Patrick (2011) refere que a enfermagem de urgência representa “a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções” (p. 4).

O autor supracitado menciona que os cuidados de enfermagem em contexto de urgência dirigem-se a episódios geralmente agudos e em diferentes contextos, abarcando uma diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. A sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensinamentos ao doente/ família e encaminhamento adequado.

Em Portugal, com o aumento dos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência e a recente requalificação destes serviços (Despacho n.º 727/2007), os mesmos foram categorizados em três categorias, conforme as suas características: Serviço de Urgência Básica; Serviço de Urgência Médico-cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente.

Devido ao isolamento geográfico em relação ao restante território nacional, a Região Autónoma da Madeira, possui um Hospital Central, que dá resposta a uma população de quase 260 mil habitantes.

O Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça constitui-se como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o nível mais diferenciado à situação de urgência / emergência (DGS, 2007).

Segundo Passos (2017) no ano de 2015 a média de doentes atendidos no serviço de urgência foi de 350 doentes/dia. Este número de doentes revela a desmedida afluência ao serviço de urgência e a enorme necessidade de reforço das equipas com meios humanos para responder às necessidades da população, tal como está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2014), no Regulamento 533/2014 (Norma para o Cálculo de Dotações Seguras de Cuidados de Enfermagem). Esta situação está em dissonância com o que é preconizado nacional e internacionalmente pelas melhores políticas de saúde, em que é dada primazia no acesso dos clientes pelos cuidados de Saúde Primários e só depois, em caso de necessidade o recurso aos cuidados de saúde diferenciados.

A maioria dos motivos de ida à urgência nos turnos em que realizei o estágio, diz respeito a situações agudas, não urgentes, que poderiam ser atendidas por estruturas do sistema de saúde, como centros de saúde, consulta externa que orientariam os doentes, determinando se estes deviam ou não deslocar-se ao serviço de urgência. Na realidade, a população procura muitas vezes acesso a consultas, atendimento rápido e resolutivo para situações que não são urgentes o que poderá ser explicado pela iliteracia. Esta situação exige das populações e dos profissionais mudanças educacionais e informativas, assim como de um aumento do número de respostas dos centros de saúde para que as pessoas possam recorrer para resolver ou minimizar os seus problemas de saúde.

O Enfermeiro no serviço de urgência é um profissional que, pelas características do serviço e dos doentes, tem que recorrer muitas vezes ao estabelecimento de prioridades, impostas pela imprevisibilidade causada pela extrema variedade e gravidade das situações com que se depara. Espera-se que o enfermeiro nestas unidades olhe o doente no seu todo, atendo-o em todas as suas necessidades.

O serviço de urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça comporta o serviço de urgência para adultos e o pediátrico, sendo que apenas irei basear-me no serviço de urgência para adultos, uma vez que foi aqui que desenvolvi a minha prática clínica.

Diariamente trabalham no SU médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes administrativos. Estes profissionais articulam-se com outros serviços hospitalares para darem resposta às necessidades dos doentes, como é o caso do Laboratório, Banco de Sangue, Bloco Operatório, Hemodinâmica, Unidade de exames de Gastroenterologia, Farmácia, entre outros.

A equipa médica está dividida por especialidades, sendo que nem todas estão em regime presencial. A equipa presencial é constituída por um chefe de equipa, três ortopedistas, quatro médicos de cirurgia geral e seis de medicina interna/ clínica geral. As especialidades médico-cirúrgicas de prevenção dão apoio sempre que solicitados, tendo para tal que se deslocar ao serviço no mais breve tempo possível (tempo inferior a 60 minutos).

A equipa de enfermagem do SU é constituída por 72 enfermeiros. Destes existem enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas (Médico-Cirúrgica, Saúde Mental e Psiquiátrica e Reabilitação), o que permite que, de forma individual e de acordo com as competências que adquiriram e em equipa contribuam para melhores cuidados em saúde. Os enfermeiros são destacados por posto de trabalho (Triagem, sala de tratamentos, sala de recuperação, sala de observação, sala de cuidados especiais, sala de cirurgia, sala aberta e sala de ortopedia) porém, verifica-se uma colaboração no serviço de urgência devido ao fato da necessidade de dar resposta aos doentes de forma imediata às situações emergentes e urgentes, sendo para isso necessário a entreaajuda dos elementos para aumentar a sobrevivência dos doentes. O horário de trabalho é distribuído por três turnos: Manhã (08h-15h30m), Tarde (15h-22h30m) e Noite (22h-08h30m). Esta distribuição é feita pelo enfermeiro chefe, constituindo para tal equipas de trabalho.

No serviço de urgência do Hospital Nélio Mendonça existe ainda uma sala de emergência, denominada Sala Zero que se destina ao atendimento de qualquer pessoa em situação crítica ou emergente, independentemente da sua idade.

Em cada turno ficam destacados três enfermeiros para esta sala. Estes profissionais estão cumulativamente destacados noutros postos de trabalho, sendo que quando a sala Zero é ativada, o seu posto de trabalho fica reduzido a apenas um elemento, aumentando a sobrecarga de trabalho para o elemento que ficou só nesse posto. Por este motivo, e considerando o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2014) no Regulamento 533/2014 (Norma para o Cálculo de Dotações Seguras de Cuidados de Enfermagem), verifica-se que o número de profissionais é inferior ao que é recomendado podendo colocar em causa o direito ao cuidado que o doente possui e que está expresso no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 83.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005), onde afirma que

o enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento.

Os profissionais do SU comunicam com o Sistema de Assistência Pré-Hospitalar da Região Autónoma da Madeira (R.A.M.) por telefone direto para com o Serviço Regional de Proteção Civil (SRPCM) ou com a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR). Sempre que a EMIR transporta um doente grave, contacta previamente o SU para transmitir os dados clínicos e relevantes ao responsável pelo sector sob o qual o doente deve continuar em observação.

O serviço conta com 48 assistentes operacionais, dando apoio aos vários postos e apoiando diversas atividades. São também estes que dão apoio à Unidade de AVC.

Antes do início da prática clínica reuni-me com o Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência, de modo a discutir o meu projeto e validar o meu horário com o horário da minha tutora conhecendo os objetivos preconizados pelo plano de estudos do curso. O enfermeiro chefe já havia planeado o percurso para esta prática, distribuindo os turnos pelos vários postos de trabalho, seguindo um percurso que ia desde a entrada do doente no serviço de urgência, realização de triagem, sala de tratamentos, sala de recuperação, sala de cirurgia, sala de observação e cuidados especiais.

Durante este período de estágio procurei atingir os objetivos previamente delineados no projeto de estágio, integrar e aplicar criticamente os conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

A enfermagem de urgência, de acordo com Machhail (2001) iniciou-se na época de Florence Nightingale e baseia-se na prestação de cuidados a todas as pessoas que apresentem alterações na saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.

Os enfermeiros são os elementos da equipa de saúde que acompanham o doente durante mais tempo no seu percurso no serviço de urgência, sendo por isso muito importantes durante o período em que estes têm necessidade de ali permanecer. O serviço de urgência é considerado um serviço agitado, imprevisível e particularmente sensível ao despoletar de emoções tanto para quem deste serviço necessita como para quem nele desempenha funções (Machado, 2010).

O contexto de urgência exige dos enfermeiros a necessidade de atuar com rapidez, agilidade, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais dos

doentes, de forma a proporcionar um atendimento humanizado e estabelecer prioridades na prestação dos cuidados.

Assim, é fundamental a formação permanente da equipa de enfermagem, de forma a manter atualizados os conhecimentos necessários à prestação de cuidados autónomos e interdependentes inerentes às funções desempenhadas.

Num contexto complexo como é o de um SU, é esperado que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenhe um papel de destaque na equipa multidisciplinar devido ao seu conhecimento aprofundado e às suas competências adquiridas num domínio específico da Enfermagem.

Durante este estágio tive a oportunidade de desenvolver diversas atividades durante o decorrer da prática clínica. A diversidade de situações que encontrei foi um desafio constante para o meu saber, estimulando a minha aprendizagem e contribuindo para o desenvolvimento da minha capacidade em reagir perante situações imprevisíveis e complexas.

Assim, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a competência específica “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011) foi desenvolvida durante o estágio através da mobilização dos conhecimentos adquiridos no Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica e durante a minha vida profissional, bem como na pesquisa bibliográfica, procurando identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, desenvolvendo atividades de forma a minimizar ou resolver os problemas de saúde dos utentes que acorreram ao Serviço de urgência.

Procurei desenvolver e aprimorar o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados, pois através deste processo de decisão podem resultar consequência para o doente, cumprindo assim com o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 83.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005), onde afirma que o enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento. Deste modo desenvolvi a minha capacidade no estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem, bem como na articulação com outros profissionais na prestação de cuidados de forma a reduzir ao máximo possível o desperdício de tempo no atendimento ao doente em estado crítico, podendo desta forma melhorar o seu prognóstico.

Realço o contributo obtido com a participação no processo de estabelecimento de prioridades, mais conhecido por Triagem de Manchester.

A palavra triagem deriva do francês “trier”, que significa escolher ou selecionar, remonta ao exército francês que desenvolveu um método para rapidamente avaliar e categorizar os feridos no campo de batalha e evacuar os que requeriam atenção urgente (Patricia, 2011).

Florence Nightingale em 1854 na guerra da Crimeia já procurava de uma forma empírica e baseada na observação, separar doentes em estado crítico em áreas especiais (Padilha & Tranquetelli, 2007).

O principal objetivo da triagem consiste na identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente ou em risco de vida. Segundo a autora Sheehy’s (2011) a realização de um processo de triagem exemplar implica que os profissionais que a executam tenham em mente os objetivos que orientam este sistema. Por outro lado os autores Santos, Freitas & Martins (2013) mencionam que o processo de triagem estabelece o reconhecimento de pistas que possam indicar um determinado problema, antevendo a sua deterioração se não for dada resposta célere e adequada.

O protocolo de triagem de Manchester surgiu em 1996, devido à necessidade que a equipa de saúde sentiu em dar acesso a cuidados no serviço de urgência através da identificação de prioridades.

Em Portugal este sistema de triagem foi implementado no ano 2000. Em 2005 já era utilizado em todos os hospitais conforme consta no Despacho n.º 19124 de 17 de Agosto com a finalidade de priorizar os doentes consoante a sua gravidade clínica (DGS, 2015).

O método de Triagem de Manchester de acordo com as diretrizes emanadas pelo Grupo Português de Triagem (2002) é composto por cinco parâmetros fundamentais: identificação do problema; recolha e análise de informações; avaliação das alternativas e seleção de uma; implementação da alternativa selecionada; monitorização e avaliação.

Este método de triagem consiste em identificar a queixa inicial do doente e seguir o respetivo fluxograma. Existem disponíveis 52 fluxogramas, sendo que cada um deles contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada (com a definição exata dos termos) que constituem os chamados “discriminadores”. Encontrado o discriminador, finaliza-se a triagem atribuindo a prioridade respetiva.

As prioridades variam de acordo com as seguintes categorias: Vermelho (Emergente – Tempo de Espera 0 min); Laranja (Muito Urgente – Tempo de Espera 10 min);

Amarelo (Urgente – Tempo de Espera 60 min); Verde (Pouco Urgente – Tempo de Espera 120 min) e Azul (Não Urgente – Tempo de Espera 240 min). Uma das considerações a reter do processo de triagem é o fato de o 5º sinal vital, a dor, ser um elemento diferenciador na atribuição da prioridade, sendo assim é um elemento fundamental na avaliação do enfermeiro que realiza a triagem.

Concluído o processo de triagem é atribuída a prioridade ao doente, e este é encaminhado até a sala de espera onde será chamado pela equipa médica para a sua avaliação clínica.

Para rematar, Jesus (2008) refere que o enfermeiro que realiza a triagem deverá ter presente que é o “rosto”, o primeiro da equipa prestadora de cuidados que o doente encontra na maioria dos casos, quando se dirige ao serviço de urgência e que o seu acolhimento inicial em muito influencia a sua perceção acerca dos cuidados subsequentes.

Durante o período de tempo em que estive na sala de triagem foi possível constatar a enorme afluência de pessoas a este Serviço, já que todas elas obrigatoriamente passam pela Triagem, antes do seu atendimento médico. Tal como atrás referido, a grande maioria dos casos não se constituía caso de urgência, sendo essa uma das dificuldades / limitações deste Serviço. Há um grande trabalho por desenvolver nesta área, quer de orientação da população, quer de oferta de cuidados de saúde primários que respondam às suas necessidades, sem que se sobrecarregue as Urgências Hospitalares, com todos os problemas que daí advêm. O Serviço de Urgência é verdadeiramente a porta de entrada no Hospital. De fato, a temática sobre o uso indevido dos serviços de urgência já foi abordada em estudos internacionais, como por exemplo o estudo publicado na revista *Journal of Accident & Emergency Medicine* referido por Teixeira (2010), onde se chegou à conclusão de que é importante incidir na educação dos grupos da população que têm uma maior tendência a procurarem estes serviços, para que acedam primeiro aos cuidados de saúde primários, com o objetivo de serem aí melhor orientados.

O mesmo autor refere que a Comissão Técnica responsável pela requalificação dos SU em Portugal, procurando reduzir o acesso aos SU em situações que não são consideradas urgentes, assumiu que é importante investir na informação e sensibilização da população, como forma de promover a boa utilização dos serviços e evitar conflitos, recomendando: a criação de campanhas de comunicação à população; atingir o público-alvo através de vias mistas de comunicação; criação de sítio hospitalar na Internet como serviço de informação; criação de um “*call center*” nacional ou regional de orientação; uniformização de suportes

de informação nas instituições; criação de gabinete de Relações Públicas nas unidades de saúde.

Num estudo realizado em Portugal por Teixeira (2010), acerca dos motivos que levam os doentes ao Serviço de Urgência, constatou-se que a grande maioria recorre diretamente a este serviço hospitalar, não passando por um Serviço de Saúde Primário antes da ida ao Serviço de Urgência. A principal motivação do grupo que aí recorre diretamente é a sua perceção da gravidade da doença, enquanto que as outras pessoas tomam a opção de ir previamente a um Serviço de Saúde Primário porque consideram ser a maneira mais correta de aceder ao SNS.

Especificamente no que respeita aos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são exigidas ações bem coordenadas e altamente qualificadas. Destaco a sala de emergência por ser uma valência do serviço de urgência cujo funcionamento assenta no atendimento imediato e diferenciado de situações urgentes/emergentes; tal como refere Graça (1997), para possibilitar um atendimento de qualidade à pessoa em situação crítica, é indispensável a existência de uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder visto que a eficácia e rapidez no atendimento marcam a diferença entre a vida e a morte.

Corroborando esta mesma opinião, Silva (2003) refere que o sucesso nesta sala relaciona-se com a existência de materiais e equipamentos adequados, mas, sobretudo, devido a uma equipa que assegura um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado.

Assim, no SU do Hospital Dr<sup>o</sup> Nélio Mendonça na abordagem do doente crítico está muito presente a nomenclatura ABCDE. Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência, significando: A- Via aérea; B- Ventilação; C- Circulação; D- Disfunção neurológica; E- Exposição. A aplicação desta metodologia permite identificar, corrigir e estabilizar situações que colocam a vítima em risco imediato de vida.

No momento da sua ativação, existem campainhas de cores e tons diferentes com o intuito de diferenciar situações do foro médico ou cirúrgico.

A cor azul é ativada nos casos de efetivo ou iminente risco de paragem cardiorrespiratória e a cor vermelha nos casos de trauma.

Tal como anteriormente referido a equipa de enfermagem na sala de emergência é composta por três elementos (A;B;C) com funções específicas que se encontram afixadas no plano diário. Normalmente é composta pelo elemento da sala dos cuidados especiais, pelo elemento da sala de cirurgia e o chefe de equipa ou o segundo elemento.

Ao elemento A estão atribuídas as funções de coordenação da equipa de enfermagem, estabelecendo as prioridades (fica à cabeça do doente); responsável pela respiração/ ventilação do doente (permeabilidade da via aérea do doente, remoção de corpos estranhos, aspira secreções); observação da expansão torácica; administração de oxigénioterapia; colaboração na entubação orotraqueal (fixa o tubo orotraqueal, aspiração de secreções orotraqueais, observação de funções vitais - ECG, Oximetria e T.A; observação do reflexo pupilar; avaliação do estado de consciência do doente; é responsável pelo transporte do doente na realização de exames complementares de diagnóstico desde que não seja o enfermeiro chefe de equipa; coloca SNG (exceto no TCE); voz de comando nas mobilizações/transferências de maca; assegura o registo completo das ações de Enfermagem; repõe todo o material usado na sala.

Ao elemento B (fica ao lado do doente) estão atribuídas as funções de: monitorizar doente - ECG, Oximetria e T.A; introduzir cateteres venosos periféricos, assegurando bons acessos; colher sangue para análises e determinação de grupo sanguíneo; administrar a terapêutica prescrita com rapidez e precisão; colaborar com o médico na introdução de cateteres e drenos; algaliar o doente; colaborar a despir o doente; pesquisar lesões concomitantes; colaborar na desinfeção e cobertura de feridas; colaborar na higiene corporal; colaborar na imobilização de fraturas e ajuda a vestir o doente.

Se for uma emergência pediátrica, este posto é ocupado pelo enfermeiro do serviço de urgência pediátrica.

Ao elemento C (elemento circulante) estão atribuídas as funções de: colaborar na monitorização do doente; introduzir sangue nos tubos de análises e enviar ao laboratório e banco de sangue; preparar toda a terapêutica, guardando todas as ampolas para posterior registo; providenciar a presença do ventilador portátil na sala em caso de necessidade (monta-o e conecta-o a rampa de oxigénio; preparar todo o material necessário para a introdução de cateteres, drenos e imobilizações de fraturas; despir/ vestir o doente; pesquisar lesões concomitantes; imobilizar fraturas; colher toda a informação pertinente acerca do doente, junto dos acompanhantes do doente e tripulantes da ambulância; informar a família da situação clínica do doente; identificar o doente; preparar todo o material necessário para transporte do doente para efetuar exames complementares de diagnóstico (Oxigénio, monitores) e fazer o espólio de roupa e valores.

