



Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA:
do doente crítico ao doente ostomizado**

Vanessa Carina Escórcio de Castro

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

**Funchal,
2017**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA:
do doente crítico ao doente ostomizado**

Vanessa Carina Escórcio de Castro

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

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

Funchal,

2017

ÉPIGRAFE

*Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito.*
Aristóteles

RESUMO

Com o presente relatório o autor pretende demonstrar a evolução e o contributo de cada um dos módulos do ensino clínico do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na ESESJCluny, dando visibilidade ao desenvolvimento de competências específicas no cuidado ao doente crítico. Este ensino clínico inclui o estágio I – Serviço de Urgência, estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos e o estágio III - Opção. Relativamente ao estágio no Serviço de Urgência, é evidenciada a aquisição de competências perante a pessoa em situação crítica, no que respeita à triagem, estabilização, reanimação, tendo em conta o estabelecer de prioridades na abordagem à vítima, perspetivando o cuidar holístico do doente/ família. No que respeita ao estágio de Cuidados Intensivos, é demonstrado o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico com falência orgânica eminente ou estabelecida, sem descuidar a vertente relacional com a família. Por fim e no que concerne ao estágio de opção, é apresentado o caminho percorrido para a obtenção de competências no cuidar o doente com ostomia de eliminação intestinal nas fases pré e pós-operatória, atendendo à prevenção de complicações e na preparação para a alta, priorizando as necessidades específicas da pessoa ostomizada, contribuindo para a promoção de uma transição saudável e de adaptação da pessoa/família à sua nova condição.

Este relatório de estágio é um documento ilustrativo do percurso do autor, na medida em que procura fazer referência ao processo e resultado que culmina na aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências de um saber especializado, alcançado através da participação nos cuidados de enfermagem, da interação com as diversas equipas e sobretudo com o contacto com os doentes e respetivas famílias, evidenciando assim a importância insubstituível dos estágios. A partir da análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da descrição das atividades fundamentando em conhecimentos técnico-científicos, apoiado nos valores éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, bem como nos descritores de Bolonha para o segundo ciclo de estudos, o autor evidencia a sua evolução, rumo à aprovação como Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-Chave: enfermeiro especialista, competências, reflexão, pessoa em situação crítica, pessoa ostomizada.

ABSTRACT

With this report, the author aims to point out the evolutionary input of each internship module throughout the Master Degree in Medical Surgical Nursing carried out at ESESJCluny. It also predetermined to provide prominence to the development of specific skills in the care of critical patients. The clinical teaching was incorporated into Internship I – Emergency Room (ER); Internship II – Intensive Care Unit (ICU) and Internship III – Optional. Regarding the Internship on the Emergency Room, I intend to highlight the acquisition of competencies in relation to the person in critical situation, according to the triage system, stabilization and resuscitation. Always taking into account the priority setting in the approach to the victim, considering the holistic care of both patient and family. In relation to the Internship on the Intensive Care Unit, the objective is to emphasize the development of competencies in providing care to the critical patient with imminent or established organ failure, without disregarding the relational aspect with the family. Concerning the optional Internship, I attempt to explain the implicit process that I went through to acquire the core competencies needed for the care of the patient with intestinal elimination ostomy, in preoperative and postoperative phases of surgery. Bearing in mind the prevention of complications and the preparation for discharge from the hospital setting priorities related to the specific needs of the ostomized person, thereby contribute to improve a healthier transition and adaptation of the person and the family to their new condition. This report is an illustrative essay in my career growth as a result of the addition of new skills and specialized knowledge in nursing, in consonance with the method and with the expected and achieved results. Attained specially through the direct contact with the patients and their families, the participation in healthcare and the interaction with different teams of healthcare practitioners. Thus showing the irreplaceable importance of internships. The report was fulfilled with a critical reflection on the common and also specific skills of the advanced practice nurse in Medical-Surgical Nursing, associated with the description of activities based on scientific and technical expertise. Supported by ethical and deontological values of Nursing, as well as Bolonha descriptors for the second cycle of studies which have clarified the key points of the author's evolution, heading the Master approval in Medical-Surgical Nursing specialization.

Keywords: advanced practice nurse, competencies, reflection, person in critical situation, ostomized person.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, reflete a longa caminhada travada ao longo destes dezoito meses, com momentos muito positivos e desafiantes, mas também com alguns episódios de difíceis apesar da motivação e interesse em querer muito chegar ao fim.

Apesar da realização deste relatório ter resultado de um esforço pessoal, só se tornou possível com o apoio de várias pessoas, às quais manifesto o meu maior apreço.

Aos professores da ESESJCluny, especialmente à Professora Cristina Pestana pelas suas palavras de incentivo, orientação, acompanhamento e por todos os contributos que me fizeram chegar ao fim desta jornada.

A todas as equipas multidisciplinares dos diferentes campos de estágio, pelo acolhimento, transmissão e consolidação de saberes, mesmo nos dias de maior trabalho.

Em especial, às pessoas que fazem parte da minha vida.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, acreditando sempre nos meus projetos.

Agradeço-vos por todos os ensinamentos de vida, assim como pelas ferramentas que me deram, fazendo de mim a pessoa que hoje sou.

Á minha irmã, pelo carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente.

Ao meu afilhado, pelos momentos de brincadeira e alegria que foram como “lufadas de ar fresco” nos dias mais cansativos.

A todos, o meu sincero Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatórios não-esteróides
BiPAP	Bi-level Positive Airway Pressure
BPS	Behavioral Pain Scale
CCR	Cirurgia Colorretal
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
EMIR	Equipa Médica de Intervenção Rápida
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESESJCluny	Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IASP	International Association for the Study of Pain
IPOLFG	Instituto Português de Oncologia Lisboa, Francisco Gentil
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PCR	Paragem Cárdio-Respiratória
RAM	Região Autónoma da Madeira
RASS	Richmond Agitation and Sedation Scale
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TOT	Tubo orotraqueal
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	13
1. O CAMINHO PERCORRIDO DE ENFERMEIRA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA	17
1.1. O cuidar especializado no contexto de Urgência	20
1.1.1. Desenvolvimento das competências comuns e específicas.....	24
1.2. O cuidar especializado no contexto de Cuidados Intensivos	39
1.2.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas	41
1.3. O cuidar especializado no contexto da Pessoa Ostomizada	59
1.3.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas	61
2. REFLETINDO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	81
CONCLUSÃO	86
BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na qual foi proposta a elaboração de um documento que concretize as competências adquiridas neste percurso, demonstrando as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos de prática, sendo que constitui a última etapa para a conclusão do respetivo curso. Procuo perante as vivências da prática e utilizando a metodologia descritiva e reflexiva, conceber uma análise fundamentada, incrementando a integração dos saberes adquiridos e/ou desenvolvidos.

Como tal, este trabalho intitulado “Desenvolvendo competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: do doente crítico ao doente ostomizado” tem como objetivos: demonstrar os conhecimentos adquiridos na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; refletir o percurso de evolução e aprendizagem ao longo dos estágios; evidenciar as competências adquiridas através da descrição das atividades desenvolvidas, analisando de forma crítica o percurso efetuado; servir como instrumento facilitador no processo de avaliação para obter o grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A partir do momento em que se escolhe ser enfermeiro, é assumido um compromisso com as normas, crenças e valores da Enfermagem, apoiando a prática nos alicerces que a identificam, integrando a cultura profissional e o papel social enquanto profissão que nos comprometemos a abraçar.

A prática dos enfermeiros não se resume apenas aos comportamentos relacionados com a ação na prática, emerge de um conjunto de situações que exigem um saber aprofundado sobre a disciplina de Enfermagem, que vai além da solução lógica e racional dos problemas, resultando de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, que se centra na pessoa e nas suas necessidades de cuidados. (Abreu, 2001).

O avanço científico e as novas descobertas tecnológicas verificadas nas últimas décadas, tornam estimuladora a atualização permanente de conhecimentos pelos enfermeiros, justificando o investimento pessoal e profissional de forma a corresponder às expectativas e exigências atuais. Para que o enfermeiro preste cuidados de qualidade e responda com eficácia às necessidades da população, precisa de se dotar de saberes especializados, através do desenvolvimento de competências específicas numa área de atuação.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define Enfermeiro Especialista como: “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para além de prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados, o enfermeiro especialista assume também o papel de supervisor e consultor junto dos demais elementos da equipa, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos e contribuindo de forma consistente na tomada de decisões. Segundo a OE (2011a) estão incluídas nas competências do enfermeiro especialista as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (p.2).

Embora este curso se encontre especialmente dirigido para a assistência de enfermagem avançada à pessoa em estado crítico, visa também o desenvolvimento de competências na assistência ao doente crónico. Como tal, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem na essência do seu cuidar, duas grandes áreas de atuação: a pessoa em situação crítica e a pessoa em situação crónica e paliativa, que partindo de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas nestes âmbitos, permite detetar necessidades de saúde e atuar nos contextos de vida das pessoas, melhorando a sua condição, favorecendo o processo de recuperação e proporcionando ganhos em saúde.

Quando falamos da pessoa com doença crítica ou da pessoa com doença aguda/crónica, temos obrigatoriamente de referir mudanças no estado de saúde, expondo os indivíduos a riscos aumentados de doença, despoletando um processo de transição.

A transição, de acordo com Meleis (2010) “é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (p.25). Engloba tanto as continuidades como as descontinuidades nos processos de vida do Ser Humano e encontra-se invariavelmente relacionada com a mudança e com o desenvolvimento. A transição denota uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais ou capacidades, requerendo que a pessoa incorpore novos conhecimentos para alterar o comportamento, e portanto, a alteração da definição do “eu” no contexto social.

O enfermeiro especialista como cuidador dos utentes e famílias em processo de transição, deve ter em atenção as mudanças e as necessidades que as transições implicam nas suas vidas, preparando-os para as transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com as experiências de saúde e doença daqueles que cuida.

Esta trajetória que é o processo de aprendizagem só é possível a partir dos contextos disponibilizados pelos locais de estágio, revelando-se de extrema riqueza na integração de conhecimentos e interpretações construídas pela reflexão sobre a prática clínica. Benner (2001) partilha da mesma opinião, aludindo que a aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade. Assim, no contexto desta especialização são privilegiados como campos de estágio, os serviços de urgência e as unidades de cuidados intensivos, na medida em que proporcionam momentos de prática experimentada, assentes no pressuposto que as aprendizagens ao longo de experiências reais diversificadas, potencia o desenvolvimento de capacidades e competências específicas na abordagem ao doente crítico.

Este relatório tem também como objetivo confirmar a capacidade do estudante para desenvolver, com rigor, um tema na sua área de especialização (Crespo, 2003). Sendo assim e no que diz respeito ao estágio de opção, escolhi desenvolvê-lo na área do cuidar o doente com ostomia de eliminação intestinal, ainda que integrado nas competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurou ser a resposta a um conjunto de necessidades detetadas, contribuindo para a abordagem particular do doente ostomizado e família.

A par das competências técnicas e científicas associadas à área de especialização, são desenvolvidas competências éticas, comunicacionais e relacionais que promovem não só o saber fazer mas também o saber estar, o saber comunicar e saber agir, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área.

Este curso de Mestrado disponibilizou as ferramentas essenciais à concretização deste processo de aquisição de competências através da realização de três estágios.

Relativamente ao Estágio I, decorreu no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com um total de 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, o Estágio II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do

Hospital Dr. Nélio Mendonça num total de 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 e o Estágio III no Serviço de Cirurgia Colorretal do Hospital Dr. Nélio Mendonça/Consulta de Estomaterapia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil perfazendo 375 horas: 210 horas de contato (198 horas de estágio e 12 de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante, que correspondem a 15 ECTS.

No que remete à opção estrutural, este documento contempla duas partes, que pretendem facilitar a consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A primeira parte deste trabalho inclui uma breve reflexão sobre o percurso na aquisição de competências de enfermeira de cuidados gerais a enfermeira especialista, assim como a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo três campos de estágio, de acordo com as competências comuns e específicas, fundamentando sempre que pertinente com os documentos reguladores da profissão e com a bibliografia referente à área, presente em livros e artigos de referência disponíveis nas bases de dados SciELO, LILLACS, EBSCO, PubMed, RCAAP. A segunda parte refere-se à reflexão sobre as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, articulando-as com as competências específicas e comuns relatadas ao longo do trabalho. No final, concluiu tecendo uma breve análise crítica do percurso efetuado, fundamentado no desenvolvimento pessoal e nas competências profissionais desenvolvidas.

A formatação do presente trabalho segue as normas para elaboração de trabalhos académicos, emanadas pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (Jardim, 2015), tendo sido realizados alguns ajustes relativamente à bibliografia respeitando o atual documento em vigor (Santos, 2017).

1. O CAMINHO PERCORRIDO DE ENFERMEIRA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Para alcançar a excelência da Enfermagem é necessário percorrer um caminho com apenas um sentido, trajeto esse que espelha a constante preocupação dos enfermeiros na busca do saber científico e da atuação profissional de forma a alcançar um elevado patamar de satisfação no doente/família e conseqüentemente impulsionando a qualidade dos cuidados prestados. As crescentes necessidades assistenciais incitam o enfermeiro a adquirir competências que o tornem capaz de responder de forma adequada aos problemas reais da pessoa que cuida, com o intuito de reaver a sua saúde.

Tomando a consciência de que as necessidades dos doentes estão em constante mutação, acompanhadas de alterações no meio ambiente, na vida quotidiana, nos avanços científicos e das contribuições que deles advêm, é imprescindível que o enfermeiro atue como agente transformador da sua prática e do contexto em que se insere (Barbosa, Pirolo, Fernandes, Silva & Pinto, 2010).

A Enfermagem dá especial relevância às aprendizagens, ao acesso ao conhecimento científico e à aquisição de competências, pressupondo a construção de uma aprendizagem ao longo da vida, que atualmente assenta numa mudança do paradigma de ensino aprendizagem como é o Processo de Bolonha. Estamos perante um modelo de ensino e pedagogia centrados no aluno enquanto recetor e transformador do conhecimento, passando de um ensino de conhecimentos aglomerados e sistematizados para um ensino que valoriza o percurso de cada aluno rumo à aquisição de competências.

O conceito de competência tem evoluído ao longo do tempo, não se restringindo apenas ao ambiente de trabalho, mas como uma forma de repensar as interações entre as pessoas, com os seus saberes e capacidades e a organização, no trabalho assistencial e processos relacionais (Ruthes & Cunha, 2008).

Santos (2004) citando Demo (1998), acrescenta ainda que o novo perfil de competência profissional assenta, numa primeira etapa na própria definição de competência, sendo necessário encontrar a capacidade de renovar o dinamismo conhecido, englobando “os desafios do saber pensar, e do aprender a aprender” sendo que seguidamente “o fazer desloca-se para o saber fazer, sobretudo para o constante refazer”.

Desta forma o profissional “não é apenas aquele que executa a sua profissão, mas sobretudo quem sabe pensar e refazer a sua profissão” (p.67).

Por sua vez, as competências e habilidades específicas orientam, de forma direcionada o desempenho prático do profissional, representando o resultado contínuo e progressivo que se espera das ações desenvolvidas no exercício profissional. As pessoas são consideradas competentes quando, com segurança e celeridade conseguem resolver uma situação nova e complexa, mobilizando os conhecimentos apreendidos de maneira eficaz (Santos, 2004).

Na mesma linha de pensamento, Le Boterf (2005) refere que “ser competente passa cada vez mais por ser capaz de gerir situações complexas e instáveis” (p.18). Acrescenta ainda, que as competências se referem a pessoas na sua construção singular e específica, devendo ser mobilizados os seus recursos, assim como os recursos do meio ambiente.