Estreitamente associada à utilização da sala de emergência, estão as vias verdes, que são sistemas de resposta rápida e consistem em algoritmos clínicos de avaliação e de tratamento de patologias frequentes, em que o tempo de atuação é determinante para o resultado

terapêutico. São cruciais no tratamento de patologias como o AVC, Doença coronária/Enfarte Agudo do Miocárdio, Sepsis e Trauma e contribuem para a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados mais adequados de diagnóstico e tratamento, conduzindo a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbidade e da mortalidade hospitalar e global. Segundo a Direção Geral de Saúde (2010), existem um conjunto de atitudes que para o AVC, para o EAM e para a Sepsis, que se realizados numa fase precoce da doença, reduzem a morbimortalidade.

Durante as quatro semanas de estágio tive a oportunidade de participar no atendimento ao doente após ativação da via verde, Trauma, AVC e Doença coronária, em colaboração com a enfermeira tutora. Colaborei na execução das funções indicadas aos diferentes elementos. Após diálogo com o enfermeiro Chefe de Serviço e os responsáveis de equipa, apesar de não existirem dados disponíveis sobre o número de doentes atendidos em sala de emergência, foi-me transmitido que ocorre uma média de cinco a seis emergências a cada 24 horas.

Os doentes admitidos nesta sala devem permanecer apenas o tempo necessário para a execução das manobras de emergência até a sua estabilização, devendo ser transferidos para outros sectores do serviço de urgência ou para o internamento. Assim, após a estabilização da pessoa em estado crítico, deve ocorrer a sua transferência para o local previamente determinado, tendo em conta a sua segurança e benefício (Silva, 2003).

Em situações de catástrofe, em que o número de doentes é superior à capacidade do serviço de urgência, é ativado o sistema de triagem de catástrofe.

No regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é identificada a competência específica “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção”, (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Não tendo ocorrido nenhuma situação que se enquadrasse nos critérios de catástrofe ou emergência, procurei desenvolver um conhecimento mais profundo sobre o plano de emergência da Instituição, e os princípios de atuação em situações de catástrofe apoiando-me também na experiência pessoal e profissional nestas situações.

O SU possui assim um plano de catástrofe externa (SESARAM, 2008), constituindo por um conjunto de normas e regras de procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na R.A.M., conduzindo a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência do Hospital Central

do Funchal, que podem esgotar os recursos disponíveis. Este plano de resposta hospitalar tem como principais objetivos: definir os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um grande afluxo de vítimas e garantir uma atuação eficaz em caso de receção de multivítimas de modo a reduzir a sua morbilidade e mortalidade.

Tive a oportunidade de verificar a constituição e a localização dos *kits* de triagem em situação de catástrofe, verificando que estão organizados de forma a dar resposta aos diferentes níveis de emergência, dependendo do número de doentes que cheguem ao serviço de urgência.

Refiro que, tendo vivenciado uma experiência de ativação do plano por incêndios em agosto de 2013, liderando o serviço em que me encontrava a trabalhar no processo de evacuação e colaborar na evacuação dos restantes serviços do mesmo hospital, e na acomodação dos doentes após evacuação no Regimento de Guarnição nº 3, posso afirmar que o plano funcionou adequadamente nesta situação. Assim, tendo em conta a competência anteriormente referida pude, neste momento difícil da minha vida pessoal, profissional e social, liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros, podendo constatar a articulação e eficácia da equipa, introduzindo quando necessário medidas corretivas das inconformidades de atuação.

Dentro da competência específica “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, as unidades de competência “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Ordem dos Enfermeiros 2011), foram desenvolvidas e adquiridas através da minha prática diária de cuidados especializados à família, envolvendo-a na conceção do plano de cuidados a prestar ao doente para responder em tempo útil às necessidades do doente e família. Santos (2008), refere que cuidar é comum a todas as culturas, embora seja expresso de diversas formas, e que é normalmente a família que se auto responsabiliza pelo cuidado. O autor supracitado refere também a importância e a preocupação que todos devemos ter em cuidar de quem cuida.

Desta forma durante o período de estágio no serviço de urgência pude verificar a importância atribuída pelos profissionais à família na prestação de cuidados, de forma inata, embora exista legislação em vigor (Lei nº33/2009, de 14 de Julho) que define o direito ao acompanhamento dos doentes aquando da sua admissão nos serviços de urgência do nosso País.

Esta Lei estabelece o direito do doente ser acompanhado no serviço de urgência desde a sua admissão até à alta ou internamento por alguém por si definido, sendo que o acompanhante tem direito às informações sobre o estado de saúde do doente, exceto se o doente transmitir que não deseja a transmissão de dados confidenciais, devendo os serviços estar munidos das condições para que tal aconteça, salvaguardam-se todas as situações em que a presença do acompanhante comprometa a prestação de cuidados. É um dever do enfermeiro, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 84.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005), informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, por este motivo o enfermeiro deve assegurar-se que a informação é facultada à família, de acordo com a vontade expressa do indivíduo no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe.

Verifiquei que apesar de a legislação referida anteriormente reforçar a importância do acompanhante e o direito do doente ao mesmo, as condições físicas do serviço de urgência não permitem um cuidado digno para os acompanhantes, tendo estes que permanecer de pé por longas horas junto aos seus familiares, porque os lugares existentes para estes são ocupados por doentes à espera de resultados de exames e até em algumas situações os familiares de doentes conscientes e orientados, são retirados de junto dos seus familiares devido a estas limitações estruturais, sendo-lhes explicado o motivo e solicitada a sua colaboração.

Quando questionado pelos familiares sobre o estado de saúde do seu doente e os cuidados prestados, por vezes senti dificuldade da minha parte e da restante equipa multidisciplinar em fornecer a informação, porque no serviço de urgência a privacidade do doente pode estar colocada em causa, não existindo separação física de doentes por cortinas ou biombo na maior parte do serviço, nem um local específico para informar as famílias. Porém, o enfermeiro tem o dever de sigilo profissional expresso no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 85.º, podendo apenas partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, bem como os direitos do doente que estão expressos na carta dos direitos do doente internado, onde descreve que o doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Por sua vez, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros afirma que o enfermeiro no exercício das suas funções deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos

Enfermeiros, 2005). Assim, procurando cumprir estes pressupostos, optei por me dirigir com o acompanhante para uma área mais reservada sempre que foi possível, adaptando a linguagem à complexidade do estado de saúde da pessoa, utilizando estratégias de comunicação verbal e não-verbal, que foram desde o questionar a família para que elas próprias aproximem a sua resposta da situação do doente atual, à expressão facial sinalizando a concordância com os sentimentos verbalizados.

Prestei apoio visando o ajustamento da família perante alterações na autonomia do doente, relativamente aos cuidados a prestar, solicitando informações sobre os recursos disponíveis para cuidar do familiar doente. Efetivamente, nalgumas situações em que o estado de saúde do doente tem como consequência algum grau de dependência, os familiares manifestam preocupação relacionada com os cuidados necessários no domicílio e emoções, das quais emergem a tristeza, a angústia, a revolta e resignação. Apesar das dificuldades, surgem também ao longo do processo de doença sentimentos de satisfação, de amor, de dever no cuidar do seu familiar

Jesus (2008) afirma que os cuidadores que sentem menor apoio por parte de outras pessoas apresentam mais vivências negativas, referindo que o apoio de enfermeiro como importante fonte de suporte psicológico, além do dos seus familiares.

Assim, considerando a natureza de um serviço de urgência, desenvolvi estas atitudes terapêuticas num ambiente complexo, recorrendo a uma linguagem acessível, mostrando disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, fornecendo orientações sobre os apoios disponíveis, e permitindo a pessoa cuidadora interiorizar e iniciar o processo de transição no novo contexto de dependência do seu familiar.

Segundo Rosário (2009) vários estudos mostram que quando se dão informações aos doentes satisfazem-se várias necessidades a nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz a ansiedade, diminui o *stress*, promove o sentimento de segurança e aumenta a adesão ao tratamento.

Neste contexto recorde uma situação de um doente que devido a uma queda no domicílio, ficou com limitações físicas a nível da marcha, tornando-se dependente de outros. A família que vivia com o doente apresentava-se ansiosa com o processo de auxílio ao seu familiar no domicílio, perante esta constatação, facultei as informações sobre os recursos necessários e demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, ficando a família mais confortada e confiante no desafio de cuidar o seu familiar.

Nunes (2008), diz-nos que os familiares têm um papel ativo na prestação de cuidados, tomada de decisões, requerem cuidados, informação e acompanhamento por parte

dos profissionais para lidarem com a situação que estão a vivenciar. Do meu ponto de vista a família desempenha um papel insubstituível na prestação de cuidados, pois é ela que melhor conhece o doente.

Tendo em conta a competência específica “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” em relação à unidade de competência “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros 2011), esta foi adquirida e desenvolvida através da reflexão pessoal, diária e semanal, partilhada com o enfermeiro tutor e outros elementos da equipa de enfermagem, após a prestação de cuidados de maior complexidade ao utente e família. Estes momentos de reflexão permitiram a análise mais pormenorizada das situações de maior complexidade sucedidas diariamente e no conjunto de cada semana de estágio. Desta forma estes momentos contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, permitindo a melhoria dos cuidados por mim prestados, através da identificação de atitudes a corrigir e das atitudes a manter. Serra (2008) transmite-nos a ideia que uma ação rotineira e mecânica constitui um obstáculo no desenvolvimento dos estudantes, não promovendo os locais de estágio como um local de prática reflexiva. Desta forma posso afirmar que as reflexões efetuadas com regularidade colaboraram no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Realço que muitas destas intervenções do âmbito da relação terapêutica em contexto de urgência não são registadas, comprometendo a continuidade de cuidados a esse nível.

Assim, sempre que oportuno, procedi ao registo das atividades desenvolvidas, contribuindo para a continuidade dos cuidados e avaliação dos cuidados prestados, sendo que esta atitude é um dever do enfermeiro manifestada no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 88º (Ordem dos Enfermeiros, 2005) onde se menciona que o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.

Relativamente à competência específica “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” em relação à unidade de competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” a Ordem dos Enfermeiros (2011) faz alusão à necessidade de o enfermeiro prestar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar

processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.

Tendo em conta a complexidade dos cuidados, na equipa de enfermagem há um elemento responsável pela sala de emergência, geralmente é um enfermeiro especialista o qual é responsável pela verificação da funcionalidade dos equipamentos e reposição dos materiais no início de cada turno e após a sua utilização. Desta forma, tive a oportunidade de manipular os equipamentos com os quais tinha menos destreza, nomeadamente os desfibrilhadores e ventiladores, repor materiais e contribuir para a operacionalização da sala de emergência, contribuindo assim para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro, tal como se preconiza no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As definições e orientações atuais, num momento de PCR, consideram uma boa atuação se forem tomadas as atitudes corretas nomeadamente: reconhecimento precoce da situação de urgência e ativação dos serviços de emergência; manobras de suporte básico de vida; desfibrilhação precoce e manobras de suporte avançado.

Estudos revelam que uma intervenção antecipada e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade de doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a PCR, sendo essencial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação (Soar et al, 2010).

Por outro lado Valente e Catarino (2012) referem que nos doentes hospitalizados, a PCR não é imprevista nem súbita, e que em cerca de 80% dos casos verifica-se uma deterioração progressiva prévia, sendo que os sinais de alerta mais frequentes são:

(...) sinais de dificuldade respiratória, a elevação da frequência cardíaca e a diminuição do débito cardíaco. São igualmente frequentes manifestações de hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. Nas horas que precedem a PCR são comuns alterações metabólicas, particularmente acidose (p.16).

O suporte avançado de vida constitui um elo importante na cadeia de sobrevivência, porque a desfibrilhação nem sempre está indicada, nem é eficaz de forma isolada.

Um dos fatores mais importantes a ter em conta é o de socorrer em segurança, critério que procurei sempre manter, de forma a manter a segurança de todos os envolvidos na situação de emergência.

De forma a poder prestar cuidados especializados numa situação emergente, durante o período de formação teórica do mestrado, realizei o curso de suporte básico de

vida com desfibrilhador externo automático (DEA), com certificação da Proteção Civil da Madeira, tornando-me assim operador certificado de DEA, e constituindo mais um elemento na sociedade capaz de prestar auxílio precoce e possivelmente salvar vidas.

Uma das situações sobre a qual refleti foi sobre uma situação em que podia facilmente não ser dada atenção a possíveis lesões, devido à intoxicação alcoólica e suas manifestações. Refiro-me a uma situação de trauma, indivíduo do sexo masculino, intoxicado por ingestão de álcool, com uma queda de aproximadamente três metros de altura. À chegada ao serviço de urgência foi ativada a Sala Zero. O doente apresentava-se consciente e orientado, com discurso agressivo e provocatório, apresentava traumatismo no local de impacto com o chão (região supraciliar direita), e anisocoria com a pupila direita mais dilatada e não reativa à luz. Acompanhei o doente na realização de exames complementares de diagnóstico, que não evidenciaram nenhuma lesão óssea, nem lesão cerebral, o que estava sob suspeita devido à anisocoria e à confusão mental apesar de se encontrar com intoxicação alcoólica.

Depois de realizados os exames complementares de diagnóstico o doente foi encaminhado para a sala de ortopedia para retirar o plano duro e colar cervical, após observação médica dos vários Rx e TAC crânio. Finalizado esse procedimento, o doente foi encaminhado para a sala de pequena cirurgia para ser suturado.

Durante o atendimento e prestação de cuidados a este doente, verifiquei que o enfermeiro especialista que acompanhava o doente, demonstrava a preocupação em proteger o doente de eventuais efeitos adversos, provocados por um transporte inadequado.

O enfermeiro que acompanha o doente preocupou-se em garantir os recursos materiais necessários, para que o transporte do doente seja efetuado em segurança e com todas as condições de segurança asseguradas. Um cuidado sempre levado em conta é o de contatar o serviço de imagiologia antes da saída do doente da sala zero, para evitar demoras na realização dos exames complementares de diagnóstico, e impedir que surjam complicações do estado de saúde do doente durante o período de transporte.

A pessoa em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O transporte do doente crítico é descrito pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) e pelo Código Deontológico do Enfermeiro, que face

às competências do enfermeiro que acompanha o transporte do doente crítico adulto, demonstra preocupação em proteger o doente de eventuais efeitos adversos oriundos de um transporte inadequado. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008) realçam que o transporte dos doentes em situação crítica envolve sempre alguns riscos e como tal Bérubéa et al (2013) referem que é fundamental refletir sobre as estratégias utilizadas de forma a antecipar problemas e a planear mais eficazmente futuros transportes reduzindo incidentes. Efetivamente pude constatar que enfermeiro tem um papel de relevo no transporte destes doentes, é ele que confirma que o colega do serviço que vai receber o doente está pronto para o fazer, devido à grande instabilidade destes doentes, o enfermeiro prepara os doentes para o transporte com todo o tipo de equipamentos necessários, materiais e fármacos necessários para acompanhar os doentes durante o transporte, fazendo uma previsão das situações adversas que podem ocorrer durante o mesmo.

Segundo as Recomendações do Transporte do Doente Crítico (SPCI & OM, 2008) o transporte deste doente deverá ser efetuado por um enfermeiro com formação em cuidados críticos de enfermagem (especialmente em suporte avançado de vida e trauma) e um médico com competências a nível de vias aéreas artificiais e ressuscitação cardíaca. Após decisão médica da necessidade de transportar o utente para o serviço de imagiologia, verifiquei que houve uma grande preocupação, para que o transporte fosse efetuado em segurança e com as condições necessárias por parte do enfermeiro especialista que é normalmente o profissional que realiza o transporte de doentes, na sua ausência o transporte é efetuado pelo responsável de turno ou pelo elemento da equipa de enfermagem com experiência profissional no contexto de urgência.

Tal como referido anteriormente, durante o estágio tive a oportunidade de observar e auxiliar na preparação e transporte intra-hospitalar de doentes críticos para a realização de exames de Imagiologia e para outros serviços diferenciados, nomeadamente para a Unidade de Cuidados Intensivos. O enfermeiro especialista responsável pelo transporte na fase do planeamento preocupou-se em garantir os recursos materiais necessários tanto em termos de monitorização, ventilação e infusão. Garantiu a presença do insuflador manual e da mala de transporte.

O transporte intra-hospitalar do doente crítico pode originar grandes riscos, com consequências imediatas como a deterioração fisiológica do doente de forma brusca, o que acarreta muitas vezes em uma longa e difícil recuperação (Almeida et al, 2012).

Por outro lado Comeau et al. (2015) defende que o transporte seguro é dado pela preparação avançada, coordenação de meios otimizados, utilização adequada de equipamentos, pessoal treinado e uma planificação de modo a minimizar complicações e a garantir o benefício para o doente.

Tive um papel interventivo em situações de risco/potenciais, que muitas vezes passou por elevar grades das macas para evitar quedas dos doentes promovendo a sua segurança e noutras situações no alerta dos restantes elementos da equipa multidisciplinar da alteração súbita do estado de consciência dos doentes. Como exemplo posso referir uma situação em que um doente idoso se encontrava numa maca sem elevação das grades da mesma, e enquanto o familiar foi ao sanitário, constatei que este ao mobilizar-se na maca corria o risco de cair, por esse motivo de forma a precaver danos para o doente elevei as grades da cama e aguardei junto ao mesmo a chegada do seu familiar para o alertar para as consequências que podiam advir do esquecimento de uma atitude simples como é elevar as grades da maca.