O trabalho do enfermeiro no cuidar o doente crítico é caracterizado por atividades assistenciais e de gestão complexas que exigem competências técnicas e científicas, cuja tomada de decisão está diretamente relacionada com a vida ou morte das pessoas (Camelo, 2012). Daí que os estágios clínicos, como momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, permitem ao aluno desenvolver atitudes, integrar, mobilizar conhecimentos através da interação com situações reais dos contextos diferenciados, sendo os locais indicados para a construção do saber formalizado com a prática (Alarcão & Rua, 2005).

Importa ainda neste âmbito referir o trabalho de Benner (2001) apoiado no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, que preconiza a passagem por cinco níveis distintos: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Estes níveis representam alterações que ocorrem aquando da aquisição de competências, sendo expectável que: haja uma passagem da utilização de regras e princípios abstratos para a valorização das vivências e experiências passadas; a confiança no pensamento analítico dê lugar à confiança na própria intuição; haja uma mudança na capacidade de ver o fenómeno enquanto partes separadas entre si, para conseguir ver o todo na sua complexidade desenvolvendo a perspicácia para destacar os aspetos mais importantes; desenvolva uma posição de observador afastado da situação, para o envolvimento e empenhamento na mesma.

Estes mecanismos de transformação e de crescimento do desempenho remetem para a importância da experiência, já que quando esta cresce, o conhecimento ultrapassa a primazia do saber teórico, passando a ser uma mistura de saberes teórico-práticos.

Posto isto, acredito que, a afirmação das competências de cada enfermeiro, no seu percurso formativo e experiencial, deverá passar pela sua autovalorização como profissional individual e como classe profissional, através da realização de intervenções interdependentes fundamentadas e intervenções autónomas que permitam o reconhecimento de uma área própria de atuação, contribuindo fundamentalmente na melhoria da informação, orientação, prevenção e/ou intervenção junto ao doente e à sua família.

Antes de iniciar esta jornada, e para conseguir traçar os objetivos para a prática clínica, foi crucial a reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011a) são:

- Responsabilidade profissional, ética e moral – inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Melhoria contínua da qualidade – o enfermeiro desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora em programas de melhoria contínua de qualidade e cria/mantém um ambiente seguro;
- Gestão dos cuidados – o enfermeiro especialista gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – o enfermeiro desenvolve o auto conhecimento e a assertividade, e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

A especialização na área Médico-Cirúrgica preconiza cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo sempre em vista a sua recuperação total (OE, 2011b).

O enfermeiro especialista demonstra capacidade de:

- Cuidar da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;
- 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 adequadas.

Dando continuidade a este processo e como protagonista da minha própria aprendizagem, decidi organizar este capítulo, dividindo-o em três subtemas que dizem respeito às unidades curriculares do Ensino Clínico, optando por referenciar as competências específicas em cada estágio, tecendo em cada uma delas o relato das atividades desenvolvidas dando visibilidade ao meu percurso e à aquisição das competências comuns e específicas.

1.1. O cuidar especializado no contexto de Urgência

O estágio no Serviço de Urgência (SU) decorreu no período de 12 de Abril a 22 de Maio de 2016 e foi o primeiro desta longa caminhada, revestindo-se de um sentimento de ansiedade, no início do estágio, pelo desconhecimento da realidade que iria enfrentar, na medida em que são áreas com as quais tenho contato pontual e que são funcionalmente distantes da minha realidade profissional. A observação da forma como se vive nestes serviços, como se atende e cuida das pessoas em fases difíceis das suas vidas, assim como compreender e conhecer as dinâmicas e a organização dos serviços confirma o papel essencial desta prática clínica, sendo uma mais-valia na formação profissional e académica dos enfermeiros.

No SU são exigidos aos enfermeiros a prestação de cuidados imediatos, de forma dinâmica e a um ritmo alucinante, atendendo que a prioridade é a estabilização e recuperação emergente das funções vitais do doente em situação crítica.

Mediante o elencar de todas as atividades desenvolvidas, pude assim experienciar e cuidar de múltiplos doentes com diferentes afeções, tornando-se assim um ensino clínico de muitas e ricas aprendizagens.

A escolha do local de estágio recaiu no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça na medida em que, na Região, representa o serviço de referência nesta área, servindo uma população de 247,399 mil habitantes, a que acresce a população flutuante de cerca de 12 mil turistas/dia (SESARAM, 2011a). Aquando da escolha tive em conta alguns fatores como a proximidade geográfica e o facto de ser um ambiente com características conhecidas por pertencer à mesma instituição onde trabalho.

De acordo com o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto e pela definição das características da rede de SU, relativamente aos níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência, o SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça é, quanto aos níveis de responsabilidade e localização, um Serviço de Urgência Polivalente. É neste contexto, um serviço com um nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e que dá resposta de proximidade à população da sua área.

Sendo um Serviço Polivalente, para além de garantir os recursos referentes aos SU médico-cirúrgicos, pode dar resposta específica às valências específicas, ou seja, tem capacidade para atendimento de todas as situações de urgência/emergência que impliquem a existência de outras valências de especialidades médicas e cirúrgicas, bem como áreas de diagnóstico e terapêutica que permitam a abordagem global da pessoa em situação de emergência.

O SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça encontra-se situado no Andar Técnico desta instituição. À entrada existe um Hall, destinado à transferência de macas e acolhimento dos doentes, com a respetiva identificação e recolha de informações com relevância clínica e onde poderá ser determinada a prioridade clínica de observação. O SU funciona prestando os serviços de primeira linha no caso de uma urgência, fazendo um processo de triagem e prosseguindo para a atuação no problema apresentado, com o objetivo de identificação e resolução do mesmo.

À exceção dos doentes emergentes, com hemorragias evidentes ou queimados, todos os doentes são submetidos à triagem por idades, sendo que até aos 13 anos são encaminhados para o Serviço de Pediatria e os restantes para o Sector de Adultos, vigorando para ambos o Sistema de Triagem de Manchester.

Os doentes referidos anteriormente como exceções devem ser imediatamente admitidos na Sala 0 ou Gabinetes de Atendimento. Todos os outros serão obrigatoriamente observados inicialmente no sector de triagem.

A Sala 0 destina-se a doentes de qualquer idade, em situações de emergência, sendo o seu atendimento prioritário sobre qualquer outro sector. O doente deve permanecer nesta sala apenas o tempo necessário até a sua estabilização, findo o qual deve ser transferido para outros sectores ou serviços de internamento. A articulação com o sector de Imagiologia e o serviço de Patologia Clínica assumem grande importância, na medida em que asseguram a realização dos exames requisitados pelo SU.

Os profissionais do SU comunicam com o Sistema de Assistência Pré-Hospitalar da Região Autónoma da Madeira (RAM) por telefone direto para com o Serviço Regional de Proteção Civil 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 SU possui ainda um plano de catástrofe externa, constituindo-se 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 RAM, conduzindo a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência do Hospital Central do Funchal, que podem esgotar os recursos disponíveis. Esse plano define os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um afluxo maciço de vítimas, garantindo uma eficaz atuação em caso de receção de multi-vítimas, de modo a reduzir a sua morbidade e mortalidade (Gonçalves & Ramos, 2011).

De uma forma genérica, é possível afirmar que o SU cumpre com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde no documento das recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência (DGS, 2007). Contudo é de realçar alguns constrangimentos como necessidade de obras de renovação e as suas áreas exíguas para as necessidades devido à elevada afluência de pessoas e rotatividade de profissionais que nele transitam.

O SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça tem por objetivo a prestação de cuidados de urgência a todo o indivíduo que deles careça, garantindo o melhor atendimento possível, respeitando a diferenciação técnica e celeridade exigidas, privilegiando também a privacidade e o direito à dignidade do doente. Tem por missão assistir a todos os utentes que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência aos doentes em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade, segurança pela sua pessoa e situação de saúde (SESARAM, 2011b).

Rege-se por regulamento próprio, prestando cuidados de saúde urgentes e emergentes segundo o Protocolo de Triagem de prioridades de Manchester e promove uma abordagem multidisciplinar dos cuidados com o contributo de outros profissionais de saúde (SESARAM, 2011b).

A sua atividade é assegurada por uma Equipa Multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos, assegurando 24 horas de cuidados contínuos. A equipa de enfermagem do SU é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas (médico-cirúrgica, saúde mental e psiquiátrica, reabilitação). A distribuição dos turnos é feita pelo enfermeiro chefe, constituindo para tal equipas de trabalho. A equipa é distribuída, ficando dois enfermeiros na Sala de Tratamentos; um a dois enfermeiros na Sala de Recuperação; um enfermeiro na Sala de Pequena Cirurgia; um enfermeiro na Sala de Ortopedia; um enfermeiro na Sala Aberta; dois enfermeiros na Sala de Observação e um enfermeiro na Sala de Cuidados Especiais.

Para cada turno encontram-se destacados três enfermeiros para a Sala 0, que durante o período de estágio foi ativada duas a três vezes por turno. Estes profissionais estão concomitantemente destacados noutros locais do serviço, pelo que quando esta sala é ativada, o seu posto de trabalho fica reduzido a apenas um elemento, aumentando assim o rácio enfermeiro/doente nesse posto.

O método de trabalho instituído no SU assume várias formas consoante o sector. Na Sala de Observação, Sala de Recuperação e Sala de Cuidados Especiais é adotado o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados a prestar a um determinado número de doentes. Baseia-se no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único doente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir (Pinheiro, 1994). Na Sala 0 foi observado o método de trabalho em equipa, uma vez que tem como objetivo reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações para o todo, onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder (Kron & Gray, 1989; Humphris, 1988).

Na sala de tratamentos, foi ainda possível verificar o método de trabalho funcional na medida em que o modo de organização em que se processa o trabalho é por tarefas. Cada enfermeiro responsabiliza-se pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995). Esta situação é perceptível quando executam as intervenções: cateterizar veias periféricas,

preparar e administrar terapêutica, proceder à mudança dos soros ou medicação, algaliar, na medida em que cada um fica responsável por determinada intervenção. No entanto e apesar da utilização deste método de trabalho neste contexto, não foram detetadas lacunas com prejuízo no atendimento e assistência ao doente, tornando-se apenas uma forma mais funcional de trabalhar e de dar resposta às exigências deste sector.

1.1.1. Desenvolvimento das competências comuns e específicas

Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2011b, p.3).

Ao longo do estágio no SU tive oportunidade de lidar com um conjunto de situações, algumas novas do ponto de vista da prática clínica, abordadas no período teórico do curso, que me permitiram realizar a devida correlação entre os conhecimentos adquiridos e a sua aplicação prática. Pude ainda compreender a complexidade da dinâmica e dos cuidados inerentes ao doente no SU e o seu circuito no mesmo. O facto de estar a estagiar num serviço polivalente permitiu-me conhecer e cuidar de doentes acometidos de diferentes patologias e necessidades, realizando o devido diagnóstico dos problemas, planeamento de cuidados, implementação de intervenções e avaliação de resultados. A aplicação do processo de enfermagem no doente urgente/emergente encontra-se assim implícito, sendo uma ferramenta metodológica fundamental que permite à equipa de enfermagem tomar decisões de forma rápida, sincronizada, levando aos resultados pretendidos (Barros et al., 2015).

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

A elevada procura dos SU é uma realidade que, por vezes e apesar do profissionalismo e das características singulares dos enfermeiros, se repercute no aumento

da dificuldade na prestação de cuidados de saúde. O cuidar a pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e/ou de falência orgânica, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica inicia-se muitas vezes ainda no contexto pré-hospitalar e na maior parte das vezes com a entrada do indivíduo no SU, através da Triage. Preconiza-se o reconhecimento de pistas que possam indiciar um determinado problema com menor ou maior gravidade, antevendo a sua deterioração se não for dada resposta célere e adequada (Santos, Freitas & Martins, 2013).

Para a realização de um processo de triagem rigoroso, é necessário que os profissionais que a executam tenham em mente quais os objetivos que regem este sistema. Desta forma o principal objetivo da triagem intra-hospitalar passa pela rápida identificação dos doentes que se encontram em situações que implicam risco eminente de vida.

Qualquer profissional da triagem tem como primeira função utilizar o código de triagem instituído, tendo a noção de que este irá refletir uma necessidade clínica e sem fazer quaisquer suposições sobre o diagnóstico médico (Grupo Português de Triage, 2002). Preconiza-se que a triagem deverá estar completa entre dois a cinco minutos, sendo efetuada por enfermeiros com competências para exercer a função, uma vez que implica recolha de dados, determinação da gravidade e atribuição da disposição adequada indicando o doente para a área adequada (Moreira, 2010).

Aquando da minha participação na triagem de doentes, com supervisão de um enfermeiro, desenvolvi a capacidade de observação e de atuação consoante a situação presente, assumindo o dever de coresponsabilizar-me “pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2015, p.69). A vivência neste contexto permitiu-me compreender que se trata de um processo minucioso e ponderado, em que cada um dos seus passos merece ser refletido, pois tem um valor preponderante na atribuição da prioridade e na qualidade do serviço prestado ao utente.

Este sector do SU exige um nível superior de saber teórico-prático, para que seja possível realizar uma avaliação rápida e eficaz do doente, grande capacidade de organização, dinamismo, agilidade mental, capacidade de escuta e observação que permitam reconhecer rapidamente sinais que possam estar a pôr em risco a vida do doente.

No que concerne à abordagem da pessoa em situação crítica, procedi à observação, colheita e pesquisa de dados, de forma a prever e detetar de forma antecipatória sinais de instabilidade e/ou risco de falência orgânica. A abordagem ao

doente de forma sistematizada seguiu uma sequência que procura a sobrevivência do utente.

Segundo Paiva et al. (2012), as vias verdes são sistemas de resposta rápida que 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, Trauma. Tive oportunidade de verificar ao longo do ensino clínico a eficácia e a mais-valia destas vias verdes, que 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 morbilidade e da mortalidade hospitalar e global.

No que diz respeito ao tratamento do politraumatizado grave e de forma a suprir lacunas na abordagem desta vítima, a Organização Mundial da Saúde (OMS), procedeu à elaboração de recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado. Foram também publicadas as Normas de Boa Prática em Trauma e a Circular Normativa n.º 7 (DQS/DQCO) da DGS acerca da Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, no sentido de organizar a abordagem, atendimento e referenciação destes doentes.

Nos dias de hoje encontra-se aceite pela comunidade científica que, uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados, sendo imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada (DGS, 2010).

A abordagem à vítima deve ser executada de forma sequencial, resultando uma conjugação que respeita o algoritmo ABCDE, presidindo a avaliação da pessoa potencialmente crítica (INEM, 2012). Esta forma de atuação permite que os enfermeiros respondam prontamente de forma a antecipar focos de instabilidade (OE, 2011b).

A atuação na assistência à vítima de trauma é um período de cuidados clínicos minuciosos e exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser horizontal, na medida em que cada elemento da equipa tem objetivos claros e responsabilidades estabelecidas nessa sequência de intervenção, possibilitando uma rápida identificação e correção das anomalias encontradas. (INEM,2012).

Na Sala 0, prestei cuidados diretos e específicos a doentes com instabilidade hemodinâmica, falência respiratória, cardíaca e trauma. Desses casos destaco algumas situações vistas como mais enriquecedoras em termos de aprendizagem, nomeadamente, um acidente de viação onde existiu a oportunidade de aplicar a metodologia do ABCDE na abordagem ao doente. É de salientar que as suas componentes foram abordadas de forma sinérgica e executadas em equipa.

Perante esta situação colaborei na execução de determinadas intervenções como a mobilização/estabilização da vítima, monitorização dos parâmetros vitais, colheita de espécimes para análise, administração de terapêutica e fluídos prescritos. Apesar de se tratarem de atitudes técnicas, que não representavam algo de novo, a celeridade que o contexto de urgência impõe, essa sim, constitui uma experiência nova que levou ao desenvolvimento de competências para a organização de prioridades.

Além disto, surgiram algumas situações em que os doentes se encontravam com sinais e sintomas de dispneia aguda (Edema Agudo do Pulmão), em que participei ativamente procedendo à administração de fármacos e estabilização hemodinâmica dos doentes. Perante estas experiências, procurei manter um raciocínio lógico e coerente na definição das prioridades, nunca deixando de lado o aspeto relacional, tentando desta maneira minimizar as situações de stresse a que os doentes/famílias eram sujeitos. O doente nestes contextos vivencia intensamente uma dualidade entre a saúde e a doença, pelo que o enfermeiro deve gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda (OE, 2011). Informe o doente sobre os procedimentos que iriam ser realizados no sentido de diminuir a ansiedade perante a situação, atendendo ao dever de “informar o indivíduo (...) no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.73).

Ainda no contexto da sala de reanimação, pude confirmar a importância do material e equipamentos estarem nas devidas condições de funcionamento, preparado para ser utilizado, em locais de fácil acesso e com a respetiva identificação. Tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável de equipa nesta atividade, participando na verificação da operacionalidade da sala, contribuindo assim para a gestão do ambiente de atuação no doente crítico, criando um ambiente terapêutico seguro (OE, 2011b).

Proporcionou-se ainda a oportunidade de participar na abordagem a um doente em paragem cardiorrespiratória (PCR). Embora se espere que o doente entre no SU já em PCR, foi possível detetar que na maioria das vezes já se encontrava hospitalizado e o agravamento da situação devia-se ao deteriorar do seu estado geral.

Madeira, Porto, Henriques e Henriques (2011) mencionam que no caso dos doentes hospitalizados, a PCR não é imprevista, nem súbita e 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.70).

Os enfermeiros, de uma forma geral, são os primeiros a presenciar a PCR. Assim, a vigilância bem como uma deteção precoce dos sinais de alerta e rápida atuação torna-se fundamental (Nolan et al., 2010).

Zanini, Nascimento e Barra (2006) realçam a importância da equipa de enfermagem em se manter atualizada e treinada, nomeadamente quanto às manobras executadas, como o suporte básico de vida. Para que seja realizado corretamente o procedimento necessário no atendimento à pessoa em PCR é necessário que os enfermeiros tenham conhecimentos técnicos e científicos atualizados e utilizem os equipamentos necessários.

Esta situação permitiu-me desenvolver a capacidade de intervir perante o doente crítico em PCR, na medida em que integrei a equipa multidisciplinar, adotei uma postura dinâmica e de interajuda facilitando a atuação perante a vítima. Proporcionou-se ainda a exploração, troca de experiências e conhecimentos resultantes desta prática com o enfermeiro chefe de equipa e restantes elementos, através da discussão do caso de forma a promover a uniformização e otimização dos cuidados ao doente em risco eminente de vida.

Atualmente é defendido por entidades e suportado pela evidência científica, que na resposta de uma equipa de profissionais em situações de emergência, poderá ser otimizado o trabalho em equipa desenvolvido, alcançando melhores resultados, sobretudo se for dada a devida relevância a habilidades como a comunicação, liderança e organização (Madeira et al., 2011; Cooper & Cant, 2014).

Faz a gestão da dor e bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
otimizando as respostas

A dor constitui um foco de atenção do exercício profissional dos enfermeiros e no SU não constitui uma exceção. A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p.6).

Na minha passagem pela triagem pude constatar que os doentes apresentam uma grande vulnerabilidade à dor, desde dor abdominal, óssea, articular, neuropática, habitualmente associada à patologia ou situação clínica que os fez recorrer a este serviço.

Caseiro (2008) partilha da mesma opinião, referindo que a dor aguda seja por resultado de acidente (trauma, queimadura), infeção (odontalgia, abscesso), doença súbita (enfarte agudo do miocárdio, litíase renal) ou agudização de doença crónica (dor irruptiva), coloca na maioria das vezes os SU no comando terapêutico.

A OE (2008) define a dor aguda como um tipo de dor de “início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (p.25). Normalmente este tipo de dor é um episódio transitório que avisa a pessoa de que alguma coisa não está bem. Este facto justifica a necessidade de a dor estar integrada em todos os fluxogramas de triagem, justificando a prioridade a atribuir ao utente.

No contexto do doente crítico admitido no SU, embora a atitude primordial incida na estabilização, a dor não deve ser descartada para segundo plano, na medida em que poderá despoletar o agravamento da sua situação clínica. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida evitando complicações (DGS, 2008).

Sendo o controlo da dor, um direito que assiste às pessoas e um dever dos profissionais de saúde, o enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2001, p.11).

A atuação do enfermeiro nos cuidados à pessoa com dor deve recair sobre o diagnóstico precoce, a intervenção e a respetiva documentação dos cuidados, contribuindo

para a melhoria da prática clínica. Para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do doente. A OE (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. A aposta no desenvolvimento da investigação científica na área da dor tem permitido o acesso a medidas e estratégias cada vez mais eficazes na sua abordagem. Contudo, o inadequado controlo da dor continua a ser uma realidade (DGS, 2008).

No SU não foram observados protocolos terapêuticos no combate à dor. Portanto as situações, dependendo da patologia, são identificadas e tratadas com a terapêutica prescrita. No entanto, detetei que por vezes não há prescrição de terapêutica analgésica, cabendo ao enfermeiro, sensibilizar o médico no sentido de uma prescrição para o tratamento da dor. Esta situação, muitas vezes retarda o alívio da dor dos doentes, causando-lhes sofrimento e angústia. Em complementaridade apliquei intervenções autónomas como o posicionamento e aplicação de massagem e a técnica de distração, tendo alcançado resultados positivos.

Pude ainda verificar algumas lacunas na avaliação da dor, que se devem muitas vezes ao contexto de cuidados que prioriza outras vertentes na sua abordagem. A dor como experiência subjetiva encontra assim, dificuldades na sua mensuração objetiva, pelo que em momentos formativos informais incentivei os enfermeiros a incorporarem na sua avaliação as formas de comunicação não-verbal, partindo do princípio que a qualidade da avaliação da dor permite-nos perceber melhor a dor sentida pelo doente. No que respeita aos doentes com limitação cognitiva grave, podem apresentar 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. Posto isto, reconheci como pertinente dar a conhecer a alguns elementos da equipa, uma das escalas de monitorização da dor para doentes com alteração do estado de consciência, que não apresentam resposta verbal, nomeadamente quando sedados e/ou ventilados.

Divulguei a escala comportamental da dor, Behavioral Pain Scale (BPS) como exemplo de escala utilizada para a heteroavaliação da dor. (Pinho, Carneiro & Alves,

2013). Os enfermeiros mostraram interesse na utilização da escala e referiram que seria pertinente inserir a escala no Sistema Alert®, facilitando o registo da monitorização da dor no doente crítico.

Tendo em conta as competências comuns, o enfermeiro especialista “otimiza o processo de cuidados (...) intervém melhorando a formação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (OE, 2010). Como elemento de referência na equipa, deve procurar que os cuidados sejam efetivamente holísticos e que a gestão da dor é realizada de uma forma individualizada, garantindo a melhor assistência ao doente.

Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

Com vista à humanização dos cuidados de enfermagem, “o enfermeiro tem o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p.86).

Para conseguir dar apoio emocional é necessário que se estabeleça uma relação de ajuda, que pode ser entendida como “uma troca verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece um clima de compreensão e fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (Phaneuf, 2005, p. 324).

Abreu (2007) menciona ainda que em contexto clínico é necessário mobilizar não apenas competências técnicas na resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis.

Com a minha passagem pelo SU confirmei que nem todos os doentes que procuram estes serviços necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida, alguns apresentam “doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é a mais benéfica tanto para eles próprios como para a família” (Martins, Agnés & Sapeta, 2012, p.6 citando ANCP, 2006). Apesar de se tratar de um contexto de prestação de cuidados a doentes em situação crítica, o doente crónico/paliativo está fortemente presente, sendo por vezes notório um limiar ténue entre a vida e a morte quer do doente crítico, quer do doente paliativo.

Tendo em conta as mudanças demográficas que assistimos atualmente na nossa sociedade, impõe-se um novo desafio aos profissionais dos SU.

De acordo com Martins, Agnés e Sapeta, (2012)

Deixam-se de realizar atos heroicos de “salvamento de vidas” para se passar a atuar de forma mais simples e menos tecnicista, mas também mais humana. A pessoa deixa de ser vista apenas como um mecanismo que falha para passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal (p.6).

A OMS definiu os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias como doença grave ou incurável, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (Norton, 2011).

Os cuidados paliativos carecem de trabalho em equipa interdisciplinar, podendo colidir com o contexto urgente, limitando a intervenção do enfermeiro. Assim, o cuidar destes doentes é também dos SU, sendo o enfermeiro o elemento de ligação na equipa interdisciplinar e o profissional mais próximo do doente e família. Pelas características das suas funções, o enfermeiro representa o elemento chave na prestação destes cuidados (Martins et al., 2012). Já Sapeta em 2011 refere que são os enfermeiros que permanecem mais tempo junto do doente, têm uma maior proximidade e disponibilidade para responder às necessidades dos doentes em fim de vida.

A filosofia dos SU, com uma forma “emergente” de cuidar, apresentam um modelo organizacional e barreiras arquitetónicas, que se revelam limitantes na comunicação e relação de ajuda quando se pretende cuidar da melhor forma este doente/família.

Destaco uma situação particular de uma utente da qual cuidei. Tratava-se de uma senhora portadora de uma neoplasia do pulmão, que recorreu ao SU acompanhada pela filha e uma amiga, apresentando agravamento dos sintomas (dispneia e vómitos) e que segundo informação da médica estava numa fase terminal da doença. Apesar da dualidade de realidades e a descontextualização, que pode ser prestar cuidados ao doente paliativo em contexto de urgência, procurei garantir o conforto através do controlo de sintomas e o apoio aos familiares da doente em fim de vida. O respeito pelo doente terminal é um dever do enfermeiro que se encontra previsto no código deontológico, em que o enfermeiro assume o dever de “defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar

as manifestações de perda que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (OE, 2015, p.85).

Saliento que a assistência aos familiares perante esta situação e quando não existe uma relação prévia com o doente, torna-se um desafio na medida em que, cabe a nós enfermeiros a transmissão dos objetivos dos cuidados nesta fase da vida, mesmo quando os familiares estão informados sobre o estado avançado da doença. Providenciei um espaço mais reservado da sala, de forma a proporcionar a “privacidade possível” naquele contexto, favoreci o processo de luto permitindo a presença dos familiares, estabeleci escuta ativa promovendo o expressar de emoções e mostrei disponibilidade mesmo num contexto em que por vezes isso parece estar comprometido. A relação terapêutica estabelecida com o doente/família numa etapa em que a intervenção não é de cariz curativo, mostra-se um desafio do ponto de vista paliativo e acarreta uma grande carga emocional relativamente ao momento presente, pela sensação de querer proporcionar o melhor e pelo futuro, nas incertezas que a própria condição impõe.

O contexto e modelo de organização do SU não deve ser responsável ou modelar as atitudes dos enfermeiros, na medida em que estas são também o resultado das vivências individuais e conhecimento adquirido, revelando-se como elementares na forma como o enfermeiro cuida a pessoa em fim de vida (Martins et al., 2012).

Realço que neste sentido seria positiva a implementação de uma equipa consultora/assessora de cuidados paliativos ou um enfermeiro com formação em cuidados paliativos que cuide destes doentes e famílias e/ou apoie os outros profissionais.

Após este estágio e refletindo em tudo o que vivi neste âmbito, seria vantajoso que o sistema de triagem do SU fizesse a identificação destes doentes, bem como o investimento no treino de competências de comunicação e de resolução de conflitos, deveriam ser grandes apostas como áreas estratégicas de intervenção, trazendo mais-valias fundamentais para a abordagem do doente/família em fim de vida no contexto de urgência.

Cuidar com dignidade é transversal a qualquer que seja a área de especialidade de cuidados, sendo um dos objetivos primordiais do enfermeiro especialista. Tendo em conta a deontologia profissional, não descurando os valores humanos e o direito à vida, o respeito pelo doente terminal deve estar sempre presente independentemente do contexto de cuidados, devendo ser sempre assumido pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pelas competências acrescidas na abordagem à pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2015).

Gere a comunicação interpessoal que fomenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

A comunicação deverá ser uma condição sempre presente no exercício da profissão, uma vez que dela dependerá a forma como interagimos com o outro, “o modo como utilizamos o nosso olhar, o nosso toque, como nos movimentamos, como gesticulamos e empregamos as potencialidades mímicas, as distâncias físicas de relação interpessoal, o modo como empregamos o silêncio quando necessário para escutar outra pessoa.” (Pereira, 2008, p.61).

A comunicação na área da saúde assenta como instrumento indispensável na relação enfermeiro/doente/família, dando “acessibilidade ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança” (Pereira, 2008, p.37). Quando estabelecida entre um profissional de saúde e um doente proporciona a relação terapêutica, considerada como a essência da profissão de enfermagem.

Hesbeen (2004) revela que a essência da profissão de enfermagem é ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que esta se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo.

Com a entrada do doente no SU e tendo por base a filosofia e priorização dos cuidados, o utente corre o risco de ser padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social e afastado da família, pelo que é de extrema relevância que a comunicação seja adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional, às representações e crenças de saúde de cada pessoa.

Reporto uma situação de um doente que deu entrada na Sala de Cuidados Especiais, acompanhado pelo filho, com o diagnóstico de Edema Agudo do Pulmão com necessidade de Ventilação Não Invasiva (BiPAP). A situação revelou-se repleta de ansiedade, tanto por parte do doente como pelo filho, que exibia um discurso de culpabilização devido ao agravamento do estado de saúde do pai, tendo referido que os sintomas perduravam há quase um dia, mas não os tinha valorizado devidamente. Perante uma situação de alta complexidade do estado de saúde do doente/família, torna-se fundamental estabelecer uma comunicação direcionada para a pessoa com quem

interagimos, de modo a responder às necessidades expressas ou percebidas, criando um clima de confiança, escuta, sabendo respeitar a individualidade da pessoa, tendo em conta que pertence a uma família que pode apresentar-se vulnerável perante estas situações (Pereira, 2008).

O enfermeiro tem o dever de, “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.83). No entanto há que ter em conta que a informação só deve ser “partilhada de acordo com a vontade expressa do doente” e justifica-se para que a família possa “agir no interesse deste, sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação que deve ser preservada” (OE, 2005, p.178).

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

A pertinência da comunicação no desenvolvimento da relação de ajuda através da utilização de estratégias como, a disponibilidade, a escuta, o toque, são fundamentais quando se quer prestar cuidados humanizados e realmente efetivos.

Sendo assim, fiz o acolhimento do doente e familiar no ambiente de cuidados, estabelecendo uma relação de empatia e confiança, procurando ser assertiva/congruente no que diz respeito à minha linguagem verbal e não-verbal de modo a favorecer a relação interpessoal. Organizei a minha estratégia de intervenção centrada nas necessidades do utente, estando presente, informando-o sobre os procedimentos de enfermagem e esclarecendo as suas dúvidas, e do familiar, prestando apoio emocional, procurando desviar o foco da culpa que sentia.

Na minha ótica, esta é uma das competências mais difíceis de exprimir, uma vez que a gestão da comunicação depende muito da situação, apresentando múltiplos fatores condicionantes (idade, situação clínica, grau de entendimento da situação que vivencia, capacidade de perceção, fase de aceitação da doença, esperança e visão do futuro) pelo que considero, que no seio de uma equipa de enfermagem, a comunicação perante situações complexas deve ser estabelecida por um profissional diferenciado e especializado, que através da sua capacidade de comunicação contribua para um acompanhamento efetivo.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação

Embora as catástrofes sejam fenómenos imprevisíveis no espaço temporal, são, no entanto, preditíveis pelo cálculo de riscos, análise de vulnerabilidades, investigação de ocorrências passadas, no sentido de orientar a prevenção e dirigir a articulação das várias entidades responsáveis pela proteção dos cidadãos (Bandeira, 2008). Face a estas situações, o enfermeiro assume o dever deontológico de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de intervenção” (OE, 2015, p.50).