Assim, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), são aptidões que o enfermeiro especialista deve possuir no sentido de garantir que todos os elementos da equipa cumpram os princípios técnicos, éticos e deontológicos.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) afirma que “os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem.

Procurei na realização do meu estágio que o meu desempenho cumprisse com estes princípios. Com o objetivo de continuar com o meu desenvolvimento pessoal, realizei pesquisas acerca de temas que me despertaram interesse, e que achei necessário aprofundar, como exemplo a avaliação da dor no doente com ventilação invasiva e com alterações cognitivas.

Os doentes com limitação cognitiva grave, podem manifestar comportamentos sugestivos de dor, através da adoção de posturas defensivas, movimento de retirada quando sujeitos ao estímulo doloroso, agitação, expressão facial de sofrimento, gemidos e alteração

do padrão do sono, podendo despoletar o medo e a ansiedade, retardando a sua recuperação. Já no que respeita à avaliação da dor no doente com ventilação invasiva, a pesquisa deveu-se ao fato de que no momento em que tive oportunidade de cuidar destes doentes nos cuidados especiais do serviço de urgência, ter verificado que esta era uma lacuna por parte dos enfermeiros. Assim após pesquisa bibliográfica, encontrei a escala que está também a ser usada no serviço de medicina intensiva (UCIP) do nosso hospital, a escala Behavior Pain Scale. Esta escala segundo Fortunato et.al (2013), é fácil de ser utilizada e aplicável para avaliar a dor de pacientes sedados e/ou em ventilação mecânica, o resultado vai de 3 a 12, através da observação da expressão facial (1 a 4), dos movimentos do corpo de tensão muscular (1 a 4) e sincronia com o ventilador (1 a 4), e se o resultado obtido for maior que 6 é considerado inaceitável. Os mesmos autores supracitados referem também que o resultado deve ser registado de forma a se visualizar a pontuação obtida em cada parâmetro (Ex. BPS (1+1+1)=3).

A dor no serviço de urgência além ser um “sinal vital” importantíssimo na definição da prioridade no atendimento, é também o sintoma pelo qual os doentes mais recorrem a este serviço. A dor é definida pela CIPE (2014) “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.

Posso afirmar que, apesar de ser um serviço de urgência, o tipo de dor mais proeminente foi a dor crónica associada a problemas músculo-esqueléticos, o que pode ser explicado pelo envelhecimento da população, como também pela situação económica das famílias que são obrigadas a trabalhar, mesmo com dor. A dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano (Lopes, 2010). O mesmo autor realça o impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é superior ao provocado por outros sintomas crónicos, pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que implica nas atividades de vida diária do doente

aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica referem que a dor afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi feito o diagnóstico de depressão (p. 5).

Assim e com a observação e constatação no período de estágio a agudização da dor crónica é o motivo pelo qual os doentes recorrem ao serviço de urgência, fundamentando

uma das competências do Enfermeiro Especialista Em Pessoa em Situação Crítica “ a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as resposta” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os autores White & Stein (2010) definem a dor aguda como uma dor “de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal”, a mesma associação define a dor crónica como “prolongada no tempo, normalmente de difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos”.

Verifiquei que, no decurso do estágio neste contexto de urgência, não existem protocolos definidos para a gestão da dor. Constatei que muitas vezes não há prescrição de terapêutica analgésica, cabendo ao enfermeiro, sensibilizar o médico no sentido de uma prescrição para o tratamento da dor, o que retarda o alívio da dor dos doentes, causando-lhes sofrimento e angústia. Deste modo, além da terapêutica, fiz o alívio da dor através do posicionamento, da massagem e a técnica de distração, tendo na maioria das situações surtido efeito.

Sousa (2009) afirma que o controlo da dor torna-se mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras). Estas últimas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil utilização podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores e aplicadas em meio hospitalar e no domicílio.

Neste período de estágio prestei cuidados de enfermagem, colaborando com todos os elementos da equipa, facilitando assim a minha integração e contribuindo para o meu objetivo principal que era o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Garrido & Simões (2007) afirmam que a supervisão se baseia

no relacionamento pessoal e profissional, entre um profissional que exerce práticas clínicas de saúde e um aluno em formação. É um processo de colaboração formal estruturado que ajuda o aluno a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional (p. 7).

No decurso do estágio fui alvo de supervisão enquanto aluno por parte do enfermeiro tutor, tendo este processo contribuído para a minha aprendizagem, reflexão crítica e desenvolvimento pessoal, essencial para a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista.

Este processo de supervisão permitiu-me adquirir capacidades para a prática de cuidados futuros através da promoção de uma reflexão e análise constantes sobre os cuidados prestados, dos conhecimentos científicos e profissionais contribuindo desta forma para o meu crescimento pessoal de forma autónoma e segura num ambiente com que inicialmente não estava familiarizado.

Relativamente à competência específica “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” na unidade de competência “ assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), esta foi desenvolvida e adquirida através da minha atuação, permitindo e estimulando sempre o acompanhante do doente a permanecer junto ao mesmo, quer após a estabilização em situações urgentes, quer em momentos de agonia.

Estas experiências levaram-me a aprofundar as competências relacionadas com a transmissão de más notícias. A transmissão de más notícias provoca uma alteração negativa na expectativa acerca do presente/ futuro, afetando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa e persiste durante algum tempo após a receção das informações (Jesus, 2007).

O mesmo autor refere também que a forma como cada pessoa recebe a notícia é diferente de indivíduo para indivíduo, uma vez que depende das experiências de vida individuais, da personalidade, das crenças filosóficas e espirituais, da percepção do seu suporte social e da sua robustez emocional”.

A experiência de receber uma má notícia pode afetar psicologicamente o doente e a sua família por muito tempo, mesmo após a resolução ou recuperação da situação (Fortes et al, 2013).

A definição de má notícia pode ser explicada como “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro” (Buckman e Sancho citado por Pereira (2008).

No que diz respeito à transmissão de más notícias é recomendado a utilização do protocolo de Buckman. Assim, e concretamente na morte de um doente procurei seguir o protocolo de Buckman, tentei fazê-lo num local do serviço que permitisse maior privacidade. Após informar o falecimento do familiar, providenciei tempo à família para interiorizarem a informação, e posteriormente permiti que contatassem com o corpo. Neste momento utilizei um tom de voz calmo, confortando a família e esclarecendo dúvidas sobre o que tinha

acontecido, dando cumprimento ao Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 84.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005) no dever de informação.

Os familiares do doente esperam na maioria das vezes boas notícias sempre que questionam os enfermeiros, pois têm sempre presente a esperança de cura, mesmo quando já estão informados da iminência da morte.

A comunicação no processo de morrer é uma das atribuições mais dolorosas do profissional de saúde, cuja base do ensino prioriza salvar vidas e buscar a saúde e não o contrário, como lidar com a perda da saúde, vitalidade, esperança e a morte em si (Borges & Junior, 2014). Os mesmos autores referem que a família deve ser ajudada na formação de expectativas, promovendo a manutenção da comunicação entre a família e os enfermeiros, evitando que se criem falsas expectativas e que a família entre em processos de negação e deste modo o papel do enfermeiro é determinante para guiar os processos de transição, de forma que estes terminem estes processos de forma saudável.

Ainda em relação à sala de emergência e fazendo referência ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a competência específica “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, integrando o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no que se refere à competência específica “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011), prestei cuidados especializados ao doente crítico mantendo os procedimentos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão priorizando as intervenções, contribuindo para o direito à segurança do doente e dos profissionais.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada morbimortalidade (Pina et al. 2010). Face ao panorama da infeção em Portugal, é de realçar que as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior importância. A identificação dos principais riscos de infeção associados à prestação dos cuidados de saúde, a identificação do carácter urgente de cada intervenção e a reflexão sobre as consequências a longo prazo do incumprimento dos feixes de intervenção tornam-se cruciais para uma mudança de paradigma na abordagem das IACS como uma consequência inevitável na abordagem do doente crítico.

Estas infecções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados (Silva, 2008).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deve não só demonstrar conhecimentos na prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde nestes contextos, como também garantir a segurança do doente através do cumprimento das ações preventivas. Durante as experiências vivenciadas na sala de emergência e tendo em conta as orientações da DGS (2015) “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central” e “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical” verifiquei que nem sempre foram cumpridos todos os feixes de intervenções durante estes procedimentos na sala de emergência.

Nas situações de emergência, momentos em que o doente que ali ocorre tem risco eminente de vida, por vezes os procedimentos do controlo de infeção nem sempre são respeitados, pois o doente necessita do resultado desses procedimentos maioritariamente invasivos, para aumentar a sua probabilidade de sobrevivência. Efetivamente, face à complexidade das situações e aos cuidados invasivos e emergentes frequentes e necessários na sala de emergência, tornam-se, por vezes, dicotómicas as questões relacionadas com a prevenção da infeção nestes contextos pondo em confronto o respeito pelas normas e procedimentos relativos ao controlo da infeção e a premência de salvar a vida de uma pessoa.

As peculiaridades no contexto de urgência e emergência, nos quais as atividades devem ser realizadas rapidamente, pois influenciam no prognóstico do utilizador, potencializam os riscos ocupacionais (Mendonça et al, 2011). O mesmo autor afirma que este contexto é caracterizado como um local de maior ocorrência de acidentes envolvendo material biológico e, concomitantemente, apresentam uma das mais baixas taxas de adesão às medidas de precaução padrão pelos profissionais da área da saúde, tendo como justificação para esse comportamento o tempo de resposta à situação de emergência, a estrutura organizacional e a agilidade que é requerida.

Por este motivo, procurei debater o assunto com os colegas, no sentido de compreender as razões que justificavam as suas tomadas de decisão no incumprimento. Constatei que devido aos doentes se encontrarem em situação de risco de vida ao serem admitidos na sala de emergência provoca nos colegas um sentimento de atuação emergente priorizando a sobrevivência do doente em detrimento da prevenção da infeção. Refletindo sobre o problema e ao refletir sobre as competências do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeções e a sua responsabilidade em garantir a excelência da prestação de

cuidados em contexto emergente tal como descrito no artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005), encontrei motivos para alterar o meu pensamento e demonstrar aos colegas que a nossa atuação pode ser diferente e com melhores cuidados de saúde para o doente.

Exemplificando, na entrada de doentes críticos na sala de emergência, durante a avaliação primária, são cateterizados acessos venosos periféricos. Numa das situações experienciadas, o doente já tinha cateteres periféricos e encontrava-se a fazer medicação de suporte. A decisão de colocar um cateter venoso central foi posterior e como tal o seu carácter já não era tão emergente. O mesmo sucedeu com o cateterismo vesical. A sua colocação não era emergente e neste sentido os feixes de intervenções poderiam ter sido cumpridos.

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista expressam que este “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, ao longo do estágio fui identificando momentos oportunos para o melhoria contínua da qualidade, reforçando a necessidade para a adoção de iniciativas que contribuíssem para mudar a atitude perante a prevenção das IACS. Realizei o incentivo da necessidade de higienização das mãos, nomeadamente para o uso da solução alcoólica (SABA).

A DGS (2010) afirma que a primeira escolha para a higiene das mãos deve ser a solução alcoólica, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica, deve ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados, deverá estar facilmente acessível ao profissional de saúde, preferencialmente no local de cuidados, sem que seja necessário sair da zona de atendimento/tratamento. Isto permite cumprir de forma rápida e fácil, os cinco momentos de higiene das mãos. Oportunamente, foi debatido o ambiente de cuidados com doentes vulneráveis na medida em que exigem cuidados permanentes e imediatos, sendo de extrema importância assumir a higienização das mãos como uma rotina na prestação de cuidados, contribuindo desta forma para a segurança do doente e diminuição do risco de contraírem IACS.

Servir como modelo no cumprimento dos feixes de intervenções de prevenção de infeção e partilhar as evidências científicas com os colegas, poderá servir como complemento para promover a mudança de paradigma na abordagem das IACS no serviço de urgência.

No domínio da gestão dos cuidados integrado nas competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro é responsável por gerir os cuidados, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim nesta linha orientei os assistentes operacionais para a necessidade de reposição das soluções de base alcoólica, supervisionando essa tarefa, bem como promovi uma adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos as quais são cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies (DGS, 2010). Por tudo isto aqui referenciado, é minha responsabilidade na prevenção da infeção a supervisão da execução dos processos de limpeza e desinfeção das unidades dos doentes e dos respetivos equipamentos, que apesar de serem executados pelos assistentes operacionais, cabe aos enfermeiros a supervisão e a garantia da qualidade de ambos os processos (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro no artigo 10.º).

Seguidamente irei abordar a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto de cuidados intensivos.

## **1.2. Em contexto de Cuidados Intensivos**

A missão do Serviço de Medicina Intensiva/ Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Central do Funchal é prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação crítica, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana (SESARAM). É no cumprimento desta missão que se empenham todos os dias, 24 horas por dia, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.

Assim a UCIP tem como função principal, assistir todos os utentes que a ele recorrem, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados maioritariamente numa fase crítica de doença, e em todas as fases do seu ciclo vital.

A Medicina Intensiva é, por natureza, multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (DGS, 2003). Após diálogo com o Enfermeiro Chefe de serviço, fiquei informado que a UCIP recebe uma média de 500 doentes por ano. É uma das unidades centrais do hospital Dr. Nélio Mendonça, na medida que recebe doentes que carecem de suporte vital de órgãos em contextos multifatoriais e multi-patológicos.

A UCIP está localizada no hospital Central do Funchal e tem a capacidade total de 11 doentes, em dois espaços: no andar técnico, a UCIP 1 com 8 camas, sendo uma delas de isolamento, e a UCIP 2, uma expansão da primeira, localizada no 1º Andar Poente ao fundo do Serviço de Gastroenterologia, com a capacidade para 3 de doentes.

Diariamente trabalham na UCIP, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, e uma administrativa. Estes profissionais articulam-se com outros serviços hospitalares para darem resposta às necessidades dos doentes, como é o caso do laboratório, banco de sangue, bloco operatório, hemodinâmica, farmácia, entre outros. De salientar que apesar de ser uma equipa multidisciplinar grande, ainda não tem o número de profissionais que devia ter, sendo mais notada a falta de assistentes operacionais e por este motivo não tem assistente operacional no turno da noite, sendo que sempre que necessário um assistente operacional do serviço de urgência dá apoio à UCIP.

A equipa médica é constituída por dez médicos, estando permanentemente no mínimo dois por cada turno.

A equipa de enfermagem da UCIP é constituída por 54 enfermeiros. Destes existem enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas (Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Mental e Saúde Comunitária). O fato de ter profissionais de várias áreas de especialidade em Enfermagem, permite que cada um deles com as suas competências específicas e em conjunto, através das competências comuns, engrandecem a resposta do serviço, possibilitando um cuidar mais holístico ao doente e família que passa por esta unidade. O horário de trabalho é distribuído por três turnos: Manhã (08h-15h30m), Tarde (15h-22h30m) e Noite (22h-08h30m). Esta distribuição é feita pelo enfermeiro chefe, constituindo para tal equipas de trabalho. A equipa é distribuída pelo serviço, na UCIP 1 (cinco Enfermeiros, sendo um deles o responsável de turno) e na UCIP 2 (dois Enfermeiros). Tendo em conta a complexidade do doente crítico internado na UCIP, e pela diversidade de protocolos complexos implementados, é aplicado o instrumento TISS-28 que se destaca como um sistema que classifica a gravidade do doente, a partir da quantificação das intervenções terapêuticas, de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados em cada pessoa internada. O resultado obtido da avaliação reflete a carga de trabalho da equipa de enfermagem, deste modo este instrumento é considerado uma ferramenta de gestão com grande utilidade na prática clínica e vai ao encontro do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem. De acordo com Cardoso et al (2006) um ponto TISS 28

equivale a um consumo de 10,6 minutos do tempo de um profissional de enfermagem no cuidado direto, o que permite fazer a previsão de recursos humanos necessários para a prestação de cuidados aos doentes internados.

Antes do início da prática clínica reuni-me com o Enfermeiro Chefe da UCIP, de modo a discutir o meu projeto e para validar o meu horário com o horário da minha enfermeira tutora.

A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI em três níveis de cuidados. Esta definição é ainda hoje adotada pela Direção Geral de Saúde de Portugal e está publicada no regulamento 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros (Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem). A UCIP do Serviço Regional de Saúde é uma unidade de nível três, que significa que estas unidades possuem equipas próprias (enfermagem e médicas) funcionalmente dedicadas, assistência médica intensivista por 24 horas, possuem equipamentos de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessária. Estas unidades são normalmente polivalentes o que significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável. Estas UCI de nível três devem ter um rácio de um enfermeiro para cada doente. Pude aperceber-me durante o período de estágio que este rácio apesar de estar próximo na nossa UCI, ainda está aquém do predefinido, sendo colmatado através da atribuição de dois doentes com menor complexidade a um enfermeiro.

A pessoa em situação crítica é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A sua abordagem em contexto de cuidados de Enfermagem exige o desenvolvimento de competências específicas, formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação.

O Enfermeiro deve-se focar de forma objetiva e eficaz no doente e família como alvo dos seus cuidados, com o objetivo de prever e identificar precocemente complicações, nomeadamente na prevenção e controlo de infeção. Assim, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica explicita a competência específica “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, igualmente o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere as competências

específicas “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” e “colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Estas competências foram desenvolvidas e adquiridas através da adesão às medidas de prevenção de infeção e do programa em vigor, Stop Infeção Hospitalar.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é um problema de carácter universal e constitui um dos riscos major que os doentes correm ao serem hospitalizados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), define a infeção nosocomial como:

uma infeção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infeção” ou “uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde (p. 1).

Silva (2008) revela que devido à situação da infeção em Portugal, é de realçar que as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior importância, uma vez que à medida que a esperança média de vida aumenta, surgem tecnologias cada vez mais invasivas, maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumentando também o risco de infeção, por outro lado o mesmo autor reforça a existência de estudos internacionais que revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas aquando da prestação de cuidados de saúde são evitáveis.