A OE (2011b) esclarece que a emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

O Serviço de Emergência Médica Regional é o organismo da Proteção Civil na Madeira (equivalente ao INEM a nível nacional), responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica. Em matéria de proteção civil, deve orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou de catástrofe: coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias, referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados; executa a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referenciação para as entidades adequadas; assegura um sistema de registo de vítimas desde o Teatro de Operações até às unidades de saúde de destino (INEM, 2012).

Para o desenvolvimento desta competência foi de extrema importância, o simulacro de um caso de emergência pré-hospitalar, desenvolvido na unidade curricular de urgência e emergência, na qual pude participar como um dos elementos de triagem das vítimas.

Os conhecimentos adquiridos e a prática experimental permitiram perceber como se organiza uma resposta em situação de emergência e catástrofe (articulação entre as diferentes Entidades), conhecendo alguns dos planos existentes que emergem na política de

segurança que modera o risco. Durante o período de estágio no SU, não ocorreu nenhuma situação de catástrofe ou acidente multi-vítima, contudo, tive oportunidade de consultar o plano de emergência interna e o plano de emergência de origem externa.

O plano de emergência interna do SESARAM (2008) é constituído pelo plano de prevenção contra incêndios e plano de emergência e evacuação. Este estabelece uma cadeia hierárquica na direção e coordenação das ações e define os mecanismos de articulação a promover pelas entidades internas e órgãos internos, garantindo que o conjunto de esforços seja o mais convergente, com melhores resultados no mais curto espaço de tempo. O plano prevenção contra incêndios, tem como objetivo fazer face aos riscos previstos, em particular os de incêndio nas instalações hospitalares, a proteção da vida humana, do ambiente, do património histórico e cultural e dos meios essenciais à continuidade dos cuidados. O plano de emergência externa, pretende assegurar a criação das condições favoráveis à rápida coordenação, não só de todos os meios e recursos disponíveis, no hospital, aquando da ocorrência, como também dos meios de reforço que possam ser recrutados, de forma a reduzir a mortalidade e morbidade das vítimas que recorrem ao hospital.

São definidos três grandes grupos de riscos que podem levar à ativação do plano: riscos de origem natural (sismos, derrocadas, fenómenos meteorológicos); riscos de origem tecnológica e riscos originados no comportamento humano. O plano de emergência externa é ativado sempre que o hospital é solicitado para dar assistência a um grande afluxo de vítimas de uma situação anormal decorrida fora do ambiente hospitalar. O enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica pela competência acrescida “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, deve inculcar na equipa a importância de conhecer e saber atuar perante estas situações, disponibilizando assessoria aos enfermeiros e colaborando na tomada de decisão implícita nestes cenários, minimizando os danos e eventuais falhas (OE, 2011b, p.7).

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

Esta competência tem como principal objetivo, que o enfermeiro especialista possa responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de intervenção, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. As Infeções Associadas aos Cuidados De Saúde (IACS) são consideradas infeções adquiridas pelos utentes em consequência de cuidados e procedimentos prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas atividades em contexto profissional (DGS, 2008).

No SU, a prevenção da infeção, pode por vezes ser colocada em segundo plano, na medida em que a prioridade que se impõe é o cuidar a pessoa em situação de doença grave e súbita, garantindo a sua sobrevivência. Perante este tipo de situações nem sempre é possível obedecer a práticas sistemáticas, podendo ocorrer o não cumprimento na íntegra das normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente, levando muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares (Rocha, 2001).

Contudo a prevenção da infeção deve ser assumida com o intuito de não agravar o estado de saúde, uma que vez que se encontra deficitário, e tendo em conta vulnerabilidade apresentada pelo doente. Estudos internacionais revelam que sensivelmente um terço das IACS é evitável, através da adoção de medidas de segurança e controlo de infeção adequados (DGS, 2009).

Durante a minha prática neste contexto, sobretudo na prestação direta de cuidados, apliquei as precauções básicas e específicas necessárias para a prevenção e controlo de infeção, adequando-as ao tipo de cuidado pretendido.

Atendendo que o enfermeiro especialista “concebe, gere e colabora (...) na melhoria contínua da qualidade”, identificando oportunidades de melhoria, pareceu-me importante incentivar o aumento da excelência dos cuidados criando uma política de educação contínua a fim de motivar, capacitar e transmitir conhecimentos, reforçando a adoção de iniciativas que contribuíssem para mudar a atitude perante a prevenção das IACS (OE, 2011a, p.6). Alertei convenientemente e durante a prestação de cuidados para

algumas estratégias a adotar na prevenção das IACS, nomeadamente através do uso adequado do equipamento de proteção individual e incentivo à correta higienização das mãos dos profissionais na Sala de Observação e em outros locais onde permanecem doentes.

A DGS (2009) propõe para a higiene das mãos a solução alcoólica, devendo estar facilmente acessível ao profissional de saúde, preferencialmente no local de cuidados, sem que o mesmo necessite sair da zona de atendimento/tratamento. Isto permite cumprir de forma rápida e fácil, os cinco momentos da higiene das mãos (antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após contato com o doente; após o contacto com ambiente envolvente do doente). 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.

No campo da competência comum “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”, orientei os assistentes operacionais para a reposição das soluções de base alcoólica, supervisionando essa tarefa (OE, 2011a, p.8).

A adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies. Tendo em conta a minha responsabilidade na prevenção da infeção cruzada, supervisionei a 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.

1.2. O cuidar especializado no contexto de Cuidados Intensivos

O estágio de cuidados intensivos correspondeu ao segundo módulo de prática, tendo decorrido no período de 8 de Junho a 7 de Julho de 2016 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça (UCIP).

A UCIP é dotada de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, que tem a missão de prestar cuidados de saúde médicos e de enfermagem diferenciados ao

doente adulto crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com elevados níveis de qualidade e eficiência garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. No que respeita a atividade assistencial interna, acolhe cerca de 500 doentes por ano (SESARAM, s.d.).

É uma das unidades pilar do hospital na medida que recebe doentes que carecem de suporte vital de órgãos em contextos multifactoriais e multi-patológicos. O internamento em Cuidados Intensivos é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si (DGS, 2003)

A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) em três níveis de cuidados, sendo a classificação adotada pela Direção-Geral da Saúde no nosso país. A UCIP do Serviço Regional de Saúde é identificada como uma unidade de nível três, traduzindo-se em unidades que possuem equipas próprias (enfermagem e médica), com assistência de um médico intensivista nas 24 horas, detendo equipamentos de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Estas unidades são polivalentes, pois são capazes de assegurar, com colaboração, os cuidados integrais ao doente que se encontra internado. Está prevista para a otimização da assistência ao doente a articulação com outros serviços hospitalares como é o caso do Laboratório, Banco de Sangue, Bloco Operatório, Hemodinâmica, Farmácia, Imagiologia, entre outros.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas (médico-cirúrgica, reabilitação, saúde mental, saúde comunitária). É de realçar a mais-valia de ter profissionais de várias áreas de especialidade, na medida em que cada qual com as suas competências específicas e em conjunto, através das competências comuns, enriquecem a resposta do serviço, possibilitando um cuidar mais holístico ao doente e família que passa por esta unidade.

É utilizado o método de trabalho por enfermeiro responsável ou de referência, tendo como foco de enfermagem o cliente, pretendendo-se que este receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participe tão ativamente, quanto possível (Pinheiro, 1994).

O doente fica a cargo de um único enfermeiro qualificado e sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta, com a colaboração dos enfermeiros associados nos períodos em que se encontra ausente.

É de realçar que o enfermeiro de cuidados intensivos, na medida em que exerce um papel determinante na recuperação e manutenção do doente em risco de vida, necessita de um elenco de conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como, um saber alargado para a abordagem à vertente humana.

1.2.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas

Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p.1).

Dada à especificidade da UCI, os primeiros dias de contacto com o serviço destinaram-se ao reconhecimento de toda a estrutura e dinâmica do mesmo, visto estar perante uma realidade por mim desconhecida. Senti necessidade de desenvolver a minha capacidade de observação, planeamento e reflexão de forma a dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem de um doente em estado crítico. Consultei os protocolos e as normas implementadas na unidade de forma a sentir segurança na prestação de cuidados e contribuir no processo de recuperação do doente crítico.

Admitindo-se uma integração progressiva, gradual e responsável, comecei por colaborar nos cuidados mais diferenciados com a supervisão do enfermeiro tutor, até alcançar a autonomia no cuidar do doente que me era atribuído.

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

Durante o período de estágio tive oportunidade de cuidar de doentes com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), que é um método de suporte, não curativo, utilizado em doentes com alterações da função respiratória, incapacitados para a realização das trocas gasosas e fornecimento de oxigénio para a perfusão tecidual e ocorrência das reações celulares (Melo et al., 2014). Apliquei conhecimentos e desenvolvi competências 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 oxigénio 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).

No que diz respeito aos doentes sedados e/ou com bloqueio neuromuscular foram assegurados os cuidados oculares através da aplicação de cloreto de sódio, como medida preventiva da úlcera da córnea. A prevenção precoce torna-se importante, uma vez que o risco desta complicação aumenta ao fim de um período máximo de uma semana, sendo uma lesão que pode deixar como sequela o leucoma (Alvarenga, Ercole, Botoni, Oliveira & Chianca, 2011).

O enfermeiro, para garantir a excelência dos cuidados “maximiza o bem-estar dos clientes e complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2001, p.13). Foram planeados e realizados posicionamentos em cada turno, adotando diferentes decúbitos conforme a tolerância do doente, facilitando a expansão pulmonar, permitindo uma melhor mobilização das secreções, prevenindo complicações decorrentes da imobilidade e promovendo o conforto do doente. (Santos, Oliveira & Silveira, 2010).

Os posicionamentos assumem-se também como um momento privilegiado para a vigilância da pele e como medida preventiva das úlceras de pressão. Em algumas situações presenciei, aquando os posicionamentos, alterações nos parâmetros vitais e ventilatórios do doente, pelo que nestes casos a mudança de decúbito tornou-se contra-indicada, pelo potencial agravamento do seu estado. Nesses casos optou-se pela massagem de conforto até a estabilidade do mesmo.

A monitorização invasiva frequente nas UCI, é um fator de primordial importância, assim como um instrumento fundamental na avaliação das principais funções circulatórias, possibilitando a antecipação e deterioração do estado hemodinâmico (Melo et al., 2014). O cuidar de um doente com este tipo de monitorização requer uma atenção redobrada do enfermeiro, que é o responsável por interpretar a credibilidade dos dados apresentados no monitor (Azeredo & Oliveira, 2013). A constante vigilância destes parâmetros em complementaridade com a observação do doente e os dados obtidos através da gasometria permitiram avaliar a eficácia da resposta do doente aos tratamentos

terapêuticos implementados, possibilitando a tomada de decisões fundamentadas de forma a otimizar os resultados.

Ainda no que diz respeito à circulação, tive em atenção o controlo da hemorragia através da administração de soroterapia, fármacos e derivados de sangue para reposição volémica, vigiando e controlando hemorragias externas visíveis, arrefecendo o doente com vigilância, reavaliando o estado neurológico através da avaliação da escala de coma de Glasgow, avaliação das pupilas e promovendo a exposição com controlo da temperatura atendendo à privacidade do doente.

Segundo o Código Deontológico, o enfermeiro, deve “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015, p.83).

Na UCI é notório que a equipa se encontra sensibilizada para estas situações, no entanto, é de reconhecer a dificuldade que se vive de forma a garantir a privacidade pretendida, uma vez que os doentes se encontram numa unidade aberta, composta por várias unidades individuais. Durante as minhas intervenções, tentei minimizar a exposição do doente através da redução das áreas expostas e recorrendo aos biombos disponíveis. Posso ainda salientar que nos momentos de visita, houve sempre a preocupação e disponibilidade para receber os familiares de cada doente, encaminhando-os à respetiva unidade. Esta atitude preservou mais uma vez a privacidade impedindo que os familiares percorressem várias unidades até ir ao encontro do seu familiar.

Considerando a complexidade das situações que envolvem o doente crítico, o transporte intra-hospitalar é justificado pela necessidade de possibilitar um nível de assistência superior, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica. A decisão de transportar um doente crítico é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos, sendo obrigatório o cumprimento da premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem (Nunes, 2006).

De acordo com o REPE (2015), devido à instabilidade destes doentes, o enfermeiro, face às suas competências, assume um papel fundamental, demonstrando 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) comungam da mesma ideia, realçando que o transporte dos doentes em situação crítica

envolve sempre alguns riscos e é um processo complexo que pode resultar, frequentemente, em alguma deterioração do estado do doente. Porém, Lazear (2011) refere que quando prestados os cuidados de enfermagem adequados, antes e durante o transporte, podem ser minimizados, ou mesmo eliminados esses efeitos nocivos.

O enfermeiro especialista desempenha um papel de extrema importância e responsabilidade nesta área, no que respeita à previsão de possíveis complicações que possam ocorrer, garantindo a segurança do doente. Bérubé et al. (2012) acrescenta que é essencial refletir sobre as estratégias utilizadas de forma a antecipar problemas e a planear mais eficazmente futuros transportes reduzindo incidentes.

No contexto de estágio tive a oportunidade de acompanhar um doente neurocrítico da UCIP até o Serviço de Imagiologia para realização de TAC crânio-encefálica. Aquando do transporte da pessoa em estado crítico, fui capaz de demonstrar conhecimentos acerca dos problemas e riscos reais e potenciais, revelando níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, garantindo a segurança do doente e da equipa, através do correto posicionamento do doente (contribuindo para a manutenção da Pressão Intracraniana), providenciando os recursos materiais em termos de monitorização contínua da Pressão Intracraniana, Frequência Respiratória, oximetria de pulso, Frequência Cardíaca, Pressão Arterial invasiva e a Pressão da via aérea (uma vez que o doente estava ventilado), infusão de terapêutica, bem como pela confirmação da presença do insuflador manual e da mala de transporte.

Na UCIP o acompanhamento do transporte do doente crítico é efetuado por um médico e um enfermeiro experiente, o que vai de encontro ao preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no Guia de Transporte de Doentes Críticos, que considera que tanto o médico como o enfermeiro devem ter experiência em reanimação, o que pressupõe competências nas áreas de permeabilização da via aérea, ventilação e hemodinâmica, assim como no manuseamento do equipamento a utilizar (Nunes, 2009).

Perante as experiências vivenciadas no contexto de cuidados intensivos, houve a necessidade de refletir sobre as implicações éticas e as questões que se colocaram durante a prática clínica, segundo uma perspetiva profissional avançada.

Sendo assim e pela impossibilidade de na maioria das vezes, pôr em prática o consentimento informado ou livre e esclarecido (OE, 2005), na medida em que o doente não conseguia expressar a sua vontade fosse por doença ou situação grave, prevaleceu a decisão do 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. Nestes casos específicos, salvaguardando o doente e tendo em conta a promoção da vida, foi evocado o consentimento presumido, intervindo no respeito pela vontade presumida do doente, de acordo com o princípio da beneficência e da não maleficência, com o objetivo de cuidar em benefício do doente, aliviando e evitando o mal e o dano, na base de que os cuidados necessários eram prestados para a manutenção da vida.

O Estudo de Caso desenvolvido neste estágio II, não pode deixar de ser referido, como o resultado da pesquisa, das experiências práticas, assimilação de conhecimentos, reflexão dos conteúdos e concomitantemente pela importância na aplicação do processo de enfermagem fundamentado, tendo como fio condutor o referencial teórico, modelo conceitual de Nancy Roper. Este trabalho foi elaborado seguindo a metodologia do Processo de Enfermagem, que corresponde à base científica que sustenta as ações de enfermagem, sendo considerada uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto dos doentes. A sua implementação torna-se vantajosa, uma vez que, sistematiza a colheita de dados, subsidia o levantamento dos problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem, bem como a avaliação da sua eficácia. Na UCI é utilizada a CIPE, que sendo uma linguagem codificada, visa facilitar a comunicação entre enfermeiros e desenvolver os meios de avaliação das intervenções realizadas (Almeida, 2011).