Atualmente, as IACS são uma causa de significativa morbidade e mortalidade em Portugal, que além de dificultarem o tratamento adequado do doente também acarretam custos acrescidos de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2010).

Os doentes internados numa UCI têm um risco acrescido de adquirir uma IACS, sendo que estatisticamente, um em cada quatro destes doentes pode vir a contrair uma IACS (DGS, 2010).

A prevenção da transmissão de infeção realiza-se de forma a quebrar o percurso de infeção entre os doentes, entre os doentes e o prestador de cuidados e vice-versa. Desta forma na UCIP utilizam-se diferentes procedimentos para a prevenção de infeção, principalmente a utilização de material de uso único descartável, uma correta higiene das mãos e técnica asséptica nos procedimentos que assim o exigem. É de salientar que na UCI existem condições que favorecem a manutenção dos procedimentos de prevenção de higiene hospitalar, pois a unidade está equipada com lavatórios para lavagem das mãos com tamanho adequado e com dispensadores de água automáticos, as unidades dos doentes estão separadas fisicamente e em todas elas e restante unidade estão munidas de solução alcoólica (SABA).

Neste sentido, é importante adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, muitas delas medidas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exigem apenas a responsabilização e a mudança de comportamentos dos profissionais (Costa, 2011).

A ventilação mecânica invasiva (VMI), muito utilizada em CI na medida que garante a manutenção da vida favorece a colonização de microrganismos, produzindo inflamação das vias aéreas, dá acesso direto às vias aéreas inferiores, diminui as defesas locais por inibição do mecanismo da tosse, impedindo o doente de prevenir a aspiração.

A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) é a segunda IACS mais comum em CI, com uma taxa de infeção entre 10 a 20%, contribuem para o aumento da resistência aos antimicrobianos e para o aumento do seu consumo, representam um grande impacto para os serviços de saúde por prolongar o tempo de internamento nas UCI, prolongam o tempo de ventilação mecânica e conseqüentemente o aumento dos custos financeiros para a instituição, assim como as taxas de morbidade e mortalidade. A PAI surge em doentes com TOT há mais de 48 horas ou em doentes que foram extubados há menos de 48 horas (DGS, 2015).

Assim para cumprir com os procedimentos corretos de prevenção hospitalar, tomei conhecimento dos protocolos relacionados com a prevenção da MRSA, Pneumonia associada ao tubo orotraqueal, Cateter venoso central e Cateter vesical e apliquei-os na prática diária. Desta forma em relação à pneumonia associada ao tubo orotraqueal (PAI), realizei a revisão, redução, e se possível, paragem diária da sedação; discuti e avaliei diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; mantive a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ ; realizei a higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%; mantive os circuitos ventilatórios; mantive a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O. Em conformidade com o CVC, fiz a avaliação da necessidade de colocar cateter venoso central, registei a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionei o cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente; utilizei a Bundle de inserção CVC, e utilizei a Bundle de manutenção CVC. Relativamente ao CV, fiz a avaliação sistematicamente da possibilidade de evitar o cateterismo vesical; Cumpri com a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; realizei a higiene diária do meato uretral; mantive o cateter vesical seguro e verifiquei diariamente a necessidade de manter cateter vesical.

Segundo os direitos do doente internado, o doente tem direito a receber visitas, seja qual for o contexto em que se encontre, desde que sejam respeitadas as regras de

permanência dos locais. Nestes momentos significativos para o doente, cabe aos profissionais assegurar que o visitante é educado e orientado no cumprimento das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI), prevenindo a infeção cruzada entre doentes/visitantes e contribuindo para a segurança dos doentes e dos visitantes/acompanhantes (DGS, 2016).

Para manter a prevenção da infeção hospitalar possível dentro da UCI, nos momentos da visita de familiares, era fornecido uma bata de proteção, uma máscara e era pedido para efetuar a lavagem das mãos antes e depois da visita ao seu familiar. Durante o estágio tive a oportunidade de receber as visitas, mostrando disponibilidade, para esclarecer dúvidas, providenciando privacidade com os doentes, tirar também partido desses momentos para realizar o reforço da necessidade da adesão às medidas de controlo de infeção, sendo sempre interiorizadas e aceites pelos familiares.

As IACS são um desafio para todos os profissionais de saúde, e as UCI um local onde existe a necessidade de implementar um conjunto de procedimentos e técnicas invasivas para o restabelecimento e manutenção das suas funções vitais devido à criticidade, tornando o doente mais predisposto a adquirir uma infeção em consequência dos cuidados prestados.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência no exercício, sendo um dever realizar a análise regularmente do trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude, adequar as normas da qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. Assim o enfermeiro deve debater-se com a prevenção de complicações através da prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, o que também é uma competência Comum do Enfermeiro Especialista referida no Regulamento de Competências Comuns no Domínio da qualidade onde refere que o enfermeiro gere e colabora em programas de melhoria da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a competência específica “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), procurei demonstrar um nível de conhecimentos aprofundado na área de Especialização”, ao prestar cuidados especializados ao doente crítico, nomeadamente aos doentes submetidos a ventilação invasiva. O enfermeiro especialista é de facto um elemento possuidor de conhecimentos numa área de

especialização, que alia a prática clínica, a perícia e a investigação, representando um suporte para a equipa prestadora de cuidados.

A ventilação mecânica no passado era utilizada apenas em procedimentos de emergência, em reanimação ou, em última instância, no tratamento do paciente crítico, hoje a ventilação pulmonar mecânica é um método de suporte respiratório ao paciente (Henrique, 2016).

Em cuidados intensivos utiliza-se com frequência ventilação mecânica invasiva, permitindo assim a manutenção da via aérea do doente, facilitando assim a ventilação e diminuindo o esforço para o doente. Alain et.al (2015) referem que os casos de síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA) que causa insuficiência respiratória, requer o uso de ventilação mecânica para o tratamento.

Henrique (2016) afirma que ventilação mecânica tem como objetivos, além da manutenção das trocas gasosas, (correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia), aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma reduzindo o desconforto respiratório e permitir a aplicação de terapêuticas específicas.

Empreguei os conhecimentos teóricos adquiridos no curso de Mestrado, relacionadas com a otimização da ventilação do doente, através do reconhecimento do parâmetro ventilatório mais adequado, compreendendo a sincronia entre o doente e o modo ventilatório, permeabilizando a via aérea através da aspiração de secreções após a administração de oxigênio a 100%, posicionando o doente com a cabeceira a 30° de forma a evitar a aspiração de vômito e secreções e aperfeiçoando a prestação de cuidados ao doente com o tubo orotraqueal (TOT).

De forma a aprimorar os cuidados especializados de enfermagem prestados por a estes doentes, recrutei os conhecimentos adquiridos no período de formação teórica do curso, aliando os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados e rematados com pesquisa bibliográfica acerca da temática; assim cumpri com o dever referido no Código Deontológico do Enfermeiro (2005) no artigo 88.º, manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências Humanas. Esta atitude de pesquisa de conhecimento baseado na investigação na área de especialidade é reforçada pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio avaliei com a colaboração e supervisão da enfermeira tutora, a adequação do modo ventilatório e respetivos parâmetros à evolução fisiopatológica do utente, realizei treino da auscultação pulmonar, realizei controlo gasométrico e avaliei com a tutora a evolução dos parâmetros relacionando-os com o estado fisiopatológico do utente, prestei cuidados à pessoa em situação crítica focando a minha atenção no utente com afeção respiratória, apliquei a escala de sedação RASS utilizada na UCI. Sendo uma exigência do estágio em CI, desenvolvi um estudo de caso fundamentado no âmbito do doente com necessidade de ventilação mecânica e que foi apresentado na EESJC. Considero que este me permitiu sistematizar e adequar os cuidados de enfermagem ao doente, sendo capaz de identificar os seus principais problemas, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados na minha área de especialização, baseado na mais recente evidência científica.

Continuando a relatar o processo de aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, procurei adequar diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional especializada. Deste modo, ao ter oportunidade de prestar cuidados especializados a doentes com disfunção neurológica, nos quais se pode verificar uma grande diversidade de diagnósticos, procurei direccionar o meu foco especialmente para a avaliação das funções neurológica e hemodinâmica e o despiste de complicações.

Assim, durante o período de estágio na UCI foram admitidos dois doentes com disfunção neurológica, (neoplasias cerebrais) submetidos a cirurgia e com necessidade de avaliação contínua da pressão intracraniana.

A pressão intracraniana é o resultado do somatório do volume do LCR, volume sanguíneo intracerebral (VSIC) e volume cerebral (VC), sendo que os valores normais (0-15 mm Hg). Um aumento em qualquer um destes componentes provoca uma alteração no volume dos outros havendo necessidade de deslocar ou movimentar o LCR, aumentar a sua absorção ou diminuir o volume sanguíneo cerebral, por este motivo estes componentes devem encontrar-se em equilíbrio.

A hipertensão craniana é muitas vezes associada a doentes com condições neurológicas agudas, normalmente ao traumatismo crânio encefálico, surgindo também como um efeito secundário em outras condições, como tumores cerebrais, hemorragia subaracnoideia e encefalopatias tóxicas e virais. A hipertensão craniana afeta a perfusão cerebral, produz distorção e desloca tecido cerebral, conduzindo à isquémia e necrose do

tecido cerebral, com manifestações de alterações de consciência, respostas respiratórias e vasomotoras anormais, sendo a alteração do nível de consciência o sinal mais precoce, bem como a lentificação da fala.

Urden, Stacy e Lough (2008), afirmam que o aumento da pressão intracraniana pode ser observado e detetado, através de alterações da reação pupilar, da resposta motora, dos sinais vitais e dos padrões respiratórios, cabendo ao enfermeiro a sua vigilância.

Assim sendo, a monitorização da pressão intracraniana é normalmente efetuada através de um cateter intraventricular, cateter epidural ou subdural e tem por finalidade otimizar a perfusão cerebral e ao mesmo tempo prevenir a lesão cerebral secundária. A monitorização da pressão intracraniana contribui para detetar lesões da massa intracraniana, restringir o uso de terapias auxiliares para a controlar, manter a pressão intracraniana normal (pela drenagem do LCR), ajudar a estabelecer o prognóstico e melhorar o resultado.

A monitorização invasiva é um fator importante, assim como um instrumento fundamental na avaliação das principais funções circulatórias, possibilitando a antecipação e deterioração do estado hemodinâmico. Apesar da monitorização invasiva ser um instrumento facilitador dos cuidados, Azeredo e Oliveira (2013), afirmam que os dados da monitorização não significam nada se não forem somados a achados físicos e analisados de forma crítica pelo enfermeiro.

A avaliação do estado neurológico é realizada recorrendo à escala de coma de Glasgow, à avaliação da dilatação das pupilas e da escala de Ramsay. Realço que aos doentes críticos sedados e/ou com bloqueio neuromuscular, foram prestados cuidados aos olhos com a aplicação de cloreto de sódio 0,9%, como medida preventiva da úlcera da córnea. Segundo Araújo et al (2016) o olho seco é comum em pacientes internados em unidades de cuidados intensivos de adultos e os cuidados para sua prevenção devem ser instituídos.

Durante o desenvolvimento do estágio, considero que desenvolvi as intervenções de enfermagem mais adequadas a esta situação específica, empregando os conhecimentos adquiridos, através do apoio dos conhecimentos teóricos que possuía anteriormente e a pesquisa bibliográfica efetuada, tornando-me assim um profissional prestador de cuidados baseados num conhecimento aprofundado do indivíduo em situação de risco.

Para melhorar os cuidados prestados ao doente e cumprir também com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a competência específica “ Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), foi desenvolvida e adquirida

através da aquisição de conhecimento dos protocolos instituídos na UCI e da sua utilização prática.

Assim tive a oportunidade de lidar com os protocolos de nutrição entérica, sedação, analgesia entre outros, avaliando, vigiando complicações e adequando-os mediante a resposta do doente. Estes protocolos são muito importantes no contexto de cuidados intensivos pois permitem adequar a resposta dos enfermeiros, nomeadamente na gestão da sedação e analgesia, especialmente aquando a prestação cuidados diretos ao doente, suscetíveis de serem dolorosos como a mobilização, posicionamentos, a aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros procedimentos.

A gestão de protocolos complexos é uma realidade constante nas UCI, dada a natureza dos doentes internados nestas unidades. Assim, No decorrer do estágio na UCIP, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, com problemas significativos de metabolismo, estando estes diretamente influenciados pelo estado nutricional do doente, e com uma preponderância para o prognóstico do doente.

Verifica-se que a instituição de suporte nutricional ao doente grave na UCIP é valorizada, existindo um protocolo instituído para a nutrição entérica, que é considerado por toda a equipa multidisciplinar com o objetivo de melhorar o prognóstico do doente, diminuindo assim a mortalidade associada às complicações da desnutrição.

Miranda (2013), afirma que a nutrição entérica deve ser iniciada idealmente nas primeiras 24 horas de admissão na UCI, sendo o método atualmente recomendado para administração do suporte nutricional em doentes críticos. Por outro lado a mesma autora reforça que a utilização desta via de administração, quando comparada com a via parentérica, apresenta menor risco de complicações infecciosas, na medida em que preserva a integridade da barreira intestinal, desempenhando um papel importante na prevenção da atrofia da mucosa, na redução da incidência de complicações sépticas e na prevenção da translocação bacteriana.

Procurei ao longo do estágio aprofundar conhecimentos sobre este tema, principalmente sobre os cuidados de enfermagem a prestar a doentes críticos com alterações nutricionais, com o objetivo de prestar cuidados de maior qualidade, com maior segurança e com melhores resultados para o doente.

Ao longo do período de estágio na UCI apercebi-me que a dinâmica de trabalho numa enfermaria de doentes agudos e numa unidade de cuidados intensivos são muito distintos. Os doentes em cuidados intensivos, por apresentarem falência de um ou mais

órgãos, requerem uma maior vigilância, monitorização e terapêutica avançada, sendo necessário uma articulação de conhecimentos e uma tomada de decisão rápida e eficaz permitindo atuar de forma rápida e segura. Uma das realidades constatada é a instabilidade hemodinâmica, a quantidade de perfusões em simultâneo, a reposição de líquidos, as alterações dos modos ventilatórios e o desmame ventilatório.

Devido à instabilidade hemodinâmica, a UCI como já referi anteriormente possui vários protocolos terapêuticos complexos que exigem aos enfermeiros uma intervenção competente de forma a prevenir e antecipar possíveis complicações.

A sedação é uma das atitudes terapêuticas muito instituída nos cuidados intensivos, sendo um dos protocolos mais utilizados. A palavra sedação provém do latim “*sedare*”, “acariciar” e consiste no alívio da ansiedade/agitação e significa induzir um estado de tranquilidade. Consoante a necessidade esta pode ser ligeira, moderada ou profunda. Podem ser necessários níveis de sedação mais profundos para facilitar a ventilação mecânica, o nível de sedação desejado deve ser definido no início da terapêutica e reavaliado regularmente, à medida que a situação clínica do doente se altera.

Ao falarmos de sedação em UCI está implicitamente ligado o conceito de analgesia, outro dos protocolos existentes, e que se enquadram nas competências do Enfermeiro Especialista Em Pessoa em Situação Crítica “ a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as resposta” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No que respeita ao protocolo de sedação e analgesia, este foi implementado consoante o resultado da avaliação segundo a escala de Richmond Agitation- Sedation Scale (RASS) e BPS em vigor na unidade, gerindo os níveis de sedação e analgesia terapêuticos, na medida em que o uso combinado de sedação e analgesia melhora a resposta ao *stress* no doente crítico (Urden, Lough & Stacy, 2008).

Neste contexto os doentes são sempre mantidos sob analgesia, e ao contrário do que acontece no serviço de urgência, a dor neste contexto está predominantemente associada aos procedimentos invasivos a que o doente está sujeito, ainda que não tenha a capacidade de verbalizar, não significa que não tenha necessidade de tratamento.

O conceito de dor é definido pela Organização Mundial de Saúde como experiência sensorial e emocional desagradável, real ou potencial, associada a lesão tecidual, ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão. A dor é uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem, sendo definida como uma

experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O controlo da dor é um dever dos enfermeiros expresso no Código Deontológico do Enfermeiro e um direito dos doentes consagrado na Carta dos Direitos do Doente Internado, necessitando de uma avaliação e registo constante durante o período de internamento. A escala mais utilizada para avaliação da dor é a Behavior Pain Scale, escala que referenciei aos colegas aquando do estágio no serviço de urgência, nos cuidados especiais. A existência dos protocolos terapêuticos permitem aos enfermeiros monitorizar e adequar a analgesia aos doentes de uma forma imediata, diminuindo assim o seu sofrimento.

Ferreira et al (2014) afirmam que nos doentes incapazes de comunicar não existe uma monitorização única de dor, mas existem escalas de avaliação em que são considerados critérios subjetivos como expressão facial e movimento no leito, bem como parâmetros fisiológicos como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, lacrimejo ou sudorese.

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação está relacionada quer com a patologia de base que motivou o seu internamento, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é submetida (Durão & Teixeira, 2016).

A escala de avaliação da dor Behavior Pain Scale é a mais adequada para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos e tendo em consideração que a dor é um sinal vital sempre presente nos doentes em UCI, o conhecimento das escalas e indicadores de dor mais adequados contribuem para uma prática de melhor qualidade e baseada em evidência (Durão & Teixeira, 2016).

Com a experiência adquirida neste contexto foi possível compreender os indicadores fisiológicos a ter em conta na avaliação da dor no doente inconsciente, sendo eles: a inibição da mobilidade gastrointestinal, aumento das necessidades de consumo de oxigénio, taquipneia, aumento da tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aumento do débito cardíaco e vasoconstrição periférica.