O modelo de Nancy Roper para além de ser o adotado pela instituição onde decorreram os estágios adapta-se às áreas de intervenção do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica. O modelo tem vários componentes sendo um deles as atividades de vida respeitando o *continuum* de dependência/independência. É de realçar que nas atividades de vida é referenciado a necessidade de manter o ambiente seguro, pelo que a intervenção na área da prevenção e controlo de infeção concede a atenção e perspectiva de manter um ambiente seguro para o doente. No contexto da UCIP, os indivíduos estão expostos a riscos ambientais que ameaçam a sua saúde, como é exemplo o risco de infeção.

Desta forma torna-se crucial que o enfermeiro reconheça qualquer problema real ou potencial relacionado com esta atividade de vida devendo manter um ambiente seguro (Tomey & Alligood, 2004).

Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista na sua *praxis* diária deve fundamentar a sua atuação, apoiando a sua prática na evidência, de forma a prestar cuidados de enfermagem seguros e eficazes (OE, 2010). A Boa Prática “advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos utentes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos” (OE, 2009, p.8).

Durante o decurso do estágio na UCIP, implementei os protocolos terapêuticos instituídos na unidade, sendo possível verificar a autonomia do enfermeiro na gestão da terapêutica do doente, nomeadamente na gestão da sedação e analgesia, especialmente aquando da prestação cuidados diretos ao doente, passíveis de serem dolorosos como a mobilização, posicionamentos, a aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros procedimentos. Tive oportunidade de pôr em prática o protocolo da insulino-terapia, noradrenalina, reposição de potássio sérico, nutrição entérica, entre outros, avaliando, vigiando complicações e adequando-o mediante a resposta do doente.

A nutrição entérica é iniciada idealmente nas primeiras 24 horas de admissão na UCIP, o que vai de encontro à evidência científica nesta área. Esta, quando comparada com a via parentérica, apresenta menor risco de complicações infecciosas, na medida em que preserva a integridade da barreira intestinal, sendo importante na prevenção da atrofia da mucosa, na redução da incidência de complicações sépticas e na prevenção da translocação bacteriana. É atualmente considerado o método recomendado para administração do suporte nutricional em doentes críticos (Miranda, 2013).

No que respeita ao protocolo de sedação e analgesia 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, Stacy & Lough, 2008). De acordo com Teixeira e Durão (2016) citando Skrobik (2008), os sedativos e o *delirium* dificultam a manifestação de dor pelo doente, pelo que é importante tratar primeiro a dor e depois titular a sedação. Só após estes passos fundamentais é que se impõe a avaliação da existência do *delirium* (que pode ser confundido com presença de dor ou sedação insuficiente).

Pinto (2011) escreve a propósito que devem ser contemplados planos de avaliação objetivos baseados em escalas validadas para o efeito pois, a aplicação de planos terapêuticos inadequados pode resultar em estados de sub-dosagem, sobre-dosagem ou induzir/exacerbar outros sintomas.

Outra situação na qual desenvolvi competências foi relativamente à pessoa em risco de instabilidade com suporte de Aminas Vasoativas em perfusão; para além de exigir uma vigilância apertada da monitorização hemodinâmica, é necessário estar atento à preparação prévia desta terapêutica antes do seu término, no sentido de que dada a instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica, a interrupção repentina da medicação, mesmo que por curtos momentos pode levar a repercussões danosas no estado hemodinâmico do doente.

Foi ainda possível acompanhar um doente no processo gradual de desmame ventilatório, que atendendo à sua resposta e condição clínica, retomou com sucesso à respiração espontânea, embora ainda com suporte de oxigénio com FiO₂ a 50%. Para que se iniciasse o desmame ventilatório em segurança, foi tido em conta o controlo da causa determinante da ventilação mecânica, a avaliação dos fatores fisiológicos, como o sistema cardiovascular, mecânica respiratória (estímulo respiratório presente, tosse e mobilização de secreções eficaz), estabilidade hemodinâmica, o equilíbrio ácido-base, hídrico e eletrolítico, nutrição adequada e reserva adequada, fatores emocionais, como o medo, a ansiedade e a capacidade de colaborar, sendo constantemente reavaliados, assegurando assim o sucesso do procedimento, tal como preconizam Silva e Lage (2010).

Pela complexidade dos doentes internados e pela panóplia de protocolos complexos implementados, na UCIP 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 *score* resultante da avaliação reflete a carga de trabalho da equipa de enfermagem sendo considerado uma ferramenta de gestão com grande utilidade na prática clínica. A classificação de doentes permite também fazer a previsão de recursos humanos e materiais com o intuito da melhoria dos cuidados prestados, tornando possível obter o número adequado e ideal de enfermeiros que assegure a qualidade e adequação do custo/benefício (Santos, Chianca & Werli, 2010).

Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica,
otimizando as respostas

A dor no doente crítico é um problema que merece especial atenção, pois, tal como anteriormente referido, constitui um agente stressor *major* com impacto no estado geral do indivíduo. Faz parte dos objetivos da equipa de cuidados intensivos, não só a preservação da estabilidade hemodinâmica, como também assegurar o controlo da dor no doente crítico. Uma gestão deficitária da dor no doente crítico dificulta a sua cooperação, atrasa a mobilização precoce, desmame ventilatório e por sua vez a alta da UCI (Ferreira et al., 2014).

De acordo com Doran (2010), apesar de a dor ser cada vez mais divulgada, dos avanços progressivos na compreensão dos mecanismos da dor por parte dos profissionais de saúde, da evolução constante das alternativas de tratamento e estratégias para o seu controlo, os doentes continuam a reportar o alívio inadequado da dor. No estudo de Chanques et al. (2007), aproximadamente 75% dos doentes reportaram dor severa durante o seu internamento em UCI, porém 80% dos seus cuidadores consideraram que a analgesia aplicada foi adequada.

Segundo Faustino (2014) “os doentes internados em UCI apresentam muitas vezes dor, mesmo em repouso. Este facto tem sido verificado tanto nos doentes no pós-operatório ou pós-trauma, como nos doentes internados por causa médica” (p.18). Daí a importância de se contemplar a avaliação da dor, de modo a instituir um tratamento precoce e adequado ao doente em causa.

A implementação de escalas de avaliação da dor em UCI melhoram os *outcomes* clínicos, devendo o nível de dor ser considerado o “*gold standard*” para a resposta à analgesia (Arbour, Gélinas & Michaud, 2011; Pinho, Carneiro & Alves, 2013).

Na UCIP, a avaliação da dor encontra-se protocolada e no caso do doente sedado/ventilado, é executada recorrendo à BPS, sendo considerada uma das escalas de monitorização de dor com maior aplicação e validade em doentes críticos incapazes de autoavaliação e nos quais as funções motoras estão intactas (Ferreira et al., 2014).

No estudo de Pinho et al. (2013), 53,5 % dos enfermeiros escolheram a BPS como a escala preferencial a utilizar na avaliação da dor do doente crítico, sendo considerado um indicador do estado clínico do doente e da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que apresenta benefícios reais para o doente, para o enfermeiro e instituição. A BPS foi

ainda descrita como uma ferramenta útil, fidedigna, simples, objetiva e discriminatória na avaliação da dor nos 3 momentos.

Com a experiência adquirida neste contexto, foi ainda possível compreender os indicadores a ter em conta na avaliação comportamental 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 vasoconstricção periférica. Na revisão de literatura de Teixeira e Durão (2016) são ainda citados como indicadores de dor, a variação do diâmetro pupilar, a elevação de 1 valor no score da BPS, a assincronia do doente com o ventilador, a inquietude, os movimentos do corpo e a expressão facial.

A dor no contexto de cuidados intensivos apresenta uma alta prevalência, encontrando-se maioritariamente associada aos procedimentos invasivos e não invasivos a que o doente está sujeito (nomeadamente manipulação e remoção de tubos, tratamento de feridas), sendo aconselhada a implementação de analgesia preventiva (Teixeira & Durão, 2016). A implementação de *guidelines* de orientação e terapêutica torna-se um desafio uma vez a analgesia pode ser definida para o alívio ou supressão da dor.

Para Ferreira et al. (2014), “o tratamento preemptivo da dor em UCI pode prevenir o desenvolvimento de sensibilização central e conseqüentemente de dor crónica”. Uma vez que a prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, foi possível observar na UCI, que a equipa concebia, antecipadamente, um plano terapêutico adaptado ao doente, com objetivos definidos no tempo, que por vezes pela sua ineficácia era reajustado.

Macintyre, Shug, Scott, Visser e Walker (2010) referem que no estudo de Robinson et al (2008), foi verificado que a utilização de um protocolo formal de analgesia/sedação diminuiu a necessidade de ventilação prolongada e conseqüentemente da duração do internamento na UCI, reduzindo também a dosagem de sedativos necessária. A OMS sugere ainda a adequação de analgésicos em função dos resultados obtidos na avaliação da dor.

Durante a prestação de cuidados foi perceptível que a terapêutica analgésica com opióides constitui a principal modalidade, estando recomendada há décadas pela OMS no alívio da dor, pelos amplos benefícios relacionados ao seu controlo (Acedo, 2014).

O enfermeiro, pela competência e responsabilidade na administração da terapêutica farmacológica, deve estar atento aos efeitos secundários associados aos

opióides, podendo estes ser: respiratórios (depressão respiratória, efeito antitússico), hemodinâmicos (hipotensão arterial, bradicardia), centrais (miose, alucinações), gastrointestinais (obstipação, náuseas, vômitos, cólica biliar), neuromusculares (rigidez), geniturinários (retenção urinária) ou secundários à libertação de histamina (prurido, hipotensão) (Vilela & Ferreira, 2006). Importa referir que na UCIP são implementados protocolos terapêuticos preventivos aos efeitos secundários desta medicação, nomeadamente a instituição de laxantes osmóticos na prevenção da obstipação.

O tratamento da dor na UCIP não passa apenas pela terapêutica farmacológica, a intervenção é muito 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, a estabilização de fraturas, 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. Quer através do rigor na mensuração da dor, na administração atempada da analgesia ou até mesmo dedicando mais atenção aos sinais psicofisiológicos e comportamentais da dor, fará com certeza toda a diferença na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

Assiste a pessoa e a 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

Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

Para dar a conhecer o meu percurso e as atividades desenvolvidas no contexto de cuidados intensivos, relativamente às unidades de competência anteriormente referidas, optei por analisá-las em conjunto dada a sua estreita ligação, nomeadamente no que respeita à relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente/família.

As UCI integram um dos ambientes tecnológicos mais avançados, com as mais sofisticadas intervenções quer de carácter médico, de enfermagem e técnico com a finalidade de dar resposta a pessoas vulneráveis e instáveis, com um elevado grau de risco de vida e onde as condições clínicas estão em constante mutação (Castro, Vilelas & Botelho, 2011).

O objetivo primordial passa pela manutenção da vida que obriga a uma assistência intensiva aliada a tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stresse e ansiedade, partilhado pelo doente, família a até mesmo pelos profissionais de saúde.

Com a admissão de um doente crítico na UCIP, são implementadas inúmeras intervenções invasivas que o colocam numa situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidas, quer seja por dificuldade ou incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não-verbal, pelo estado de consciência alterado provocado pela sedação a que está sujeito ou até mesmo a própria condição fisiopatológica que pode impedir a interação com o meio que o rodeia.

Este ambiente poderá tornar-se gerador de uma dinâmica de tensão, atribuindo medo, ansiedade, preocupação em relação à situação vivenciada. Castro et al. (2011), apurou que as vivências experienciadas pelos doentes internados na UCI apresentam um cariz negativo relacionado com a morte, distúrbios cognitivos, à presença de dispositivos invasivos, restrições do movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo. Por outro lado é destacado como positivo, a segurança sentida pela presença dos enfermeiros e a confiança nos profissionais.

Por tudo isto, a abordagem do enfermeiro deverá ir para além da componente técnica, ficando fortalecida pela relação interpessoal. Souza, Chaves e Silva (2006) reforçam que a prestação de cuidados de enfermagem deve ser realizada na sua globalidade, não podendo ser quebrada, por desvalorização de qualquer parte do processo.

O equilíbrio na comunicação é uma das premissas fundamentais para se alcançar os objetivos da humanização dos cuidados nas UCI, promovendo uma relação terapêutica eficaz. A comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente contribuindo para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Briga, 2010).

Apesar de grande parte das vezes deparar-me com a pessoa submetida a VMI, vendo restringida a sua capacidade de comunicar verbalmente, não invalidou que fossem

delineadas outras estratégias que permitissem uma comunicação bilateral. O cuidar o doente crítico neste contexto intensivista tornou-me mais sensível no reconhecimento e valorização da comunicação não-verbal do doente crítico, podendo estabelecer-se mediante sinais, gestos, olhares, leitura através dos lábios, do apontar e da mímica facial (Urden, Stacy & Lough, 2008). Como tal, foi através de técnicas de comunicação, adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa, que me esforcei por quebrar as barreiras impostas à comunicação, proporcionando uma presença efetiva e reveladora de interesse, transmitindo informação sobre os cuidados de enfermagem a prestar, minimizando as inquietações e diminuindo a sensação de isolamento, orientando o doente no espaço e tempo e utilizando a empatia e o toque como trunfos na relação terapêutica. Procurei estar atenta de maneira a descodificar os sinais e sons emitidos, manifestando um esforço na compreensão da mímica labial apresentada pelo doente. Todas estas estratégias de comunicação assumiram particular importância, afirmando-se como a principal forma de interação neste contexto, uma vez que me permitiram atender aos apelos dos doentes e observar as manifestações comportamentais e as respostas à minha abordagem.

Muitas das situações de internamento na UCIP com as quais me deparei, advinham de episódios abruptos, para o doente e família, pondo à prova os mecanismos de *coping*. Saiote (2010) menciona que fatores como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar com o familiar, contribuem para o aumento da ansiedade e insegurança da família.

A complexidade de um evento desta dimensão, que é o internamento numa UCI, provoca alterações na família, que se sente ameaçada pelo ambiente de cuidados e pelo medo da perda, dificultando a identificação dos recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise. O equilíbrio e a própria dinâmica familiar são lesados, uma vez que se decompõe as perspetivas futuras, surgem novas necessidades e sentimentos, impondo mudanças de reestruturação familiar, que exigem do enfermeiro um cuidado holístico e individualizado ao doente crítico e família, numa condição harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

A OE (2001) refere que as intervenções de enfermagem são otimizadas quando existe a envolvência da família. Neste sentido, é essencial que os cuidados de enfermagem não se fundamentem apenas na interação entre o enfermeiro e o doente, mas também na interação entre o enfermeiro e a família, uma vez que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar. Para isso, não basta deixar entrar a família na unidade, é

necessário apoiá-la e cuidá-la, questionando-a sobre as suas dúvidas, observando os seus comportamentos e compreendendo as suas emoções (Côrte-Real, 2007).

Na UCIP, a informação à família é partilhada pela equipa multidisciplinar, sendo ajustada a cada situação e assumida por quem de direito, dirigida a aspetos práticos que envolvem o estado do doente, a finalidade da terapêutica, a função dos equipamentos existentes, exames realizados e cuidados de enfermagem prestados, exigindo a articulação de todos os elementos de forma a acolher a família da melhor forma. Saiote (2010) relata que para o doente, “o envolvimento das pessoas significativas ou de um elemento de referência na rotina hospitalar, é um dos factores mais importantes para a sua adaptação à hospitalização com consequentes repercussões na evolução e prognóstico da doença” (p.11).

Aquando da entrada do familiar na unidade, procurei realizar uma preparação prévia e um acompanhamento durante a visita identificando e esclarecendo dúvidas, favorecendo a aproximação ao doente incentivando a comunicação verbal por vezes receada, observando as reações, comportamentos e compreendendo os sentimentos de ansiedade, medo da morte e perda de controlo da situação.

Na dinâmica da UCI, toda a ação se encontra focada em salvar a vida, mas por vezes prologam-se processos de fim de vida, que invariavelmente culminam na morte, trazendo sofrimento tanto ao doente como à família. Perante estes cenários, há a necessidade de preparar a família, mediante o impacto causado na sua vida, as emoções que produz e dependendo de aspetos individuais como as suas crenças, valores sociais e contexto cultural (Pereira, 2008). A informação facultada, pode afetar negativamente as expectativas da família, destruindo a esperança, provocando uma mudança negativa e sendo percebida como má notícia. As circunstâncias ditam o momento em que este tema deve ser abordado, sendo as más notícias inevitáveis em determinados contextos e situações (Pereira, 2008).

Neste sentido e no contexto de estágio, acompanhei uma situação de transmissão de má notícia, onde estavam presentes, alguns elementos da equipa médica, o enfermeiro responsável pelo utente e os seus familiares. Cumprindo o protocolo de Buckman para a transmissão de más notícias, foi proporcionado um espaço adequado, tentando perceber o que o familiar já sabia e queria saber sobre a situação, informando e respondendo às dúvidas colocadas, apoiando-os no expressar de emoções, preparando assim a família para o desfecho que seria a morte (Pereira, 2005). Foi ainda consentida a presença dos

familiares nos últimos momentos de vida do doente, promovendo assim o processo de luto e perda, face a inevitabilidade da morte.

A transmissão de más notícias é assim uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros em UCI, estando previsto no domínio das competências do enfermeiro especialista e ao abrigo do Código Deontológico, o dever de informar o doente e família em matéria de cuidados de enfermagem (OE, 2005). É apresentada simultaneamente como uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, exigindo do enfermeiro a gestão destes momentos recorrendo a estratégias de comunicação essenciais de forma a prestar cuidados de qualidade ao doente e família.

As intervenções de enfermagem assentes no domínio ético, deontológico e do saber e cuidar específico do doente crítico em cuidados intensivos deverão ser facilitadoras do processo transicional, conduzindo assim, à busca de um modelo mais humanista, de integralidade e de interdisciplinaridade. É importante ressaltar que cada família tem o seu modo peculiar de enfrentar a situação de um familiar internado, como tal, se não houver o reconhecimento de que a experiência de cada pessoa é única e singular, poderemos cometer o erro de padronizar a relação estabelecida entre familiares e equipa de enfermagem. Daí que, na prática, o enfermeiro especialista deva ser hábil e responsável para inserir a família neste ambiente, gerindo as mais diversas responsabilidades dentro deste contexto de assistência, mantendo assim o seu foco na excelência dos cuidados.

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

A cultura de segurança de uma organização é, segundo a OMS o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso entre os processos de cuidados e as atividades, mantendo o foco na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. Contribuir para a criação de unidades de saúde seguras é uma importante abordagem para melhorar a segurança dos doentes, indo ao encontro da nossa missão como profissionais de saúde (DGS, 2014).

Como refere o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados, o aumento do risco de IACS deve-se à elevada esperança de

vida, tecnologias mais avançadas e por sua vez mais invasivas e o maior número de doentes com terapêutica imunossupressora.

Com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos, quer para monitorização, quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua, “criando um “curto-circuito” aos mecanismos de defesa natural do organismo e abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos” (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010b, p.29).

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, 2013).

Os doentes internados na 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, 2013).

Posto isto, as IACS são um desafio para todos os profissionais de saúde, pelo que e de acordo com a OE (2001), o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes através da prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.

Relativamente à UCIP, foi possível constatar durante a minha prática que existem recursos materiais de suporte à prática de cuidados seguros, nomeadamente, solução antisséptica de base alcoólica (SABA) à entrada da unidade e em todas as unidades dos doentes e dispositivos médicos próximos da atividade clínica. Existem diversos lavatórios na unidade com sabão líquido, SABA e toalhetes de papel em cada lavatório na unidade e em outras salas de apoio à prestação de cuidados, que possibilitam a higienização das mãos sem a necessidade de fazer grandes deslocações. Não foi verificada qualquer rutura de *stock*, havendo sempre disponibilidade de EPI necessários para os profissionais poderem desenvolver as suas atividades. Desta forma, foi-me permitido cumprir com a correta higienização das mãos e utilização do EPI de acordo com o risco associado aos cuidados prestados, bem como à situação de vulnerabilidade do doente.

A existência de recursos materiais por si só, não é suficiente para prestar cuidados com qualidade e na ótica da segurança do doente. Os protocolos e normas instituídas nas unidades hospitalares, apoiadas em *guidelines* nacionais e internacionais, contribuem sem dúvida, para a melhoria dos cuidados, uniformizando e esclarecendo os procedimentos e

clarificando o papel do enfermeiro e a sistematização da sua atuação no controlo de infeção.

A prevenção das IACS tem sido abordada de diversas maneiras: segundo o risco, de acordo com a frequência, gravidade, mortalidade, custos. Na UCIP, a abordagem à prevenção da infeção nosocomial segue o registo de uma intervenção multimodal, assente no conceito de “Feixes de Intervenções”, associadas à educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas, informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais (Pina et al., 2010b).

A VMI, muito utilizada em cuidados intensivos na medida que garante a manutenção da vida, favorece a colonização de microrganismos, produz 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 cuidados intensivos; com uma taxa de infeção entre 10 a 20%, contribui para o aumento da resistência aos antimicrobianos e para o aumento do seu consumo, representando um grande impacto para os serviços de saúde por prolongar o tempo de internamento nas UCI, o tempo de ventilação mecânica e consequentemente o aumento dos custos financeiros para a instituição, assim como as taxas de morbilidade 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).

No sentido de minimizar ou eliminar os riscos do doente submetido a VMI, consultei e apliquei o protocolo de atuação para a redução das PAI que se encontra implementado na UCIP, apoiado na Norma 021/2015 da DGS; este prevê 6 feixes de intervenção/*bundles*, sendo eles: rever, reduzir e se possível parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e /ou extubação com formulação diária de plano de desmame/extubação registado no processo clínico; manter a cabeceira do leito a mais de 30°, evitando momentos de posição supina; realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2% pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na unidade mais de 48 horas; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os quando visivelmente sujos ou disfuncionais; manter a pressão do balão do tubo entre 20 a 30mmHg. Estão ainda implicadas outras medidas, como: aspiração de secreções traqueais, aspiração subglótica, higienização das

mãos, correta utilização do EPI, formação dos profissionais, dotação segura de profissionais.

Na atualidade, o *Staphylococcus aureus* permanece uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas a cuidados de saúde. Encontram-se especificamente em risco a pele e tecidos moles, ossos, articulações, aparelho respiratório e corrente sanguínea (DGS, 2014). Os dados do inquérito europeu de prevalência de infeção de 2011-2012 revelam que esta bactéria foi o agente responsável por 12,3% das infeções adquiridas em cuidados de saúde, sendo o segundo agente mais frequentemente identificado num grupo heterogéneo de infeções. A taxa de resistência à meticilina calculada foi de 41,2% (DGS, 2014).

Ainda de acordo com o inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses em 2012, foi apurado que o *Staphylococcus aureus* foi o agente mais frequente, responsável por 17% do total dos isolamentos, refletindo-se uma taxa de *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) de 80%. O MRSA é considerado o agente etiológico mais frequente de IACS resistentes a antimicrobianos, sendo a sua colonização endémica/epidémica nos ambientes hospitalares (DGS, 2014). O controlo da disseminação hospitalar desta bactéria depende, fundamentalmente, da consciencialização da equipa de saúde, que mantendo o seu foco na redução do número de infeções por MRSA, pode também controlar a disseminação de *Vancomycin-Resistant Staphylococcus aureus* (VRSA).

Neste sentido, aquando da aplicação do plano de cuidados traçado para o doente crítico internado na UCIP, contemplei as intervenções que dizem respeito à prevenção da infeção por MRSA, através dos cuidados de higiene corporal com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão, planeando a higiene oral, pelo menos, três vezes por dia com gluconato de clorhexidina a 0,2%. Cumprir com os princípios da técnica asséptica em procedimentos como: algaliação, manipulação do Cateter Venoso Central (CVC) e outros dispositivos intravasculares, na execução de tratamento de feridas, entre outros. Supervisionei a eficácia da limpeza ambiental das superfícies da unidade do doente efetuada pelas assistentes operacionais.

Todas estas atitudes que tive em conta durante o estágio contribuíram também para o projeto que se encontra a decorrer na instituição, o “Desafio Gulbenkian - STOP Infeção Hospitalar!”, que emergiu do facto de Portugal ter uma das piores taxas da Europa em matéria de infeção hospitalar. A decorrer desde 2014, pretende constituir um exemplo

de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que procura reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos. Sendo assim, a minha intervenção na prevenção das IACS no doente crítico, foi de encontro aos objetos de estudo deste projeto, sendo eles: infeções nosocomiais da corrente sanguínea, associadas ao cateter vascular central; infeções nosocomiais da corrente sanguínea, associada a algaliação (bacteriemia secundária a algaliação); pneumonia associada à intubação em UCI; infeção do local cirúrgico.

A prevenção da infeção associada ao visitante deve fazer parte da cultura de segurança do doente, não devendo ser descurada do olhar do enfermeiro e restante equipa de saúde.

Encontra-se previsto na Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, s.d.), que o doente tem direito à visita dos seus familiares, seja qual for o contexto em que se encontre, desde que sejam respeitadas as regras de permanência dos locais e não haja contra-indicação. O visitante é um elemento dinâmico que assume um papel importante neste âmbito, mas que, por outro lado pode constituir um reservatório e/ou veículo de infeção da comunidade para a unidade de saúde e vice-versa.

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, prevenindo a infeção cruzada entre doentes/visitantes e contribuindo para a segurança dos doentes e dos visitantes/acompanhantes (DGS, 2016).

A OE (2001) reforça que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se os familiares forem tomados por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando se pretende a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Embora não existam normas nem políticas universais para orientar o comportamento dos visitantes, procurei atuar atendendo às informações disponibilizadas pela instituição de saúde, instruindo a higienizar as mãos sempre que necessário e na correta aplicação do EPI, a cumprir com a etiqueta respiratória, a evitar as visitas se tiver sintomas ou contacto com casos de infeção respiratória ou gastrointestinal, a evitar o contacto físico com o doente, as suas roupas e meio ambiente envolvente, a permanecer junto do doente a visitar, evitando deslocações desnecessárias no espaço.

Perante esta competência, cabe ao enfermeiro especialista, assumir um papel de destaque, como elemento dinamizador de boas práticas de prevenção e controlo da infeção

no seio da equipa multidisciplinar e através da implementação de processos de formação, liderança e gestão, promover um ambiente terapêutico e seguro para o doente crítico, para quem o acompanha e para si próprio.

1.3. O cuidar especializado no contexto da Pessoa Ostomizada

A unidade curricular intitulada, Estágio III- Opção, decorreu no período de 10 de Outubro a 18 de Novembro de 2016, na área da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

A escolha desta temática surgiu de acordo com as minhas motivações pessoais e por ser uma problemática cada vez mais incidente. O cancro do cólon e do reto tem vindo a aumentar nas duas últimas décadas e na União Europeia é o segundo tumor maligno mais frequente e com maior incidência no sexo masculino. Na maioria das situações é necessário realizar cirurgia com necessidade de ostomia de eliminação intestinal (Sá, 2008). Prevê-se que em 2020, 30 milhões de pessoas sejam portadoras de cancro e que o cancro do cólon e do reto será o quarto tipo de cancro mais comum em todo o mundo e o segundo tipo mais comum nos países desenvolvidos (Almeida, Cascais & Martini, 2007).

O projeto de autoformação desenvolvido neste estágio, intitulado “O papel do Enfermeiro Especialista no cuidar a pessoa com ostomia de eliminação intestinal” teve como objetivo geral, conhecer, compreender e intervir como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no doente com ostomia de eliminação intestinal e família.

Para além das complicações físicas associadas à intervenção cirúrgica da qual resulta uma ostomia (infecções, hemorragia, dermatites, entre outras), a pessoa ostomizada tem ainda de gerir enormes alterações do foro psicológico (sexualidade, alteração da imagem corporal, saúde psicológica, perdas sociais e profissionais), do ponto de vista do relacionamento familiar e social, entre outros ajustes inerentes à sua nova condição.

A teoria das transições de Meleis et al. (2000) assume-se cada vez mais pertinente na atual realidade dos cuidados de saúde na medida em que, a pessoa que vive o processo de transição saúde-doença necessita de adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos que proporcionem a mudança, permitindo atingir o equilíbrio e o bem-estar, ou seja, a adaptação.

Reconhecendo as necessidades específicas da pessoa ostomizada, é possível intervir, de forma a promover uma transição saudável à sua condição de doente e portador de ostomia, agir precocemente e de forma sistematizada e individualizada garantido um acompanhamento holístico, promovendo a qualidade de vida futura e prevenindo complicações, refletindo-se em ganhos em saúde para a pessoa e família.

Adquirindo a consciência de que a necessidade em cuidados de saúde da população nesta área se tornou complexa, é essencial que a abordagem dos enfermeiros seja cada vez mais adequada, dirigida e especializada. Considero que a intervenção do enfermeiro especialista perante a pessoa ostomizada é fundamental na recuperação do utente/família, através dos cuidados pré e pós-operatórios, assim como, pelo acompanhamento, apoio e educação na fase de reintegração na sua vida pessoal e social.

De acordo com a OE (2011b), espera-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tenha como foco da sua intervenção: a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados, prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Assim sendo e apoiada nas competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica propus-me neste estágio a, detetar precocemente e prevenir complicações pela identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do doente ostomizado nas fases pré e pós-operatória, prescrever, implementar e avaliar o plano de cuidados instituído, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção nos vários contextos de cuidados do doente ostomizado, transferir, da minha aprendizagem no contexto do doente crítico, mais-valias na gestão e priorização dos cuidados, assim como na vertente comunicacional e de relação terapêutica.

De maneira a intervir de forma mais direcionada e individualizada, acresci o objetivo de desenvolver competências específicas na área da Estomaterapia, procurando identificar os tratamentos e cuidados ao ostomizado, reconhecendo as intervenções terapêuticas facilitadoras dos processos de adaptação física, psicológica e social.

Iniciei esta jornada do cuidado ao doente ostomizado, no serviço de Cirurgia Colorretal (CCR) e consulta de Estomaterapia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, que se revelou importante, na medida em que me proporcionou a oportunidade de acompanhar o doente com cancro colorretal submetido a cirurgia com ostomia de eliminação intestinal nas fases pré e pós-operatórias e na preparação e acompanhamento após a alta, conhecendo assim o percurso e assistência prestada ao doente ostomizado na RAM.

Prosseguindo nesta caminhada, dei continuidade ao estágio no Instituto Português de Oncologia Lisboa, Francisco Gentil (IPOLFG) nas consultas de Estomaterapia e Proctologia, sendo que as experiências vividas revelaram-se uma mais-valia na abordagem ao doente ostomizado.

A escolha deste local de estágio surgiu do facto de se tratar de um centro oncológico multidisciplinar de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A consulta de Estomaterapia rege-se em torno do doente e numa cultura orientadora de cuidados personalizados e de qualidade, facilitadores da adaptação e reintegração do doente ostomizado e que visam a melhoria contínua na assistência prestada. (Ministério da Saúde, s.d.). Relativamente ao período de Janeiro a Outubro de 2016, constatei que foram realizadas 1104 consultas, sendo que 179 se referem à primeira consulta.

A referenciação de doentes ao IPOLFG provém, sobretudo, dos estabelecimentos de saúde situados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e nas regiões autónomas da Madeira e Açores, correspondendo, no global, a uma população de cerca de 4 milhões de habitantes.