O tratamento da dor na UCI não se restringe somente à terapêutica farmacológica, a sua intervenção é mais abrangente, estando contempladas ações que evitem os estímulos potencialmente dolorosos, nomeadamente o posicionamento adequado no leito, com atenção à prevenção do pé equino, recorrendo a utilização de colchões de pressão alterna, a correta colocação do TOT, entre outras.

Após este percurso, posso afirmar que o enfermeiro especialista pelas suas competências tem o dever de gerir a dor de uma forma diferenciada, contribuindo no acesso

à eficácia do controlo da dor, melhorando a qualidade de vida do doente crítico dada a posição que assume na equipa terapêutica, através do rigor na mensuração da dor, na administração atempada da analgesia e até mesmo prestando mais atenção aos sinais psicofisiológicos e comportamentais da dor, o que fará a diferença na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (Ordem dos enfermeiros, 2011), identificam um conjunto de aptidões que o enfermeiro especialista deve possuir no sentido de garantir que todos os elementos da equipa multidisciplinar e interdisciplinar cumpram os princípios técnicos, éticos e deontológicos, que também estão descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005) no artigo 81.º, onde afirma que o profissional tem o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ideológica ou religiosa.

A UCIP, norteia as suas ações pelos princípios da ética, nomeadamente pelos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e Justiça com evicção do uso de meios extraordinários de manutenção de vida nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo e/ou quando da continuação de tais terapêuticas não resulte o benefício para o doente. O princípio da autonomia diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe; as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas tenham selecionado. É por este motivo que a informação antecede as escolhas, para que estas possam ser livres e esclarecidas. O princípio de beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. Muitas vezes, este princípio surgiu perspetivado na forma de não fazer mal, sobretudo não causar dano, e assim designa-se como princípio da não-maleficência. O Princípio da justiça, releva que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças. Não sendo possível na maioria das vezes, pôr em prática o consentimento informado ou livre e esclarecido (artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, 2005), na medida em que o doente não conseguia expressar a sua vontade fosse por doença ou situação grave, a resolução prevaleceu no cuidar com o intuito de recuperar a situação clínica do doente embora desconhecendo a sua vontade, os seus desejos, crenças e ideais, tornando-se difícil tomar a melhor decisão, tendo sido evocado o princípio da

beneficência e da não maleficência, e na base de que os cuidados necessários eram prestados para a manutenção da vida.

Nas unidades de cuidados intensivos também acontecem habitualmente situações com desfecho menos favorável, culminando com a morte dos doentes. A morte representa o final da nossa presença física na terra.

Desta forma, aquando deste momento numa UCI em Portugal somos todos considerados potenciais dadores de órgãos, desde que não estejamos inscritos no registo nacional de não dadores (RENDA). Na UCIP onde realizei o estágio por uma questão de proximidade com a família, de respeito, esta é sempre informada e questionada sobre a possibilidade do seu familiar ser dador de órgãos, obtendo-se a maioria das vezes por parte dos familiares uma resposta favorável para a colheita de órgãos.

O enfermeiro tem a responsabilidade, segundo Cunha, Dias e Nelas (2003), de conhecer as normas institucionais e legais, conhecendo as normas de reanimação, as normas de certificação e notificação do óbito e comunicar o óbito à família. Os mesmos autores referem também que o enfermeiro tem o dever de prestar os cuidados ao corpo, e prestar cuidados à família, onde se incluem as técnicas de transmissão de más notícias. O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 84.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005) transmite-nos o dever de informar a família, no artigo 87.º na alínea c) do Código Deontológico, afirma que o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de respeitar a fazer respeitar o corpo após a morte, ou seja, respeita ao que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos *post mortem*, imediatos ao corpo e posteriores, como sejam o transporte para a casa mortuária, por exemplo.

Segundo Jesus (2007), uma

má notícia é uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afectando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe e que persiste durante algum tempo após a sua recepção (p.8).

Existe um protocolo de comunicação de más notícias, o protocolo de Buckman e Kason (1994) que consiste em seis etapas consecutivas, não se devendo passar para a etapa seguinte, sem terminar a anterior, a um ritmo que é determinado pelo doente e acabando na etapa que o doente deseje. Numa primeira fase é começar num ambiente adequado, de modo a garantir a privacidade do doente e família. Num segundo passo questiona-se o que o doente sabe, pedindo-lhe que forneça uma explicação para o que está a acontecer. Num terceiro passo explora-se até que ponto o cliente quer ter informação sobre a sua situação, perceber

se gosta ou não de discutir pormenores sobre a saúde e considerar sempre a possibilidade de os resultados poderem não ser positivos. O quarto passo é transmitir a notícia, em pequenas quantidades de informação em função daquela que o cliente consegue suportar. Há que verificar a reação do doente, começando sempre pelo ponto em que o cliente começou, e dar o chamado “tiro de aviso”, sendo importante neste momento o doente perceber que não está sozinho, e que mesmo que não haja cura existem intervenções para diminuir o seu sofrimento. No quinto passo respondemos às emoções e às perguntas do doente. Na última fase, o sexto passo, caracteriza-se por uma fase de planeamento e acompanhamento, devemos procurar em conjunto com o doente quais os principais problemas a resolver. Devemos deixar sempre uma “porta aberta”, para o doente se exprimir (Carvalho, 2008).

A transmissão de informações aos familiares é uma atitude do enfermeiro que implica que as pessoas significativas deleguem numa pessoa a aquisição da informação, evitando desta forma a duplicação de mesma. A pessoa seleccionada pela família deverá ser identificada, para que sempre que seja necessário o seu contato, nomeadamente nas situações que envolvem o agravamento do estado do doente, transferência e eventual falecimento do doente na ausência de familiares.

Durante o período de estágio, tive a possibilidade de assistir à realização destes procedimentos, sendo que é dado uma ênfase ao cuidado da família, no acolhimento da mesma, na disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, e do direito da família em visualizar o corpo, prestando o apoio emocional. É reconfortante para toda a equipa, ouvir por parte dos familiares o agradecimento pelos cuidados prestados

Durante o estágio na UCIP, pude verificar que a admissão do doente neste serviço, é normalmente um acontecimento inesperado na vida do doente e dos seus familiares.

A família perante o ambiente desconhecido, a ansiedade pelo diagnóstico que é desconhecido inicialmente, a alteração de papéis familiares, provoca *stress* na família. A família dos doentes deve ser alvo de cuidados, sendo o seu acolhimento uma tarefa importante. Martins et al. (2008) afirmam que “atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas” (p. 1092).

A visita do familiar doente na UCIP é sempre um momento difícil, que tem de ser acompanhado pelo enfermeiro, no sentido de facilitar e minimizar o impacto causado pelo ambiente da unidade de cuidados intensivos, pelos dispositivos conectados ao doente, pelos alarmes e pela própria situação em si. Por este motivo o ambiente dos cuidados intensivos divide-se em dois temas distintos: o ambiente tecnológico, que é descrito como desagradável

em que o “ouvir o alarme do monitor cardíaco” o “ouvir os ruídos e alarmes” é fonte de *stress* e o comportamento no cuidar em enfermagem, gerador de sentimentos positivos, nomeadamente de segurança, confiança e tranquilidade, associados à percepção da empatia e do profissionalismo da equipa no domínio das suas competências (Botelho, M., Castro, C. & Vilelas, J., 2011).

A ventilação mecânica, com entubação orotraqueal, impede o doente de comunicar oralmente, assumindo-se, por isso, como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis durante um internamento numa unidade de cuidados intensivos (Martinho & Rodrigues, 2016).

A comunicação com a família nos momentos de visita é sempre trabalhosa, pois implicam por parte do enfermeiro a transmissão de informação, a necessidade de observar a resposta dos familiares através da comunicação verbal e não-verbal, procurando entender a fase emocional em que se encontram a vivenciar, e desta forma prestar cuidados à família.

O Enfermeiro é o elemento da equipa de saúde em quem as famílias depositam mais confiança, sendo por esse motivo o responsável em acolher a família, apresentando-se mostrando disponibilidade e informando os familiares do panorama que iram encontrar (ventilador, tubos, cateteres, monitores, alarmes, ruídos), principalmente nas primeiras visitas. Mostrar disponibilidade para responder a questões de forma segura, de modo a não contribuir para a o aumento dos níveis de ansiedade da família. Cabe ao enfermeiro selecionar a informação pois o excesso de informação poderá ser prejudicial, devendo os profissionais evitar pormenores técnicos.

Uma comunicação eficaz diminui uma resposta ao *stress*, promove o crescimento e desenvolvimento individual e aumenta a satisfação do doente e família.

Os fatores emocionais sentidos pelas famílias criam barreiras ao processo de ensino-aprendizagem, assim sendo a educação dos familiares consiste num processo que inclui o fornecimento intencional de informação relacionada com a saúde, no sentido de promover alterações no comportamento que permitam encurtar o período de internamento, e melhorar as capacidades para a realização dos autocuidados (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Ao assimilar a importância da integração do doente e da sua família na elaboração do plano de cuidados, constatando que existe a preocupação da manutenção da qualidade dos cuidados após a alta hospitalar e que esta deverá começar a ser preparada imediatamente após a admissão do doente, durante o estágio procurei mostrar disponibilidade, responder às

solicitações da família e doente, identificando as suas necessidades de informação, de conhecimento, de forma a garantir o seu envolvimento e o processo de transição saudável.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a competência específica “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o enfermeiro deve utilizar estratégias de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, sendo esta também uma forma de cumprir com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relativamente no que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, sempre que possível, integrei a família na prestação de cuidados ao doente durante a sua permanência no serviço, ao fornecer explicações acerca dos procedimentos realizados na sua presença e ao esclarecer dúvidas de como executar cuidados similares no domicílio. No decurso do estágio realizei o reforço à família, da importância da expressão de sentimentos de frustração, tristeza e perda, sendo importante demonstrar que o doente era reconhecido como indivíduo portador de direitos durante a sua permanência no serviço.

Saiote (2010) transmite-nos a ideia que para o doente, o envolvimento das pessoas significativas ou de um elemento de referência na rotina hospitalar, é um fator que contribui para a sua adaptação à hospitalização com consecutivas repercussões na evolução e prognóstico da doença. Indo de encontro à ideia anteriormente referida, Briga (2010) refere que a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente contribuindo para melhorar a prática de enfermagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

As famílias normalmente queixam-se da comunicação com a equipa de saúde, da insatisfação das necessidades de comunicação ao passar de cuidados agressivos para cuidados de fim de vida e da falta de comunicação adequada (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A falta de confiança na equipa de saúde, por falta de comunicação, por culpabilização dos sobreviventes ou por razões religiosas e culturais, podem levar as famílias a recusar/ não aceitar a suspensão do tratamento (Urden, Stacy & Lough, 2008). Por este motivo uma comunicação eficaz ao longo do internamento ajuda na prevenção desta situação, preestabelecendo uma melhor aceitação dos acontecimentos.

Durante o período de estágio, procurei desenvolver uma comunicação efetiva com a família/cuidador de cada doente, de modo a promover uma relação de confiança que, acima de tudo, beneficie o doente e a família durante o internamento e no regresso a casa.

A preparação e acompanhamento da família devem ser realizados desde a admissão do doente. Nos momentos que antecedem a morte, torna-se necessário que a comunicação seja intensificada, ajudando na elaboração de planos, nomeadamente na despedida da família do doente, e a preparação de aspetos legais.

Entendo a necessidade que os familiares têm de comunicar, de manifestar os seus medos e dúvidas, tendo para isso facilitado a verbalização de todas as dúvidas e preocupações, esclarecendo-as e utilizando esse momento para realizar ensinamentos tendo em conta a especificidade de cada caso.

Desta forma ao considerarmos os doentes como um todo, estes não podem ser tratados como indivíduos isolados, mas devem ser visualizados como fazendo parte de uma unidade familiar complexa e poderosa, pois é na família que o indivíduo adquire os valores para crescer e se desenvolver adequadamente para, mais tarde, conseguir integrar-se numa sociedade e obter a realização pessoal e afetiva.

A doença de um indivíduo pode originar uma crise familiar, e a forma como esta família se adapta pode afetar o doente e o prognóstico da sua doença. Os familiares têm um papel importante a desempenhar na determinação do percurso da doença e possíveis consequências do desenrolar da doença, o que contribui para uma sobrecarga para a família.

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 84.º (Ordem dos Enfermeiros, 2005) atribui ao enfermeiro o dever de informação, informar a família de acordo com a vontade expressa do indivíduo, no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe. É ainda reforçada pelo Código Deontológico do Enfermeiro a ideia de que transmitir informação à família reduz ou elimina a incerteza, e isso contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Ao comunicar com as famílias atendi ao nível sociocultural, adequando a linguagem para uma comunicação eficaz, tive também em conta o seu estado emocional e a gravidade da situação do doente. As informações fornecidas tiveram como principal objetivo esclarecer e acalmar os familiares, informá-los da realidade e ajudá-los a mentalizar-se da situação do doente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para desenvolver esta competência, prestei cuidados ao doente crítico com falência multiorgânica. Esta situação ocorre devido à falência progressiva de dois ou mais sistemas por um período superior a 24 horas. Urden, Stacy e Lough (2008), referem que os doentes críticos que possuem maior probabilidade de falência multiorgânica, são doentes vítimas de traumatismo, os que têm infecção, choque, pancreatite aguda, queimaduras, sepsis, ou complicações cirúrgicas.

A disfunção multiorgânica pode ser definida como primária, que ocorre em consequência direta de uma agressão, ou secundária, que ocorre posteriormente ao englobar órgãos não afetados pela agressão inicial.

Prestar cuidados de enfermagem a doentes nesta situação, requereu da minha parte uma atenção, para detetar precocemente manifestações desta situação nomeadamente a diminuição do débito cardíaco, compromisso das trocas gasosas, perfusão ineficaz dos tecidos, desequilíbrio nutricional, risco de infecção, dor, alterações do estado de consciência, ansiedade e coping familiar ineficaz (Urden, Stacy & Lough, 2008). Assim, nestes contextos de acordo com Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) a tecnologia é uma parte integral e essencial da prática competente do enfermeiro.

Considerando que fui capaz de prestar cuidados especializados de enfermagem a doentes com disfunção multiorgânica, tendo tido a preocupação de envolver a família nos cuidados sempre que possível, tendo desenvolvido e adquirido esta competência.

Sendo uma realidade que o contexto de Cuidados Intensivos é muito abrangente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica segundo o Regulamento de Competências Específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2011), deve integrar na sua prática os resultados da investigação na prática baseada na evidência e compreender as suas implicações. No artigo 88.º (Excelência do Exercício) do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005) o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, no sentido de desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais. Assim, o dever do enfermeiro em se atualizar decorre do direito que o doente tem de receber, no que diz respeito aos cuidados de qualidade, e prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios. Por este motivo procurei atender à evidência científica relativamente aos fatores perturbadores/ causadores de *stress* dos doentes internados em Cuidados Intensivos procurando minimizá-los e dessa forma melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Os fatores geradores de *stress* dividem-se em três grupos (físicos, ambientais e psicológicos). A nível físico estes fatores são manifestados através da presença de dor e

desconforto causado pelas técnicas invasivas, pelas mobilizações no leito na alternância de decúbito, nos cuidados de higiene, na incapacidade de se alimentar sozinho e nas alterações aos hábitos alimentares. A nível ambiental os fatores causadores de *stress* mais comuns são os ruídos estranhos, contato com pessoas desconhecidas e a presença constante de luz artificial permanentemente resultando na privação de sono. A nível psicológico, as causas de maior *stress* para o doente são a falta de conhecimento da sua situação de saúde e a dificuldade na comunicação.

Segundo Sousa e Veludo (2012) as “perturbações do sono assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas centram-se em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do cliente”.

Com o objetivo de minimizar o *stress* vivido pelos doentes adotei medidas que considerei minimizadoras desta situação, medidas essas que foram desde o evitar falar alto, organizar os cuidados de enfermagem de modo a permitir os períodos de sono contínuo, pelo menos durante o período noturno, tendo para isto os cuidados de diminuir a intensidade da luz na UCI e apagar as luzes na unidade do doente, falar com o doente identificando-o pelo nome, aquando da prestação dos cuidados explicando a necessidade de efetuar os mesmos.

Vários estudos demonstram que é necessário sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono do doente (Nicola`s, et al., 2008, Ugras & Özteki, 2007, Çiçek, et al., 2011).

O ambiente dos cuidados intensivos só por si sujeita os doentes a situações de crise, perante as formas de terapêutica médica e de enfermagem mais avançadas.

O doente e família, embora parcialmente conhecedores da natureza especial dos cuidados nestas unidades, reparam sobretudo no aspeto exterior, luzes que se apagam e acendem, aparelhos que apitam, ambiente ruidoso e excessivamente iluminado, pessoal atarefado equipados com máscaras, batas, entre outros, contribuindo para gerar *stress* para o doente e família.

Assim pude verificar que estes fatores influenciam a família e o doente sendo que os enfermeiros têm sempre em atenção, a necessidade de informar o doente e a família, que o equipamento e sons provocados pelos mesmos através dos alarmes, servem apenas para facilitar a sua intervenção no processo de doença e tratamento, perseguindo o objetivo da manutenção da vida do doente. Através dos cuidados especializados fornecidos, considero

que atingi este objetivo conseguindo efetivamente diminuir o *stress* para os doentes, utilizando para isso os resultados da investigação, na melhoria do ambiente de cuidados ao doente numa UCI, desenvolvendo uma prática baseada na evidência.

Ainda de acordo com a competência específica “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” em relação às unidades de competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), uma das temáticas que também procurei aprofundar, diz respeito ao transporte do doente crítico, que é também justificada pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, pelo Código Deontológico que face às competências do enfermeiro que acompanha o transporte do doente crítico adulto, demonstram preocupação em proteger o doente de eventuais efeitos adversos oriundos de um transporte inadequado. Para além disto, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008) realçam que o transporte dos doentes em situação crítica envolve sempre alguns riscos. Os autores Bérubéa et al (2013) referem que é fundamental refletir sobre as estratégias utilizadas de forma a antecipar problemas e a planear mais eficazmente futuros transportes reduzindo incidentes.