1.3.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas

Tendo como objeto de estudo a problemática relacionada com os domínios da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e sendo frequente que a doença oncológica surja como a causa da construção da ostomia, as implicações da nova condição podem ser percecionadas com relevância, requerendo o desenvolvimento de mecanismos de adaptação pelo doente/família. A condição de ostomizado pode não ser assumida como uma doença crónica mas pelas suas implicações, aproximar-se da componente crónica da patologia, sendo exigidos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009).

Por outro lado e pela reconstrução do trânsito intestinal, poderá tornar-se numa pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, pelos elevados índices de morbimortalidade, dependente do procedimento realizado, da técnica cirúrgica e dos fatores de risco do utente, associados às patologias de base. Segundo Oliveira, Rodrigues e

Silva (2007), “embora as colostomias sejam procedimentos cirúrgicos relativamente simples apresentam várias complicações, desde simples irritações cutâneas até problemas potencialmente letais” (p.1).

Posto isto e tendo em conta o binómio de doente crítico-doente crónico, procurarei demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área do cuidar, expondo as atividades e o relato das minhas experiências procurando fazer o paralelismo com as competências específicas em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica pela estreita relação que detêm.

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença aguda/crítica

Presta cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença aguda/crítica e na antecipação da instabilidade

Durante o período de estágio no serviço de CCR acompanhei e participei na fase pré-operatória dos utentes que estavam propostos para cirurgia eletiva com realização de ostomia de eliminação. Detetei que os internamentos são realizados maioritariamente no turno da manhã e a cirurgia é realizada no turno da tarde desse mesmo dia, pelo que o tempo disponibilizado para a preparação do doente, que para além da parte física, contempla também a parte psicológica, é muito reduzido.

De acordo com a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostromizados, o doente deve receber orientação pré-operatória, garantindo um total conhecimento dos benefícios da cirurgia e os factos essenciais para viver com uma ostomia. Perante este cenário, coloca-se a questão do consentimento informado ou livre e esclarecido, uma vez que a proximidade entre a admissão do doente no serviço e a cirurgia propriamente dita, faz com que o tempo disponível para informar, esclarecer e para que o doente possa assimilar e compreender a informação, se torne um fator limitativo podendo colocar em causa a veracidade da aplicação deste direito do doente (OE, 2015).

Chaves (2007) salienta que o consentimento informado traduz a decisão autónoma do doente, mas só tem validade se a pessoa for devidamente informada e esclarecida, podendo assim tomar uma decisão consciente do que é melhor para si e de acordo com as suas crenças, valores e expetativas futuras.

Nos momentos que antecedem a cirurgia, o doente apresenta por vezes estados de ansiedade e preocupação elevados, que não são facilitadores da abordagem pré-operatória.

No meu ponto de vista seria benéfico tanto para o doente como para o enfermeiro, a possibilidade de acolher o doente atempadamente, contribuindo para a concretização do consentimento efetivo. Dawson (2003) acrescenta que o ensino deve ser iniciado dez a catorze dias antes da cirurgia, dando tempo para a pessoa/família reter a informação, proporcionando oportunidade para que surjam dúvidas e que estas possam ser esclarecidas.

Contudo, foram reunidos os esforços de maneira a colmatar esta lacuna do próprio sistema tendo em conta que “No atendimento multiprofissional (...), o enfermeiro procura minimizar o impacto psicológico causado pela notícia, ajudando a pessoa no seu processo de doença” (Morais & Seça, 2012, p.33).

Aquando do acolhimento no serviço, tornou-se primordial saber se a pessoa estava elucidada sobre o tipo de cirurgia e se tinha conhecimento do que era uma ostomia. Disponibilizei informação, com uma breve explicação da anatomia e fisiologia do aparelho digestivo, conceitos relacionados com a ostomia e espaço para o esclarecimento de dúvidas. Apesar do tempo ser um fator limitador, procurei com estas atividades promover a consciencialização da situação e por conseguinte o empenhamento, uma vez que o nível de consciencialização influencia o nível de empenhamento após a cirurgia.

Ainda no período pré-operatório e como preconizado, realizei a marcação do local do estoma, respeitando os princípios teóricos orientadores que despistam os locais inconvenientes, prevenindo complicações após a cirurgia. Tive em conta que o doente deve validar se o local escolhido é favorável e confortável para si, facilitando o processo de autocuidado e de transição, atendendo assim, ao direito de ter um estoma bem feito, em local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do doente (International Ostomy Association, 1997).

No IPOLFG foi possível verificar que o utente após a decisão cirúrgica é encaminhado para a consulta de Estomaterapia (cerca de uma a duas semanas antes da cirurgia) onde inicia o seu processo como ostomizado. A primeira consulta corresponde ao pré-operatório, podendo o utente estar acompanhado de familiar/pessoa significativa. Em termos gerais a abordagem respeita as orientações preconizadas, com a diferença que existe um tempo e disponibilidade efetivas para esta atividade. A abordagem é efetuada recorrendo a pósteres, imagens e outros materiais de forma a proporcionar a visualização, manipulação e remetendo para a realidade futura, desmistificando as ideias que o doente tem (baseadas em vivências de pessoas conhecidas) antes de se deparar com esta realidade.

Ao iniciar a preparação pré-operatória precocemente, reduzem-se os níveis de ansiedade e medo, promove-se a aquisição dos conhecimentos e maior autocontrole, melhorando os resultados e a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas no período pós-operatório. É traçado um “plano de educação para a saúde, tendo em conta os conhecimentos do doente, a sua condição física (destreza manual, acuidade auditiva e visual), bem como a capacidade cognitiva e psicológica” (Morais & Seiça, 2012, p.33).

Para desenvolver a abordagem ao doente ostomizado de uma forma mais profunda, revelou-se importante o trabalho académico que incluiu a elaboração do Processo de Enfermagem de um doente que acompanhei no serviço de CCR, onde foi traçado o plano de cuidados quer para os problemas do contexto do doente cirúrgico, assim como os problemas específicos do doente ostomizado. Foram elaborados os diagnósticos de enfermagem: segurança comprometida; ferida cirúrgica abdominal atual com dreno; ferida cirúrgica perianal atual com dreno; regime de cuidados ao estoma dependente; autocuidado comprometido, indo de encontro a alguns dos diagnósticos descritos por Tavares (2012), onde estão contemplados, o medo presente; o conhecimento deficiente; o autocontrole: continência fecal alterada; a autoestima diminuída; a imagem corporal alterada e processo familiar alterado.

No que concerne ao pós-operatório imediato e por se tratar de uma fase delicada, requer cuidados constantes de monitorização e de controlo da evolução, prestando assim a assistência adequada ao doente. A prestação de cuidados perante uma condição caracterizada pela instabilidade exige que o enfermeiro especialista esteja em constante alerta para atuar com rapidez e eficiência.

Observei e participei na prestação de cuidados, considerando as competências que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ter neste contexto e tendo em conta os fatores de risco existentes relacionados com a abordagem anestésica e cirúrgica. Desta forma torna-se importante fazer uma avaliação global do doente com destaque para diversas variáveis, como: função respiratória e cardiovascular, sistema nervoso central, dor, temperatura, atividade motora, equilíbrio hidroeletrólítico, perfusões, drenagens, pensos cirúrgicos, ocorrência de náuseas e vômitos (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green, 2010)

Relativamente às vivências da prática, remeto para o caso de um utente com Adenocarcinoma do reto submetido a cirurgia eletiva de Resseção abdomino-perineal, com intercorrências no intra-operatório de complicações respiratórias que o fizeram ser

transferido para a UCI. Perante esta e outras situações, é visível que podem ocorrer complicações inesperadas, apesar dos avanços significativos nas cirurgias com formação de ostomia. As agressões cirúrgicas podem levar a situações de desequilíbrio hidroeletrólítico e a uma resposta inflamatória sistémica, que, em casos extremos, podem evoluir para uma insuficiência multiorgânica, mesmo com uma intervenção adequada (Butler, 2009). Posto isto, o enfermeiro especialista deve ser capaz de detetar a possibilidade de ocorrer complicações respiratórias como hipóxia, obstrução de vias aéreas superiores, hipoventilação, apneia, broncoaspiração, complicações cardiovasculares, sendo elas a hipertensão/ hipotensão arterial, arritmias, choque hipovolémico), prevenir hipotermia, mantendo o doente aquecido, observando alterações do traçado eletrocardiográfico, oximetria e administrando soluções endovenosas aquecidas; despistar complicações renais, através do balanço hídrico, diurese, características da urina (Monahan et al., 2010).

O aparecimento de complicações, afetam não só os cuidados imediatos pós-operatórios, como também têm impacto na qualidade de vida do doente. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de uma complicação, assim como a gestão da ostomia e das complicações periestoma durante o período pós-operatório são fundamentais para o sucesso do processo de adaptação (Butler, 2009). Neste sentido direcionei também a minha atenção para a observação do estoma (tipo de estoma, coloração, tamanho, detetando possíveis complicações locais), quantidade e características do efluente e avaliação da eficácia do dispositivo colocado.

Os problemas físicos mais urgentes superam os psicológicos na etapa inicial do pós-operatório, mas à medida que estes se vão solucionando, surgem profundos conflitos com ansiedade e problemas de autoestima.

Pela gravidade da alteração imposta pela doença ao indivíduo, é imperiosa uma atenção individualizada da equipa de saúde, que lhe permita uma melhor adaptação física e psíquica à crise desencadeada. A formação do estoma tem presente um sentimento de perda e sofrimento, sendo que o papel do enfermeiro será de incentivo, de dar apoio emocional, estimulando-o a realizar o seu auto cuidado (Monahan et al., 2010).

Passada a etapa “mais crítica” do ponto de vista hemodinâmico, foi fundamental envolver o utente/cuidador nas questões relacionadas com a ostomia e com a preparação para a alta hospitalar. Segundo a OE (2011a), devem ser promovidas práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, pelo que a

intervenção do enfermeiro especialista tem como objetivo primordial, a autonomia do doente no autocuidado aliada a adaptação à nova situação.

Tradicionalmente, é a partir do terceiro dia de pós-operatório, que se preconiza o ensino gradual do autocuidado que envolve, inicialmente, a visualização e o toque precoce da ostomia pelo doente (RNAO, 2009).

Durante o estágio no serviço de CCR, deparei-me maioritariamente com doentes que sentiam receio em assumir os cuidados, preferindo incluir um familiar que o apoiasse nos cuidados aquando do regresso ao domicílio. A RNAO (2009), recomenda que deve ser assegurado um plano de cuidados à ostomia, personalizado e que cubra as necessidades do doente/família, devendo ser fornecida informação no sentido de serem capazes de cuidar, despistar/detetar complicações referentes ao estoma/pele periestoma.

O processo de cuidados nesta fase de adaptação requer uma grande envolvência de todos os elementos implicados, desde o doente/família até o enfermeiro. Torna-se importante o conhecimento aprofundado da situação específica em que vive o doente, de forma a reunir as condições necessárias para um regresso a casa em segurança. Perante este cenário, assumi o meu dever profissional, considerando “confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...) partilhando informação pertinente apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (OE, 2005, p.115).

Na minha intervenção procurei maximizar o momento dos cuidados de higiene no duche, tornando-o privilegiado e dedicado ao reconhecimento do estoma, disponibilizando o tempo necessário para o doente observar, tocar e desmistificar a ostomia, garantindo também a sua privacidade. Desta forma, salvaguardei o respeito pela intimidade, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa (OE, 2005).

Apoiei o doente na realização da higiene do estoma e pele periestoma, promovendo a aceitação desta parte do corpo como se de outra se tratasse. Gradualmente foram abordados os cuidados com o estoma e pele periestoma, explicando ao doente o aspeto normal do estoma e características do efluente. Demonstrei e treinei com o doente/cuidador como avaliar o tamanho do estoma, corte e aplicação do dispositivo, tentando ajustar a escolha às necessidades do doente.

As metas para o planeamento da alta devem passar por preparar a pessoa para o regresso a casa e na gestão de cuidados eficazes à ostomia, facilitando a manutenção da sua condição física, psicológica e social. No momento da alta hospitalar deve, no mínimo,

demonstrar competências na substituição do dispositivo e na manipulação do sistema de drenagem (RNAO, 2009).

Não deve ser descurada a preparação e acompanhamento após a alta, a informação ao doente/família acerca da vertente legal que protege o doente oncológico/ostomizado e que está descrita nos Direitos gerais do doente oncológico (2013). Relativamente à aquisição de material de ostomia (dispositivos e acessórios), foi aprovada recentemente a Portaria nº92-F/2017 de 3 de março, que procede à alteração da Portaria nº284/2016 de 4 de novembro, que estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Recentemente foi também criada e aprovada a norma 015/2016 que esclarece as indicações clínicas e orienta a intervenção perante a pessoa com ostomia de eliminação intestinal, em idade pediátrica e no adulto.

Relativamente às complicações do estoma e pele peristoma, observei que surgem com mais frequência após a alta, quando o utente já se encontra no domicílio. Segundo os dados disponibilizados pela instituição, 23% dos doentes inscritos na consulta de Estomaterapia do IPOLFG desenvolveram complicações, sendo as mais frequentes, os granulomas, a hérnia, o prolapso e a dermatite.

Apercebi-me aquando da minha participação nas consultas, que as lesões irritativas da pele periestoma se devem maioritariamente ao corte deficitário da placa de adaptação ao saco de ostomia ou pelos maus cuidados de higiene relativamente à pele periestoma. Foi notável que a presença de ileostomia (em que o efluente é mais líquido e com presença de enzimas digestivas), aliado aos cuidados inadequados de higiene e aparelhamento ineficaz refletem-se em complicações a nível da pele periestoma (nomeadamente maceração com dor associada à remoção dos dispositivos). Conheci diferentes abordagens nesta situação desde a aplicação de pasta protetora da pele na área afetada (Stomahesive®), pó barreira (Pó Adapt Hollister®) que protege enquanto reduz a humidade local e facilita a adesão, assim como a aplicação de clara de ovo antes da aplicação de um novo saco, sendo que com este último verifiquei bons resultados e com um baixo custo para o doente.

No contexto da consulta de proctologia do IPOLFG, participei no tratamento de feridas operatórias, aconselhei sobre o regime alimentar, a mobilidade e no cumprimento do regime terapêutico. Relativamente aos utentes submetidos a amputação abdomino-perineal com colostomia definitiva, pela complexidade da recuperação é necessário uma

abordagem profunda quer na vertente psicológica, quer pelos cuidados à ferida perianal que pode demorar cerca de seis meses até a sua completa cicatrização (Faustino et al., 2014).

É de ressaltar que as vivências experienciadas na prestação de cuidados ao doente com ostomia, as reflexões efetuadas ao longo do ensino clínico baseadas nas aprendizagens proporcionadas pelos contextos de estágio e pelas enfermeiras peritas nesta área, tornaram-me uma enfermeira com um olhar diferente e mais aprofundado, o que contribuiu para o meu percurso de desenvolvimento e consolidação de competências no cuidar o doente com ostomia de eliminação intestinal.

Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa perante a situação de doença aguda,
otimizando as respostas

A abordagem ao doente cirúrgico não deve contemplar apenas o ato operatório. Como já foi referido anteriormente, é elementar uma preparação mais abrangente, que contemple os aspetos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, essenciais para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico.

A realidade com que nos deparamos na prática mostra-nos que, apesar do doente referir o medo relacionado com os riscos inerentes à cirurgia, existem outros anseios que o preocupam, nomeadamente o medo de sentir dor. Nas cirurgias emergentes, o tratamento da dor é abarcado no período intra e pós-operatório, já nas cirurgias eletivas, deve existir uma preparação prévia do indivíduo, no período pré-operatório, educando-o para algumas técnicas de controlo da dor, tal como referem Kazanowski e Laccetti (2005): “Os objetivos referentes à dor cirúrgica envolvem o tratamento da dor no pré-operatório, a prevenção da sensibilidade ou dor trans-operatória e a prevenção ou alívio da dor pós-operatória durante a recuperação e a reabilitação” (p.87).