O procedimento adotado pela equipa no transporte de doentes críticos é constituído por três fases dentro da UCIP. Numa primeira etapa existe a decisão de transportar o doente para outro serviço ou para realizar exames e regressar ao mesmo, numa segunda fase existe o planeamento da equipa multidisciplinar, o contato com o serviço recetor, a monitorização do doente com o monitor de transporte, a ventilação do doente, com o teste do ventilador de transporte, a antecipação de possíveis complicações e por fim a realização do transporte cuja responsabilidade ética e legal termina aquando da entrega do doente ao serviço recetor, ou no regresso ao doente ao serviço de origem quando o transporte é feito para realização de exames complementares de diagnóstico.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) o risco do transporte envolve duas componentes, a primeira diz respeito ao risco clínico através das vibrações no transporte, aceleração-desaceleração, mudanças de temperatura, são fatores que afetam a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização, e a segunda componente diz respeito ao risco de colisão, associados ao transporte, nomeadamente todos riscos relacionados com a velocidade.

No decorrer do estágio colaborei no transporte do doente, tanto para a realização de exames como para a sua transferência para outro serviço, sentindo as dificuldades associadas ao transporte, mantendo e respeitando todas as regras de segurança, para não comprometer

a segurança do doente nem da equipa. Ao acompanhar um doente neurocrítico da UCIP até o serviço de imagiologia para realização de uma TAC crânio-encefálica, fui capaz de demonstrar conhecimentos dos riscos reais e potenciais, realizando um pensamento crítico. Estas atitudes foram evidenciadas através do correto posicionamento do doente (alinhamento da cabeça, para a manutenção da avaliação correta da PIC), fornecendo os recursos materiais em termos de monitorização contínua da PIC, FR, oximetria de pulso, ECG contínuo, FC, PA invasiva e a pressão da via aérea (uma vez que o doente estava ventilado), garanti a manutenção de infusão de terapêutica, e a presença do insuflador manual e da mala de transporte que acompanha sempre os doentes durante a sua ausência do serviço. Assim Almeida et al (2012) afirmam que transportar o doente crítico de maneira segura significa melhorar a comunicação entre as equipas, uniformizar as ações e equipamentos utilizados por meio de protocolos e identificar intercorrências para alcançar excelência no atendimento durante o transporte.

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relativamente ao domínio da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011), atribui ao enfermeiro competências na área da gestão dos cuidados de forma a otimizar os cuidados de enfermagem prestados pela equipa.

Na UCIP utiliza-se o método de prestação de cuidados por enfermeiro referência; assim cabe a este enfermeiro realizar a admissão do doente na unidade após designação do enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável de equipa.

Os cuidados de enfermagem por enfermeiro referência atendem ao conceito de prestação de cuidados individualizados, fazendo com que, segundo Pearson citado por Costa (2004) “a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa”.

Em enfermagem o foco principal é o cliente a quem os cuidados são prestados, e que devem ser individualizados, o que implica que os enfermeiros tomem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade dos cuidados (Costa, 2004).

O Código Deontológico do Enfermeiro (2005) afirma no artigo 83.º que o enfermeiro tem o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros reforça que os enfermeiros no exercício da sua atividade profissional têm como objetivo fundamental a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

Pode-se afirmar assim que se trata de uma prática de enfermagem centrada no doente, atendendo a critérios de responsabilidade, autonomia, coordenação e globalidade.

Na ausência do enfermeiro referência do doente na UCI é atribuído o doente ao enfermeiro associado, que assegura os cuidados na sua ausência.

Com o objetivo de manutenção da vida, exige-se uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, sendo para isso necessário equipamento e dotações de pessoal adequadas, de forma a satisfazer as necessidades previstas para estes doentes. Por isto procurei durante o estágio desempenhar as funções do enfermeiro referência e enfermeiro associado, integrando na prestação de cuidados especializados os conhecimentos adquiridos através da formação inicial, pós-graduada, experiência profissional e através da orientação e transmissão de saber dos colegas que trabalham na UCIP, nomeadamente os que são Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Referindo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011), realizei diariamente a reavaliação dos planos de cuidados e introduzi as alterações necessárias de modo a adequar e melhorar os cuidados prestados. O Código Deontológico do Enfermeiro (2005) no artigo 88.º o enfermeiro tem o dever de procurar em todo o ato profissional, a excelência do exercício, garantindo a qualidade e assegurando a continuidade dos cuidados.

Na UCIP, utiliza-se o sistema (Atrium) implementado pelo SESARAM, que tem por base a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), e que permite à equipa terapêutica consultar o processo do doente e efetuar os registos dos procedimentos que o doente recebe, contribuindo para a continuidade dos cuidados. A CIPE tem sofrido várias atualizações desde o seu surgimento em 1996 até aos dias de hoje, sendo que esta terminologia funciona como um modelo unificador, onde os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados permitindo a comparação dos dados.

O principal objetivo da CIPE é o estabelecimento de uma linguagem comum, a possibilidade de descrever os cuidados de enfermagem, a comparação de dados de enfermagem, a demonstração das tendências em enfermagem e o estímulo à investigação (Taxa & Reigada, 2006).

Para a criação de um pensamento preciso e disciplinado, os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem. Este método é constituído por cinco fases, que permitem a tomada de decisão clínica e a resolução de problemas através do planeamento dos cuidados a serem prestados. Segundo Urden, Stacy e Lough (2008), as fases são: colheita de dados, apreciação,

planeamento, implementação e avaliação, sendo desta forma um método que permite uma tomada de decisão clínica e uma reavaliação contínua dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio executei o plano de cuidados do doente no momento da sua admissão, realizei as alterações pertinentes de acordo com a evolução do doente, tendo sempre o cuidado de não tornar o plano estanque, mas sim um plano predisposto para sofrer alterações, reformulações e ajustamentos que reflitam uma prática de enfermagem personalizada e individualizada.

Assim, segundo Batista (2015) os registos são fundamentais para o trabalho em equipa multidisciplinar, sendo os objetivos permitir a comunicação entre a equipa, permitir a individualização dos cuidados, facilitar o planeamento e continuidade dos cuidados através da identificação das necessidades do doente. O mesmo autor reforça ainda que os registos dão também visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional, servindo ainda como proteção legal pois tudo o que é realizado ao doente se encontra registado. Desta forma considero ter adquirido esta competência através do empenho e atitudes desenvolvidas no período de estágio.

Seguidamente irei abordar a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no estágio de opção, realizado o Hospital Central Do Funchal/ Hospital dos Marmeleiros, no serviço de Pneumologia. As competências adquiridas neste estágio centraram-se essencialmente em pessoa em situação crónica e paliativa.

### **1.3. Em contexto de Pneumologia**

Neste ponto do relatório procurarei demonstrar de forma descritiva a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no estágio de opção, realizado no Hospital Central Do Funchal/ Hospital dos Marmeleiros, no serviço de Pneumologia. Partindo do meu projeto de autoformação procurei desenvolver competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, especificamente no acompanhamento ao doente com insuficiência respiratória devido a pneumonia. A elaboração e implementação deste projeto foi um grande desafio, no qual pretendi dar maior destaque a esta problemática demonstrando o papel e a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica junto do doente e da família.

O serviço de Pneumologia localiza-se no primeiro andar Poente do Hospital dos Marmeleiros. Estruturalmente possui seis enfermarias de três camas e duas camas de isolamento; recebe doentes através da consulta de Pneumologia e do serviço de urgência.

No início do estágio procurei conhecer a dinâmica organizacional e funcional do serviço de Pneumologia, integrar a equipa multidisciplinar, cooperando e interagindo com a mesma. Através da observação e acompanhamento do enfermeiro tutor, fui assimilando os cuidados prestados aos doentes, de forma a interagir com eles e poder prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes com insuficiência respiratória agudizada por pneumonia.

Segundo Monahan et al (2010), a pneumonia adquirida na comunidade é uma infeção aguda do parênquima pulmonar, que ocorre em doentes que não estão hospitalizados 14 dias antes do diagnóstico da doença, e que em mais de 70% dos casos ocorre em pessoas já com doenças pré existentes como a DPOC, diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo e neoplasias.

A manifestação clínica desta patologia, não dá sintomas específicos, que permitam desde logo fazer o diagnóstico, ou seja, os sintomas que normalmente se observam são comuns a muitas outras doenças do aparelho respiratório e não só. Desta forma os sintomas mais comuns são a febre, muitas vezes elevada, arrepios de frio, tosse com mais ou menos expectoração de cor amarelada ou esverdeada ou cor de ferrugem, dificuldade respiratória ou mesmo falta de ar, dor torácica, dor de cabeça ou musculares entre outros. Estes sintomas instalam-se geralmente de forma rápida e podem, ou não, existir todos ao mesmo tempo (Araújo, 2015).

Partilham da mesma opinião os autores Smeltzer e Bare (2002, p. 414), afirmando que os doentes apresentam tosse seca e irritante, expetoração com secreção mucóide, queixam-se de rouquidão esternal, devida à tosse, têm febre e calafrios. À medida que a infeção evolui, podem apresentar dispneia, cefaleias e catarro purulento.

Os doentes com pneumonia geralmente apresentam-se com tosse (90%), dispneia (66%), dor pleurítica (50%), além de sintomas de mal-estar geral, febre, hipoxemia, adinamia (Moriguti, Schwartzmann, Vilar & Volpe, 2010).

A escolha desta área deveu-se ao facto de me encontrar a trabalhar num serviço de Medicina, em que muitas vezes, deparamo-nos com doentes com esta patologia cuja qualidade de vida é afetada não só pela doença, mas também pelos tratamentos instituídos. Posso referir uma situação de um doente com o diagnóstico de Pneumonia bilateral, que aos pequenos esforços apresentava dispneia. Devido ao agravamento da dispneia necessitou de ventilação não invasiva, o que provocou uma alteração significativa das suas atividades de vida diária, restringindo-o ao leito, e a uma atitude terapêutica com a qual não estava familiarizado.

Considerando o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005) no artigo 88.º, o enfermeiro deve manter atualização contínua dos seus conhecimentos, um dever que advém de um direito do doente em receber cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios de forma a garantir a excelência dos cuidados.

Desta forma, pretendi conhecer todo percurso percorrido por estes doentes, com o intuito de prestar cuidados especializados de forma contínua, como forma de resposta às necessidades afetadas e permitindo aos doentes manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total, tal como antes do episódio de doença aguda.

A nível mundial a incidência das doenças do foro respiratório estão a aumentar. Em Portugal dado a atual situação de crise económica e financeira que o país atravessa estará muito provavelmente a afetar a saúde respiratória dos portugueses. Não é possível deixar de salientar que desemprego, pobreza e condições de vida insalubres são, reconhecidas como um verdadeiro fator facilitador da proliferação das doenças respiratórias (Araújo, 2013, p.8).

Dados de 2012 no que diz respeito à mortalidade e aos internamentos hospitalares por doenças respiratórias em Portugal verificaram que quanto à mortalidade assistiu-se a uma subida abrupta, praticamente em todos os grupos das doenças respiratórias.

Em 2012 morreram por doenças respiratórias 13.908 portugueses, havendo a acrescentar a esse número 4.012 óbitos por cancro da traqueia, brônquios e pulmão. Isto significa que em 2012 morreram por doenças do foro respiratório 50 portugueses, por dia (Araújo, 2013, p.21).

O problema das pneumonias é particularmente relevante em Portugal. Dados da OMS apontam para uma prevalência média nos países da União Europeia de 13,0 casos/100.000 habitantes ano, ao passo que em Portugal será de 23,6%, sendo o terceiro país com taxas mais elevadas, a seguir ao Reino Unido e à Eslováquia (Araújo, 2013, p.21).

No 10.º relatório do observatório nacional das doenças respiratórias 2014-2015 em termos de doenças respiratórias, a mortalidade, em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas, é das maiores da Europa, ultrapassando os 115 por 100.000 habitantes. A Madeira é mesmo a Região da Europa com maior taxa de mortalidade por doenças respiratórias.

Deste modo a Enfermagem que é uma profissão de natureza holística, direciona a maioria dos seus objetivos para o cuidar, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e da comunidade em geral, assim o enfermeiro especialista durante todo o seu percurso profissional deverá continuar a investir no contexto da sua intervenção autónoma, mantendo-se atualizado e aperfeiçoando os seus conhecimentos de forma a contribuir substancialmente na melhoria dos cuidados prestados no contexto em que está inserido.

Efetivamente todos os doentes têm direito a cuidados de excelência, do ponto de vista técnico, científico e humano. Só desta forma é possível respeitar a sua dignidade, sendo essa a base do nosso Código Deontológico e da Constituição Portuguesa.

O Código Deontológico do enfermeiro no artigo 88.º Da excelência do exercício, na alínea c) refere que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 133). Deste modo, a formação em serviço é uma das competências do enfermeiro especialista, e segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é da responsabilidade do enfermeiro ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na sua área de especialidade.

O enfermeiro especialista deve favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções, o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros de forma a atingir a excelência do exercício prevista no artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005) e também no artigo 89.º que afirma o dever do enfermeiro em dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única,

inserida numa família e numa comunidade. Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e desenvolve. O exercício profissional centra-se na relação interpessoal, assim cada pessoa é concebida como um ser social e um agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Estar capacitado para um bom desempenho implica uma atualização ininterrupta ao longo da vida profissional, pois a formação inicial, não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis para o resto da vida de trabalho (Sousa, 2003).

Devido a estas dificuldades e fatores a que os enfermeiros devem prestar atenção, a formação deve ser encarada como um processo dinâmico e global que prepara o indivíduo não só para agir, mas acima de tudo para marcar a sua existência como entidade própria, tendo em vista a sua autonomia e identidade profissional própria, de modo a ser capaz de participar nos processos de transformação da própria sociedade, Ribeiro (2013) citando Cláudio e Oliveira.

Sendo a formação contínua parte integrante da prática profissional, o enfermeiro especialista deve preocupar-se em assegurar que as sessões de formações não sejam somente como números estatísticos, mas que promovam em primeira instância a valorização da profissão, o relembrar de conhecimentos e a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências.

É durante o período da licenciatura em enfermagem, que o futuro enfermeiro, adquire competências para o exercício da sua profissão; porém, estando o mundo em constante transformação, e sendo a pessoa um ser em constante interação com meio que a rodeia, torna-se necessário que o enfermeiro, tenha uma formação permanente e constante.

A formação contínua em enfermagem possui já uma longa tradição, tendo mesmo assumido algum protagonismo no âmbito das profissões de saúde (Lourenço & Mendes, 2008). A necessidade de formação surgiu como uma necessidade de desenvolver ao longo

da vida profissional, saberes, atitudes e habilidades, como consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos, no campo da saúde em geral e da enfermagem em particular, tendo como objetivo garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados que prestados aos doentes.

O valor da formação, bem como, o seu significado varia, para os enfermeiros, em função do estágio profissional e da carreira em que cada um se encontra ou da correlação de forças entre as diferentes motivações (Sousa, 2003).

Assim pode-se afirmar que a formação desempenha um papel fundamental, não no seu sentido mais tradicional, mas num sentido mais contemporâneo, dirigindo-se para valores humanos mais abrangentes. O exercício da profissão de enfermagem requer cada vez mais formação avançada e a identificação clara do seu papel, assim como, da especificidade que ele representa junto ao utente. Deste modo, a competência do enfermeiro manifesta-se pelos conhecimentos científicos profundos e habilidades para os aplicar, numa atitude de ajuda e de cuidados com a melhor qualidade possível.

Tendo como objetivo de estágio identificar uma necessidade formativa e realizar uma sessão de formação, desenvolvi uma formação em serviço sobre a temática da ventilação não invasiva, que após discussão com a equipa de enfermagem, surgiu como um tema em que surgem muitas dúvidas e dificuldades.

A ventilação não invasiva (VNI) é uma forma de ventilação mecânica que possibilita a administração de suporte ventilatório com pressão positiva através de uma máscara facial ou nasal, sem a utilização de uma via aérea avançada (Marques et al, 2016).

A VNI é utilizada com sucesso em muitas situações de insuficiência respiratória, sendo reconhecida como um meio eficaz e seguro de melhorar a ventilação alveolar evitando a intubação endotraqueal e todas as complicações que lhe estão associadas (Borges & Botelho, 2013).

Segundo os autores supracitados os principais objetivos da VNI são: a manutenção das trocas gasosas, facilitar a ventilação alveolar, diminuir o trabalho respiratório e diminuir a dispneia.

Por outro lado, os enfermeiros têm de estar atentos às complicações que podem advir da utilização desta técnica, tais como, o desconforto, a ansiedade / medo, alteração da integridade da pele e mucosas, fugas de ar, alteração da integridade ocular, distensão gástrica, não colaboração / aceitação, desadaptação à VNI, desequilíbrios relacionado com V / Q e o funcionamento do material.

Borges & Botelho (2013) refere a possibilidade de existirem complicações associadas à utilização desta técnica, mencionando a possibilidade de remoção accidental da

máscara facial e as dificuldades na aspiração de secreções, ainda assim reforçam o fato de os ventiladores mais utilizados serem os portáteis, devido ao fato de serem mais económicos, possuírem mecanismos de compensação de fuga, permitindo ao doente adaptar-se gradualmente às pressões estabelecidas.

Cuidar do cliente com VNI é cada vez mais frequente nos serviços de internamento, permite a redução do trabalho respiratório, estabilidade clínica, redução das hospitalizações e aumento da sobrevida, sendo para isto o papel do enfermeiro determinante no sucesso desta opção terapêutica (Franca et al 2007). Segundo estes autores a utilização desta técnica reduz a necessidade da intubação endotraqueal (os custos e complicações que lhe estão associadas) em 25%.

No serviço de Pneumologia, apesar de todos os constrangimentos que os serviços de saúde atravessam hoje em dia com a falta de enfermeiros e o aumento do número de doentes, a equipa tem feito o esforço por manter a formação em serviço, de forma a poderem estar o mais atualizados possível e prestarem cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Seguidamente, tendo em conta a qualidade dos cuidados prestados, irei abordar a temática da privacidade dos doentes.

De acordo com a legislação, verifica-se que o artigo 26.º da Constituição da República Portuguesa, o artigo 9.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o artigo 4.º, 5.º e 6.º do Direito do Utente dos Serviços de Saúde, os artigos 85.º, 86.º e 89.º do Código Deontológico, o artigo 5.º e 6.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, obrigam à reserva da intimidade, ao respeito pela vida privada, à confidencialidade, à proteção dos dados pessoais, ao sigilo profissional, à humanização dos cuidados, à melhoria contínua da qualidade, à unicidade e indivisibilidade da pessoa.

No decorrer deste período de estágio, verifiquei que nos serviços de internamento, a privacidade dos doentes está desprotegida, pois encontram-se em enfermarias de três camas, sem barreiras entre as mesmas, o que não garante a privacidade durante os cuidados de higiene, eliminação, procedimentos invasivos, visita de familiares e até mesmo se for do interesse do doente em estar mais reservado. Esta situação não acontece nas duas enfermarias que possuem apenas uma cama. Contudo, também é de referir que os enfermeiros estão atentos para esta situação, recorrendo a biombos amovíveis, quando disponíveis, para minimizar algumas destas situações, tentando sempre promover o máximo de privacidade possível com os recursos disponíveis.

O Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005) no artigo 86.º, afirma que o enfermeiro tem o dever do respeito pela intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na sua família. Assim sempre que seja necessário efetuar qualquer ato de diagnóstico ou terapêutico, apenas devem estar presentes os profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos, esta situação que está prevista no artigo 11.º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Pude constatar que estes temas também são alvo de reflexão entre os enfermeiros da equipa, sendo as suas preocupações comuns a todos.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o responsável por cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, sendo esta competência expressa no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro especialista deve preservar a dignidade da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a sua autonomia, maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento e respeitando a perspetiva do doente. Esta perspetiva do cuidar especializado é fundamental no serviço de Pneumologia.

Neste serviço deparei-me com muitos doentes com insuficiência respiratória por infeção respiratória (pneumonia). Apercebi-me também que muitos doentes com insuficiência respiratória, tinham além de infeção respiratória, associada outra patologia de base, na sua grande maioria neoplasias do pulmão em fase avançada da doença (no estágio IV), ou seja, localmente avançado, metastizado, e o seu tratamento restringe-se a promover o mínimo de sintomas, o máximo de sobrevida e a melhor qualidade de vida ao doente sendo a cura altamente improvável

A equipa médica contribui para que a ansiedade no diagnóstico numa fase inicial seja ultrapassada, pois na maioria das vezes é muito direta e concisa na apresentação do diagnóstico ao doente e sua família. Por outro lado, a família e doente ao serem confrontados com um diagnóstico que implica uma mudança de pensamentos e perspetivas futuras, fazem com que seja muito importante o apoio emocional prestado pela equipa de enfermagem, dirigido ao doente e família. Neste contexto, os doentes com problemas pulmonares podem sofrer com falta de ar e cansaço, e os cuidados paliativos têm o intuito de controlar e minimizar esses sintomas.

Os cuidados paliativos surgem na década de 1960, como um cuidado no fim de vida, quando existia pouca probabilidade de cura. A definição de cuidado paliativo evoluiu para descrever não só o cuidado da pessoa com doença terminal, mas qualquer pessoa com desconforto ou aflição. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o cuidado paliativo como um acesso que melhora a qualidade de vida dos doentes e das famílias no enfrentar da doença com risco de vida (Augusto, 2015).

Segundo Carvalho (2009) o cuidado paliativo surge então como a prática de cuidar do doente unido ao conhecimento científico, que em associação proporcionam o alívio do seu sofrimento. Por outro lado, Costa (2011) afirma que a filosofia dos cuidados paliativos tem como objetivo principal proporcionar conforto e dignidade a pessoas que vivem com doenças crônicas e seus familiares oferecendo-lhes uma melhor qualidade de vida. Estes cuidados são cada vez mais importantes, uma vez que as doenças crônicas são cada vez mais comuns e o número de pessoas que vive com os seus resultados tem tendência a aumentar.

Os doentes em fim de vida, esperam uma resposta rápida e humanizada, que não se direcione para a procura de cura, mas sim para a promoção do conforto e para a redução do sofrimento (Pascoal, 2010). No decorrer do estágio foi possível identificar sinais e sintomas de mal-estar, através da expressão facial, tom de voz baixo, o que sinaliza indiretamente que o doente não se sente cómodo com a situação que está a experienciar nesse momento, tendo para isso manifestado disponibilidade e abertura para ouvir os seus medos e anseios, prestando apoio emocional e adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa. Com estas atitudes, pretendi que o doente ultrapassasse o medo da dependência, da perda do amor, da autonomia, do respeito, da dignidade humana e da percepção da finitude da vida tal como defende Krause (2012).

A qualidade da interação entre o enfermeiro e o doente/família está indiscutivelmente associada à qualidade da comunicação, pelo que constitui um dever ético da profissão, conhecer e utilizar as melhores ferramentas de comunicação de forma a garantir o seu valor terapêutico, estando este dever expresso no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005). De acordo com Phaneuf (2005), a comunicação é mais do que uma escolha do enfermeiro é uma condição essencial para prestar cuidados de qualidade. O código deontológico reforça o dever que o enfermeiro tem em prestar cuidados de qualidade, na procura da excelência do exercício (artigo 88º).

O enfermeiro especialista deve promover intervenções junto do doente com doença crónica e paliativa, e seus familiares, com o objetivo de envolver todos os membros da

família na preservação da dignidade da pessoa com doença crónica, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida. A comunicação terapêutica com o doente/família é a base e o suporte de todas as ações dos enfermeiros, permitindo compreender o indivíduo como um todo, identificar os seus problemas, com base na atribuição de significados aos factos que ocorrem e ajudando-o a encontrar formas de manter ou restabelecer a sua saúde.

O enfermeiro especialista aquando da prestação de cuidados especializados a estes doentes tem de incentivar ativamente os doentes, cuidadores e sua família a colaborarem na realização dos cuidados, estabelecendo metas, e respeitando a singularidade e autonomia individual de cada pessoa. Pela proximidade com o utente e família, o enfermeiro especialista assume o papel de interlocutor no contexto da equipa, intervindo de forma a melhorar a adaptação e aceitação da nova condição de vida do doente, tendo como alvo do processo de cuidados, a alteração de comportamentos e a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e bem-estar, cumprindo com o dever profissional apresentado no Código Deontológico no artigo 81.º, de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Senti que o apoio ao doente com doença crónica e paliativa e seus familiares tem de ser de modo continuado tal como se prevê que o enfermeiro especialista seja capaz de o fazer de modo a contribuir para a resolução do luto incluindo o antecipatório. Os doentes e seus familiares são confrontados com o diagnóstico médico e atitude terapêutica, iniciando o processo de luto antecipatório.

A morte não é estranha ao homem, pois está associada à sua própria realidade biológica. Ela acontece à medida que a vida é vivida, aos poucos, de modo progressivo e inexplicável (Krause, 2012).

Durante o internamento e face ao diagnóstico médico e às dependências que os doentes se deparam, é frequente a auto culpabilização por atitudes menos corretas durante a sua vida, tais como a ingestão de drogas, não utilização de materiais de proteção quando desempenhavam trabalhos que o requeriam e principalmente pelo uso abusivo do tabaco, uma das dependências mais comum a todos os doentes.

Deste modo o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve utilizar estratégias eficazes de autocuidado para minimizar mecanismos que possam gerar ou provocar *stress*, relacionados com a dependência crescente e a proximidade com a morte.

Falar em morrer implica em falar das atitudes humanas durante a vida. Assim sendo, a consciência da realidade da vida e da inexorabilidade da morte gera angústia e medo, o que pode levar a atitude de negação da realidade. Neste contexto, a morte torna-se um tabu, enquanto fenômeno pessoal e social (Krause, 2012).

Verifiquei com agrado que a atitude da equipa multidisciplinar no serviço de Pneumologia, faz com que os doentes mantenham até ao limite das suas capacidades, a sua independência, integram os familiares nos cuidados e preparam a família no seu todo para a evolução negativa da doença e o processo de luto que estão a começar a enfrentar tal como preconizado pelo autor supracitado.

O papel do enfermeiro é fundamental durante o período de internamento, uma vez que visa minimizar o impacto psicológico causado pela doença, auxiliando o indivíduo na gestão do seu processo de doença, por este motivo o enfermeiro deve mostrar-se sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas, realizando uma colheita de dados que permita a execução do plano de cuidados tendo em conta a sua condição física e a sua capacidade cognitiva e psicológica.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica afirma que o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Relativamente à recorrência de infeções e reinternamentos os autores Monahan et al (2010) atribuem destaque ao ensino ao doente com pneumonia deve incidir na prevenção de complicações e de recorrência de episódios desta patologia. Deste modo, o enfermeiro deve ensinar o doente a manusear as secreções com cuidado e a coloca-las dentro de um recipiente descartável, e informá-lo que após esse procedimento deve proceder à lavagem das mãos. Também é da sua responsabilidade explicar ao doente a importância da vacinação na prevenção de infeções respiratórias, sendo que a vacina antipneumocócica é administrada em cada 3 a 5 anos e feito reforço 5 anos após o início da vacinação.

A avaliação de todos os sinais vitais representa grande importância na manutenção da vida e qualidade de vida do doente com pneumonia, fazem parte da atuação do enfermeiro, com o objetivo de vigiar e minimizar os efeitos da doença. O apoio do enfermeiro ao doente contribui para o desenvolvimento de confiança do doente e na sua colaboração no processo de tratamento até à alta. Neste sentido o enfermeiro deve estar alerta para a presença de sintomas como a diarreia, náusea, vômitos, febre, dispneia, confusão mental, erupções cutâneas e reações dos tecidos moles. Assim, e de acordo com Monahan et

al (2010), deve-se incentivar o doente a conservar a energia e a manter uma boa nutrição e hidratação, monitorizando a ingestão diária total que o doente realiza. Por este motivo, o enfermeiro deve orientar o doente a evitar o esforço excessivo de forma a evitar a exacerbação dos sintomas, sendo que o doente deve assumir uma posição de conforto para promover o repouso e a respiração eficaz (Smeltzer & Bare, 2002).

Prestar cuidados de enfermagem especializados aos doentes com insuficiência respiratória causada por infeção respiratória, permitiu-me observar diretamente as suas necessidades/dificuldades, realizando ensinamentos dirigidos ao doente e à família, sobre o desempenho de papéis no seu dia-a-dia. Um dos ensinamentos realizados incidiu sobre a manutenção da autoimagem do doente devido à utilização contínua de oxigénioterapia por óculos nasais, tendo sugerido por exemplo que quando recorressem à utilização destes optassem pelos de cor transparente. Esta situação decorreu devido a um desafogo de um doente relativamente à sua perspetiva de como ele se observava com a utilização de óculos nasais de cor esverdeada, e da sua perceção relativamente à perspetiva das outras pessoas perante o próprio.

Considerando que o doente com insuficiência respiratória devido a pneumonia apresenta elevados índices de morbimortalidade, o papel do enfermeiro especialista revela-se fundamental nas suas diferentes áreas de competência. Atua de forma antecipatória em focos de instabilidade, diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de atitudes terapêuticas, assiste a família e o doente nas perturbações emocionais provocadas pelo processo de doença e gere a comunicação interpessoal entre os elementos da família e o doente, adaptando-a à complexidade do seu estado de saúde.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica refere na competência específica que o enfermeiro faz “ a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011); assim a dor como 5º sinal vital, representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como manda a circular normativa em 14 de junho de 2003 (nº 09/DGCG).

Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada, este direito está expresso na Carta dos Direitos do Doente Internado. Por outro

lado, é um dever de todos os profissionais de saúde, adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbidade e humanização dos cuidados de saúde, dever este expresso no Código Deontológico do Enfermeiro.

Foi explicado aos doentes que a terapêutica analgésica retira-lhes a dor, pois normalmente já estão a realizar analgésicos opióides e se manifestarem sintomas de dor pode-se sempre ajustar as dosagens.

A OMS tem descrita uma abordagem passo a passo para selecionar um regime analgésico baseado na intensidade da dor, conhecida como escala analgésica da OMS que apresenta vários degraus (Costantini & Higginson, 2008). O primeiro degrau encontra-se reservado a doentes com dor ligeira, e são utilizados analgésicos não-opióides, tais como paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides (AINES) e salicilatos. Em doentes com cancro avançado, o papel dos analgésicos de degrau 1 apresentam uma baixa eficácia (Barbosa & Neto, 2010). No segundo degrau são usados os opióides fracos, como a codeína e o tramadol, tratando a dor ligeira a moderada. A codeína como opióide natural, é muito mais fraca que a morfina, causando apenas uma fraca analgesia (Barbosa & Neto, 2010). O tramadol é um análogo sintético da codeína sendo recomendado como um analgésico seguro e eficaz em diversos tipos de dor moderada (Grond et al., 1996). No terceiro degrau são utilizados opióides fortes, para o controlo da dor moderada a forte em doentes que não respondam a doses máximas dos opióides utilizados no segundo degrau. Os opióides fortes mais utilizados são: a morfina, buprenorfina, hidromorfina, oxicodona, fentanil e metadona.

Estima-se que cerca de 80% dos doentes que fazem tratamento com opióides vão sofrer de efeitos adversos. A curto prazo os sintomas são obstipação, náuseas, vómitos, sonolência e prurido. Geralmente os vómitos e a sonolência acabam por desaparecer com o passar dos dias (Owen & Stewart, 2013), no serviço de Pneumologia por norma os doentes medicados com esta terapêutica têm associado um emoliente (lactulose), e nalguns casos além deste, um laxante de contato (bisacodilo).

No que diz respeito aos doentes em fase terminal, para além do controlo da dor, poderá existir a necessidade de questionar os doentes sobre o estado de consciência em que pretendem estar na eminência do fim da vida. Deste modo, se optarem pela sedação, esta é normalmente efetuada com midazolam.

Falar em morrer implica em falar das atitudes humanas durante a vida. Assim sendo, a consciência da realidade da vida e da inexorabilidade da morte gera angústia e medo, o que

pode levar a atitude de negação da realidade. Neste contexto, a morte torna-se um tabu, enquanto fenómeno pessoal e social (Krause, 2012). Enquanto profissionais de saúde, queremos sempre proporcionar ao doente os melhores cuidados possíveis, elucidando-o para as alternativas que existem à disposição. A sedação paliativa é a administração deliberada de fármacos em doses e combinações necessárias para reduzir o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável, e possui o objetivo de aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários ao tratamento específico em pacientes com doença avançada terminal (Costa, 2015). A respeito das questões éticas, o desafio é considerar a dignidade humana perante a proximidade da morte para além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, implicando uma nova visão diante da realidade social, em que a singularidade de cada indivíduo, os seus aspetos biopsicossociais e sua autonomia sejam valorizados, em especial, quando a vida se encontra mais próxima da morte (Paiva, júnior & Damásio, 2014).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na competência específica “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, bem como o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista identifica a competência específica “gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011); assim, para desenvolver estas competências consultei o manual de procedimentos hospitalar existente no serviço, contribuí ativamente no registo dos doentes com a presença de cateter venosos periféricos e cateteres vesicais, atividade está inserida no projeto Stop Infeção Hospitalar já anteriormente referido.

No período de estágio tive a oportunidade, em conjunto com o enfermeiro tutor, de realizar formação em serviço sobre a prevenção e controlo de infeção hospitalar, nomeadamente sobre a higienização das mãos, sendo esta formação dirigida a assistentes operacionais e enfermeiros, estando naquele momento dois novos assistentes operacionais e um enfermeiro em integração. A adesão por parte de todos os profissionais do uso de equipamento de proteção individual e à utilização da SABA foi notória, o que contribui para a diminuição do risco de infeção. Segundo a DGS (2010) “a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde” (p.2). Neste sentido, informei as famílias sobre a importância da desinfeção das mãos para a sua proteção, assim como dos seus familiares doentes, verificando uma grande preocupação por parte destas em cumprir com as indicações fornecidas.

## 2. SÍNTESE

O desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, iniciou-se com a preparação dos estágios.

No contexto de urgência, o desenvolvimento de competências realizou-se através do processo de prestação de cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência e/ou catástrofe, revelando neste contexto conhecimentos aprofundados no atendimento ao doente vítima de trauma e paragem cardiorrespiratória. Apliquei conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, e demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da Enfermagem de Urgência.

A aquisição de competências no contexto de Cuidados Intensivos, concretizou-se através da demonstração de conhecimentos no cuidar do doente e família neste ambiente terapêutico. Realizei a gestão dos cuidados de doentes em falência multiorgânica, assisti as famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Cumpri com os procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, nomeadamente das infeções associadas à prestação de cuidados.

Na globalidade do estágio mantive a comunicação interpessoal como ferramenta de trabalho, fundamentando a relação terapêutica com a pessoa/ família em situação crítica.

No estágio de opção, serviço de Pneumologia, adquiri e desenvolvi competências no cuidar de doentes com insuficiência respiratória causada por infeção, nomeadamente pneumonia. Tendo em conta as circunstâncias encontradas, pude verificar que a maioria dos doentes que apresentavam insuficiência respiratória associada a infeção, possuíam uma doença de base, principalmente neoplasias, tendo por este motivo desenvolvido e adquirido as competências no cuidar da pessoa em situação crónica e paliativa.

Tendo em conta o que referi anteriormente, a formação especializada através do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas. Desta forma o enfermeiro especialista, deve ser capaz de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim enquanto enfermeiro especialista sou capaz de me constituir como líder, modelo de referência e de apoio para os meus pares na resolução de situações de maior

complexidade apresentadas pelos doentes em contextos de urgência, emergência, cuidados intensivos e outros, com base no processo de enfermagem e recorrendo à mais recente evidência científica, analisando e utilizando o pensamento crítico na análise dos dados e incorporando-a no processo de tomada de decisão inerente à prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Durante a realização do relatório pude demonstrar que partindo dos conhecimentos de primeiro ciclo os desenvolvi e aprofundei, de modo a constituir uma base de desenvolvimento, conhecimento e capacidade de compreensão, nomeadamente em contexto de investigação para ser reconhecido com o segundo ciclo dos descritores de Dublin (Mestrado).

Fui capaz de aplicar os conhecimentos e a capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos.

Deste modo sou capaz de comunicar as minhas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios subjacentes, quer a especialistas ou não, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Tendo em conta os descritores de Dublin para o grau de Mestrado, posso afirmar com a convicção de que desenvolvi as competências que me permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

## CONCLUSÃO

Na elaboração deste relatório, procurei evidenciar as experiências dos estágios desenvolvidos nos diferentes serviços, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Após todo este percurso acadêmico teórico/prático, posso afirmar agora que as expectativas iniciais foram ultrapassadas, embora não esqueça que também houve dificuldades que tive que ultrapassar, nomeadamente na gestão dos tempos e da vida pessoal e profissional.

Na realização do relatório, identifiquei as oportunidades de aprendizagem bem como os obstáculos encontrados e as estratégias postas em prática para os contornar, efetuando uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas, num percurso de enriquecimento pessoal e profissional.

Ao realizar este percurso de modo refletido, procurei adquirir e aperfeiçoar aspetos que envolvem a prestação de cuidados especializados ao indivíduo adulto e idoso em estado crítico, bem como ao doente crónico/paliativo que posso utilizar na minha prática diária.

No desenrolar do estágio no Serviço de Urgência, fui capaz de desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade ao doente crítico em situação urgente e emergente, desenvolvendo os conhecimentos adequados ao exercício de Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando-os na prática de prestação de cuidados a nível de um Serviço de Urgência, atuando numa perspetiva de cuidados centrados no utente e na família, desenvolvendo competências relacionais com o utente, família e equipa multidisciplinar, que me permitirão uma aprendizagem profissional ao longo da vida.

O período de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente mostrou-me que é possível humanizar o cuidado quando a sofisticação técnica assume um impacto relevante na prestação de cuidados especializados.

Relativamente ao estágio de opção realizado no serviço de Pneumologia, posso afirmar que prestar cuidados de Enfermagem a um doente com afeção respiratória, em particular com insuficiência respiratória de múltiplas etiologias, requer uma profunda compreensão sobre a sua fisiopatologia, a antecipação dos efeitos de cada intervenção, bem como um conhecimento sólido de todo o processo de atuação.

A insuficiência respiratória no nosso país continua a destacar-se negativamente pelo aumento da sua incidência e da mortalidade associada. O seu aparecimento está intimamente relacionado com os estilos de vida adotados sendo considerado uma doença predominante

nos países desenvolvidos. A prevenção primária constitui-se como a primeira aposta a considerar no campo da saúde mediante a consciencialização da população para adoção de estilos de vida saudáveis. Porém, quando a doença já se instalou, torna-se fundamental intervir prevenindo as suas agudizações e conseqüente agravamento da cronicidade.

Após contato com enfermeiros dos cuidados de saúde primários, pude aperceber-me que ainda há muito a fazer na prevenção de agudizações da doença nestes doentes, pois fico com a percepção que não existe um acompanhamento domiciliário eficaz, devido a falta de referenciação e a falta de capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários.

É indiscutível a importância do papel do Enfermeiro na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa com insuficiência respiratória e dos seus familiares promovendo a melhoria da sua qualidade de vida e dignidade humana. Para que isto seja possível, é necessário aumentar as nossas competências nesta área através da formação contínua.

Este trabalho veio demonstrar que a minha preocupação com esta temática é justificada, suscitando a necessidade de uma intervenção diferenciada e eficaz por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular no que se refere à identificação precoce de focos de instabilidade, à gestão de protocolos terapêuticos complexos, à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, à gestão do estabelecimento de uma relação terapêutica perante a pessoa e família, à gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica e à identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, e dos seus cuidadores e familiares. Estas pessoas e familiares precisam do nosso suporte e acompanhamento desde o momento do diagnóstico e ao longo da vida.

Finalizo este relatório com a convicção de crescimento pessoal e profissional, uma vez que considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos para ser considerado Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois segundo o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro) o Enfermeiro Especialista é:

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

Simultaneamente estas competências adquiridas permitem ao enfermeiro possuir um nível de intuição, abstração, rigor científico, e capacidade de antecipação de problemas mais vincado, crendo permitir o reconhecimento do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aizpitarte, E., Asiain, C., Iruarrizaga, A., Margall, A., Nicolas, A. & Vázquez, M. (2008). Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurse: Nursing in Critical Care*, 1(13), 25-33.
- Alain, M., Arthur, S., Carlos, C., Daniel, T., David, S., Eduardo, C., ...Thomas, S. (2015). Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. *The New England Journal of Medicine*, (372), 747-755.
- Almeida, A., Barros, A., Garcia, J., Lopes, J., Neves, A & Souza, C. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enfermagem*, 25(3), 471-476.
- Alves, M. (2004). Etapas da metodologia de projecto. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 43(1), 30-37.
- Araújo, A. (2013). *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias 2013: prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente*. Lisboa: ONDR.
- Araújo, A. (2015). *10º relatório do observatório nacional das doenças respiratórias 2014/2015: panorama das doenças respiratórias em Portugal, caminhos para o futuro*. Lisboa: ONDR.
- Araújo, D., Almeida, N., Chianca, T., Ribeiro, N., Silva, P. & Werli-alvarenga, A. (2016). Predição de risco e incidência de olho seco em pacientes críticos. *Revista Latino-América Enfermagem*, (24), 1-8.
- Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização mecânica não invasiva. *Revista Ciência & Técnica*, 44-54.
- Barbosa, A. & Neto, G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª Ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batista, T. (2015). A importância dos registos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (62), 58-61.

- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and intervention in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Bérubéa, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M. Williamson, D. & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, (29), 9-19.
- Bitencourt, C. (2004). *Gestão contemporânea de pessoas*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Borges, J. & Botelho, S. (2013). Ventilação não invasiva: uma prática fundamentada em evidência científica. *Nursing*, (288). Consultado a 11 de novembro de 2016. Disponível em <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-uma-pratica-fundamentada-em-evidencia-cientifica/>.
- Borges, M. & Junior, M. (2014). A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 275-282.
- Botelho, M., Castro, C. & Vilelas, J. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa uci: revisão sistemática da literatura. *Revista Pensar Enfermagem*, (2) 15, 41-59.
- Botelho, M., Henrique, M. & Sá, F. (2011). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*, 1(19), 31-46.
- Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões de competência. *Reflexão RH*, 60-63.
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Buckman, R. & Kason, I. (1994). *How to break bad news: a guide for health-care professionals*. Pan Books.
- Cardoso, L., Elias, A., Grion, C. & Matsuo, T. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (tiss 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação

- da gravidade do paciente. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3), 324-29.
- Carvalho, J. (2008). Conspiração do Silêncio: contributo na comunicação de más notícias. *Revista de Enfermagem Percursos*, (7), 4-59.
- Carvalho, R. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Chiavenato, I. (2003). *Gerenciando Pessoas* (4ª ed.). São Paulo: Prentice Hall.
- Çiçek, H., Tosun, N., Ünver, V. & Yava, A. (2011). *Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit*. *Stress and Health*, 27(2), 36-47.
- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J. & Woodby, S. (2015). Safety first: using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25.
- Comissão Nacional da UNESCO. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Lisboa: Autor.
- Costa, A. (2011). Controlo de infecção. *Revista de engenharia e gestão da saúde tecno hospital*, (43), 13-16.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Revista do ISPV*, (30), 234-251.
- Costa, L. F. J. (2015). *Sedação paliativa*. Consultado no dia 5 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://petdocs.ufc.br/index\\_artigo\\_id\\_419\\_desc\\_Anestesiologia\\_pagina\\_\\_subtopico\\_10\\_busca\\_](http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_419_desc_Anestesiologia_pagina__subtopico_10_busca_).
- Costa, M. (2011). *Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos*. Universidade Nova. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Costantini, M. & Higginson, I. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, (44), 1414-1424.
- Cunha, M., Dias, A. & Nelas, P. (2003). Cuidados pós-mortem. *Revista Sinais Vitais*, (46), 33-39.

- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números*. Lisboa: Autor.
- Durão, M. & Teixeira, J. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10), 135-142.
- Ferreira, N., Fernandes, A., Freitas, P., Leite, A., Miranda, C., Revés, L., ... Serra, I. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.
- Fortes, I., Mendes, J. & Pereira, A. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem on line*. (7), 227-235.
- Fortunato, J., Furtado, M; Hirabae, L. & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*. 12(3), 110-117.
- Franca, S., Galas, F., Okamoto, V. & Park, M. (2007). Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, (33)2, 92-105.
- Garrido, A. & Simões, J. (2007). Supervisão de alunos em ensino clínico: uma reflexão. *Fórum Enfermagem*. Consultado a 10 de dezembro de 2017. Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=2769](http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2769).
- Graça, M. (1997). *O Enfermeiro perante o doente crítico*. Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto.
- Grond, S., Ka, L. & Radbruch, L. (1996). A risk-benefit assessment of tramadol in the management of pain. *Drug Safety Journal*, (15)1, 8-29.
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência: manual do formando*. Lisboa: Autor.

- Henrique, J. (2016). *Ventilação mecânica invasiva*. Consultado a 6 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://fisioterapia.com/ventilacao-mecanica-invasiva/>.
- Howard, P. K. & Steinmann, R. A. (2011). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Loures: Lusociência.
- Jardim, S. (2015). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Jesus, E. (2007). *A comunicação de más notícias*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 12 de dezembro de 2016. Disponível em <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1>.
- Jesus, E. (2008, 14 de dezembro). Triagem de Manchester. *Jornal da Madeira*, (24518), 16.
- Jesus, E. (2008, 15 de junho). Do domicílio ao lar. *Jornal da Madeira*, (24338), 20.
- Krause, L. (2012). Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. *Revista HUPE*. 11(2), 18-25.
- Lopes, J., Paiva, M., Romão, J. & Saramago, P. (2010). *A dor crónica em Portugal*. S.l.: Pain Proposal.
- Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Pensar a formação em enfermagem. *Revista Nursing*, 233(5), 38-43.
- Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Pensar a formação em enfermagem. *Revista Nursing*. (233), 38-43.
- Machado, P. (2010). *Transporte de doentes críticos: vivências dos enfermeiros do serviço de urgência*. Universidade Fernando Pessoa. Tese de Licenciatura. Ponte de Lima.
- Machhail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In L. Newberry (Ed.). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (L. Correia, Trad.) (6ªed) (pp.3-7). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês emergency nursing: principles and practice, 1998, New York: Mosby)

- Marques, M., Oliveira, N., Pereira, J., Realista, S. & Sequeira, R. (2016). Ventilação não-invasiva: opção terapêutica nos cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar. *Nursing*. Consultado a 20 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-opcao-terapeutica-nos-cuidados-ao-doente-com-dispneia-em-contexto-pre-hospitalar/>
- Martinho, C. & Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140.
- Martins, J., Nascimento, E., Neto, H., Geremias, C., Schneider, D. & Schweitzer, G. (2008). O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 10(4), 1091-1101.
- Mendonça, K., Neves, H., Rezende, F., Santos, S. & Tipple, A. (2011). A prevenção e o controle de infecção em setores de urgência e emergência: um grande desafio. In *XVII Congresso Brasileiro de Infectologia* (pp. 82-83). Brasília.
- Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Autor. Consultado a 13 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>.
- Miranda, I. (2013). *Nutrição entérica e parentérica: controvérsia em doentes de uci*. Consultado a 6 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.portalenf.com/2013/12/nutricao-enterica-e-parenterica-controversias-em-doentes-de-uci/>.
- Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (Eds) (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (I.M. Li-geiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8ª ed.) (Vol 1 e 4). Lisboa: Lusociência. (tradução do original inglês *Medical-Cirurgical nursing: Health and illness perspectives*, 8th ed., 2007).
- Moriguti, J., Schwartzmann, P., Vilar, F. & Volpe, G. (2010) Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos. *Revista Medicina USP*, 43 (3) 238-248.

- Nunes, I. (2008). *Participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia: contributos para melhorar a comunicação e a qualidade dos cuidados ao utente*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Autor. Consultado a 3 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer nº CJ 312 / 2011*. 12 de janeiro. Parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros: Acompanhamento de Utentes para Realização de Exames ou Transferências. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). Health care-associated infections. Consultado a 11 de dezembro de 2016. Disponível em [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_ccisc\\_fact\\_sheet\\_en.pdf](http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf)
- Owen, M. & Stewart, G. (2013). Opioids in the management of persistent non-cancer pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, (14), 533-535.
- Padilha, K. & Tranquitelli, A. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 141-146.
- Paiva, F., Júnior, J. & Damásio, A. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista bioética (impr.)*, 550-560.

- Pascoal, J. (2010). *Viver a esperança: necessidades da pessoa com doença oncológica*. Faculdade de Medicina universidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto
- Passos, E. (2017, 8 de fevereiro). Triagem e moderadoras tiram 9 mil das urgências. *Diário de Notícias da Madeira*, (46178), 2-3.
- Patrick, V. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In P. Howaed & R. Steinmann (Eds.), *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (pp.3-8). Loures: Lusociência.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação*. Loures: Lusociencia.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (H. S. Correia(6ª ed.) (Vol. 1 a 4). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Meical-surgical: concepts and clinical practice, 6th ed., 1999, New York: Mosby).
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, (10), 27-39.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (11 ago. 2014). Despacho nº 10319. *Diário da República, nº 153, II série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (14 jul. 2009). Lei nº 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República nº 134, I Série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2009). Lei n.º 111/2009: Procede à primeira alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República, nº 180, I Série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (21 abr. 1998). Decreto- Lei nº 104/1998. *Diário da República, nº 93, I Série*.

- PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar.2014). Lei nº 15/2014: Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, nº 57, I Série.*
- PORTUGAL. Assembleia da República. (4 set. 1996). Decreto-Lei nº 161/96: Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República nº 205, I-Série*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Circular nº 13.* (14 jun. 2010). Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Circular nº01/DQS/DQCO.* (6 jan. 2010). Criação e implementação da via verde de sépsis. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Circular nº 09.* (14 jun. 2003). Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Norma nº002.* (6 mar. 2015). Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Norma nº019.* (15 dez. 2015). Feixe de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde *Norma nº022.* (16 dez. 2015). Feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, II Série.*

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento n.º 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 233, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (22 abr. 2015). Regulamento n.º 188/2015: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República, n.º 78, II Série*.
- Ribeiro, P. (2013). Formação contínua em enfermagem: quais as motivações? *Nursing*, (288), 35-37.
- Rosário, E. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Saiote, I. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. ISCTE. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Santos, A., Freitas, P. & Martins, H. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, (31) 2, 148-152.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Concelho da Lourinhã*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro: identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Revista de Ciências da Educação da Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*, (5), 69-80.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*. Funchal: Autor.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2010). *Manual do Serviço II Procedimento n.º 002 Transporte de doentes críticos*. Funchal: Autor.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2011). *Regulamento do serviço de urgência*. Funchal: Autor.

- Silva, A. (2003). *Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas*. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS.
- Silva, M. (2008). Programa remodelado: que novidades. *Revista Nursing*, (230), 4-7.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2002). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (9ª ed.) (Vol 1 a 4). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (tradução do original inglês Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 9<sup>th</sup> ed, 2000).
- Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C. D., Koster, R. W. ... Bottiger, B. W. (2010). *Recomendações 2010 para a reanimação do european resuscitation council*. (A. H. Carneiro, A. Albuquerque & M. Félix, Trad.). Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. (2015). *Cuidados paliativos para pessoas com doença respiratória ou doença grave* (V. Augusto, L. Machado, Trad). Brasília. Disponível em <http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-cuidados-paliativos-para-pessoas-com-doenca-respiratoria-ou-doenca-grave/>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, A. & Veludo, F. (2012). *O sono nos pacientes internados em unidade de cuidados intensivos*. Consultado a 20 de dezembro 2016. Disponível em [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Resumo\\_Osonodospacientes.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Resumo_Osonodospacientes.pdf).
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas perspetivas de enfermeiros. *Nursing*, (175), 28-33.
- Sousa, M. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Taxa, M. & Reigada, P. (2006). *Sistemas de apoio à prática de enfermagem*. Material de apoio à formação da Sub-Região de Saúde de Braga.

- Teixeira, L. (2010). *Porque é que os doentes se deslocam ao serviço*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Ugras, G. & Oztekin, S. (2007). Patient perception of environment and nursing factors contributing to sleep disturbances in neurosurgical intensive care unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, (212).
- Unidade Curricular de Cuidados Intensivos, Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica II, Módulo I. Material de apoio às aulas. Prof. I. Rabiais. Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, 2009.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (L. Abecasis, F. A. Silva, M. T. Leal, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Thelan's critical care nursing, 5th ed., 2006, New York: Elsevier).
- Valente, M. & Catarino, R. (2012). *Manual de suporte básico de vida*. Lisboa: INEM.
- White, W. & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões atuais. In Internacional Association for the Study of Pain. *Guia de tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, Trad.) (pp. 1-5). Seattle: IASP (tradução do original em inglês Guide to pain Management in Low-Resources Settings, 2009)