A dor pós-operatória é uma dor aguda e está relacionada com a intervenção cirúrgica, o tipo de incisão, o grau de lesão tecidual, manipulação de estruturas e órgãos, a duração e o grau de retração intraoperatória (Way & Domerty, 2004). É uma dor previsível, com uma causa identificável e etiologia definida. A existência de dor aguda deve-se à estimulação nociceptiva ao nível da pele, músculos, articulações, intestinos, pleura, meninges, entre outros ou pode ser produzida por uma lesão, como por exemplo a incisão cirúrgica, responsável por um conjunto de respostas (Way & Domerty, 2004).

Segundo Borgdorff (2008) a abordagem que se inicia na avaliação pré-operatória deve respeitar uma comunicação eficaz entre o doente e a equipa multidisciplinar, atendendo à patologia associada, medicação do ambulatório, experiências dolorosas anteriores, respeitando a localização, natureza e duração da cirurgia, do tipo e extensão da incisão. Deve ainda ser incluído o ensino sobre avaliação da dor, a medicação analgésica, estratégias de autocontrolo da dor, reforçando tanto quanto possível o suporte emocional e psicológico do doente e família/cuidador.

A avaliação e gestão da dor são de extrema importância no doente cirúrgico, uma vez que é um sintoma determinante da sua condição clínica, tornando-se elementar a avaliação e os registos sistemáticos da mesma. A OE (2008) apela que é necessário o compromisso da equipa e particularmente do enfermeiro de forma a avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar, assim como incluir a pessoa/ família na tomada de decisão sobre o controlo da dor. Cabe ao enfermeiro especialista, tendo em conta as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados possibilitar uma resposta mais diferenciada e eficaz, tendo em conta os conhecimentos e habilidades na gestão da dor, ao nível do julgamento clínico e de tomada de decisão (OE, 2011a).

A avaliação da dor tem como objetivo determinar a sua intensidade, duração e o impacto a nível psicoafectivo no doente. Segundo a OE (2008) citando McCaffery e Pasero (1999), a dor é “aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que existe” (p.15). Dito isto, há que ter em conta que os instrumentos a usar na avaliação devem ser adaptados ao grupo etário, ao estado de consciência do doente, cumprindo com o uso da mesma a escala durante o processo de cuidados, favorecendo por sua vez a compreensão do quadro algico, ao qual se segue a implementação da terapêutica adequada e, por fim, a avaliação da sua eficácia.

No contexto de estágio, as escalas unidimensionais, escala visual analógica e a escala numérica, admitiram-se como as mais adequadas, uma vez que privilegiando a autoavaliação do doente ostomizado, permitem avaliar globalmente a dor segundo o grau de intensidade.

No estudo epidemiológico prospetivo de Pozza et al. (2011), que envolveu 1351 doentes de 12 hospitais, foi concluído que em Portugal a prevalência de dor no 2º dia pós-operatório é de 71%, sendo de intensidade moderada a severa em 25% dos doentes. Sendo que a cirurgia abdominal é uma das intervenções associada a uma maior intensidade de dor no pós-operatório (Gammerman, Stefani & Felix, 2016).

O tratamento da dor aguda pós-operatória tem como objetivo eliminar ou reduzir o desconforto no doente, facilitar o processo de recuperação e tornar o tratamento cirúrgico economicamente compensador (Oliveira, 2009).

Atualmente, a dor ainda é considerada um problema no período pós-operatório, apesar do avanço científico das drogas analgésicas, das formas de administração e das técnicas não-farmacológicas para o seu alívio (Andrade, Barbosa & Barichello, 2010).

O Programa Nacional de Controlo da Dor enunciou como premissa que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Apresentou também como objetivo específico a diminuição da prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada, uma vez que manifesta consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida, evitando complicações (DGS, 2008).

A OE (2008) refere ainda sobre a mesma temática, que o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, pelo que quando é previsível a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem de intervir de forma a eliminar ou reduzir para níveis considerados aceitáveis pelo doente.

O enfermeiro deve assim, no campo das suas intervenções autónomas e interdependentes, utilizar o ensino, as técnicas de relaxamento, estabelecimento de uma relação de confiança, técnicas de modificação do comportamento, controlo de estímulos e administração de medicamentos no controlo da dor (Borgdorff, 2008).

Na prestação de cuidados pós-operatórios ao doente ostomizado, foi importante planear as atividades intercalando com momentos de repouso de modo a não exacerbar a dor, proporcionar atividades promotoras da distração, desviando a sua atenção do foco da dor, reunir as condições favoráveis nos posicionamentos e cuidados de higiene inicialmente no leito e posteriormente no duche, promover um ambiente calmo, evitando o excesso de visitas na enfermaria. Por sua vez, a administração da prescrição analgésica em horário e em SOS antes da execução de atividades que exigiam maior movimento e a avaliação da sua eficácia, contribuíram para evitar que a dor se transformasse numa experiência frustrante.

É recomendado pela OMS a utilização da escada analgésica que fornece as diretrizes no tratamento da dor, aconselhando a terapêutica com AINE's, dipirona, acetaminofeno e adjuvantes para o tratamento da dor ligeira. A dor moderada deve ser

associada aos opióides fracos, como codeína e tramadol, e na dor intensa aos opióides fortes, como morfina, fentanilo, metadona (Nunes, 2006).

O enfermeiro especialista perante as situações de inadequado alívio da dor assume o dever ético e legal de advogar a favor da mudança no plano de tratamento. Atendendo à sua responsabilidade, deve articular-se com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor, devendo defender a mudança das políticas e adoção de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor (OE, 2008).

Rothrock (2008) alerta que “a dor não aliviada pode ser perigosa e é inaceitável” (p. 260). Corroborando a IASP (2011) considera que o tratamento da dor peri-operatória deve ser tão eficaz quanto possível, para aliviar a dor aguda e prevenir a dor crónica. Nesta linha de pensamento é possível inferir que o ineficaz controlo da dor acarreta complicações no estado clínico dos doentes, implica tempos de internamento mais prolongados e maiores custos com a saúde.

Teixeira (2007) realça que a dor é um instrumento de alerta e a dor aguda pós-operatória não controlada, bem como a resposta de stresse associada, pode despoletar diversas complicações com consequências fisiológicas e psicológicas deletérias, que podem ser responsáveis por disfunções orgânicas e aumento da morbilidade e da mortalidade.

A dor aguda não controlada, persistente e intensa leva à sensibilização do sistema nervoso central levando a alterações na modulação da nociceção (Valentim, 2008). Estima-se que 20 a 50% dos doentes submetidos a grandes cirurgias e cerca de 10% dos submetidos a procedimentos cirúrgicos menos invasivos desenvolvam dor crónica. A incidência global estimada de dor crónica de intensidade severa, após cirurgia, situa-se entre 2 a 10% (Shug & Pogatzki, 2011).

O enfermeiro especialista, além de gerir todas as questões relacionadas com a dor cirúrgica, não poderá descurar outras vertentes particulares da pessoa ostomizada e com impacto negativo na sua qualidade de vida.

No contexto das consultas de Estomaterapia, verifiquei que as desordens da pele periestoma, que muitas vezes se encontram escondidas sob as placas de ostomia, são encaradas como factos com influência negativa na vida da pessoa ostomizada na medida em que causa danos severos na pele, provocando dor no local da afeção.

Dependendo do tipo de estoma, mas em particular nas ileostomias que apresentam um efluente mais líquido e ácido, ocorre uma maior probabilidade de suceder extravasamento que em contacto com a pele pode causar lesões na epiderme e consequentemente dor pela simples remoção da barreira adesiva.

Por sua vez, também os fatores pré-operatórios e intra-operatórios podem contribuir para a ocorrência de complicações pós-operatórias relativamente ao estoma. É o caso do mau posicionamento da ostomia definido nas cirurgias emergentes e não só, que podem levar à morbidade do doente, que inclui a dor local persistente, inadaptação do sistema de aparelhamento, irritação da pele periestoma, perturbação da saúde mental e a dificuldade na reinserção social.

Para todas estas e outras situações paralelas, revela-se importante a referenciação para a consulta de Estomaterapia e sobretudo o olhar atento do enfermeiro especialista, uma vez que a vigilância e deteção precoce dos problemas, o ensino e orientação dos cuidados a ter no domicílio, a definição de estratégias para a implementação de um plano terapêutico e a avaliação da eficácia da intervenção, serão cruciais para prevenir e/ou tratar de forma responsável estas questões com tão grande relevância na qualidade de vida da pessoa ostomizada.

O maior desafio na dor, seja de que origem for, continua a ser o próprio doente. Esse é e sempre será o nosso foco.

Gere a comunicação e estabelece uma relação terapêutica, assistindo a pessoa ostomizada/família na complexidade da situação de doença aguda

O cancro colorretal é a principal causa de criação de uma ostomia de eliminação intestinal, pelo que deve ser iniciado um plano de intervenção a partir do momento em que o doente toma conhecimento do diagnóstico e da opção terapêutica, traçando metas para que o doente ultrapasse as dificuldades impostas pelo cancro e pela ostomia (Almeida, Cascais & Martini, 2007).

Em Oncologia, pelos avanços científicos nos últimos anos, são visíveis mudanças não só a nível do tratamento, como também no que se refere à vivência oncológica. Deparamo-nos com uma fase de viragem em que o cancro evoluiu de uma patologia causadora implacável de morte para uma doença potencialmente crónica (Araújo, 2016).

Porém, a doença oncológica e o diagnóstico de cancro ainda se encontra culturalmente estigmatizada e com representações simbólicas negativas. Os diversos aspetos relacionados com o cancro são suscetíveis de desencadear reações emocionais intensas e prolongadas no doente. A incerteza em relação ao presente e ao futuro, o sofrimento e dor física, a dependência, a perda de controlo sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença e os pensamentos persecutórios sobre a morte, são tudo questões que se colocam, quer quando se trata do cancro com início recente, quer quando se arrasta ao longo do tempo.

Do meu ponto de vista o doente ostomizado pode ser visto como um doente crónico, na medida que o processo patológico de base (cancro) é caracterizado por uma evolução lenta e duração prolongada e por sua vez como doente agudo, visto que se encontra a vivenciar um acontecimento súbito (cirurgia com ostomia de eliminação), que requer adaptação por parte do indivíduo, pelas alterações fisiológicas, emocionais e cognitivas impostas.

Assim como os doentes, as respetivas famílias também são profundamente afetadas pela doença aguda e crónica de um dos seus membros, sendo a doença oncológica uma das situações vividas com maior envolvimento (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

De forma a colmatar todas estas necessidades em cuidados manifestados pelo doente ostomizado/família, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelas competências específicas em Pessoa em Situação Crónica, deve estar ciente da cronicidade e incapacidade relacionada com a doença, concebendo um plano e uma abordagem abrangente, compreensiva e holística que maximize a qualidade de vida, diminuindo o sofrimento e preservando a dignidade da pessoa/família (OE, 2011).

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.

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. Já como referia Phaneuf

(2005), a comunicação é mais do que uma escolha do enfermeiro é uma condição “*sine qua non*” na qualidade dos cuidados.

Pela proximidade com o utente e família, o enfermeiro especialista assume o papel de interlocutor no contexto da equipa, intervindo de forma a otimizar a adaptação e aceitação da nova condição de vida da pessoa ostomizada, 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 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.” (OE, 2005, p.89)

Os problemas físicos decorrentes do processo de doença ganham uma dimensão muito vincada na vida do doente ostomizado, estando relacionados com a inadequada localização do estoma, saída de fezes por um orifício alternativo, o receio dos maus odores sobretudo em espaços sociais, os cuidados com a ostomia e os distúrbios gastrointestinais. Estas questões devem ser trabalhadas e desmistificadas, uma vez que poderão ter repercussões a nível da autoestima, autoconceito e aceitação (Serrano & Pires, 2005).

No estágio no IPOLFG, acompanhei a situação de um doente que apesar das suas capacidades físicas e cognitivas, permaneceu em negação durante um longo período após a cirurgia, perante o facto de ser portador de ostomia. Mesmo após um mês da alta hospitalar, continuava a requerer que fosse a esposa a realizar a higiene e aplicar o dispositivo na colostomia. A inclusão da família/cuidador no processo de cuidados é de extrema importância no processo de adaptação da pessoa ostomizada, no desenvolvimento de uma postura positiva frente à nova situação, sendo um fator decisivo para a aceitação da ostomia e do ser ostomizado, fazendo com que o doente retorne mais facilmente às atividades de vida diária (Almeida, Cascais & Martini, 2007).

De forma a contribuir para este processo de adaptação foi fundamental abordar estas questões de uma forma gradual, consoante a capacidade de compreensão e aceitação do doente, favorecendo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* de forma a conseguir lidar com as exigências e conflitos externos e internos que se impõem.

Tornar a pessoa autónoma não significa pressioná-la ou obrigá-la, a fazer gestos para os quais ainda não se sente preparada. É necessário ter em conta que o respeito pela vontade da pessoa deve ser visto como primordial, pois de acordo com Phaneuf (2005), ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades visa motivá-la para a autonomia. Já Hesbeen em 2004 afirmava que “preparar os nossos pacientes para a escolha, ajudá-los nas

suas opções, faz parte do trabalho daqueles que cuidam” (p.84). Como tal e perante este caso, foram utilizadas estratégias de modificação do comportamento, incentivo e capacitação, inculcando a autonomia ao longo das consultas, proporcionando tempo para o doente realizar a higiene do estoma, observar as suas características, treinar a remoção e aplicação do novo dispositivo. Passadas duas semanas de acompanhamento, o doente encontrava-se independente nesta atividade e com uma postura de aceitação e adaptação face ao sucedido.

Esta experiência fez-me ver a realidade com outros olhos, em que a pessoa alvo dos nossos cuidados não é apenas um corpo que deve dar resposta às solicitações em tempo útil, é muito mais para além disso, é na verdade uma pessoa única com todas as vertentes de âmbito psicossocial.

Os resultados de uma intervenção assertiva, começam logo com a entrada do doente/família na unidade hospitalar, pelo que um acolhimento efetivo e empático contribuem sem dúvida para amenizar o sofrimento que a situação de doença envolve, bem como fomentar o início de uma relação de confiança que será fundamental para todo o processo de cuidados e no sucesso da relação terapêutica.

Muitos foram os desafios no cuidar o doente ostomizado, nomeadamente na preparação para a alta que se inicia no pré-operatório até o acompanhamento após o regresso a casa. Foi exigido um esforço efetivo de maneira envolver e esclarecer o doente e família, atenuando os seus receios e preocupações, encorajando uma participação mais ativa na prestação de cuidados, encaminhando-o para a autonomia no autocuidado e no ajustamento à nova condição.

Tendo em conta que o modelo vigente do Serviço Nacional de Saúde está centrado na promoção da saúde, com foco no cidadão, perspetivando-o como indivíduo livre com capacidades e habilidades de liderança no seu processo de saúde, cabe ao enfermeiro, através das suas intervenções, estabelecendo uma relação de ajuda, promovendo a adesão terapêutica, capacitação e educação para a saúde, potenciar o *Empowerment*, libertando o cidadão para que possa atingir uma maior autonomia e ganhos em saúde (Pereira, Fernandes, Tavares, Fernandes & Fernandes, 2011).

Desta experiência em oncologia e com o doente ostomizado senti que a comunicação ganha outra dimensão, visto que a doença afeta a pessoa e família nas dimensões bio-psico-social, muitas vezes por períodos de tempo prolongados e com fenómenos de incerteza frequentes.

Foram ferramentas essenciais do cuidar terapêutico, algumas estratégias favorecedoras de uma comunicação eficaz, como a linguagem verbal ajustada e adequada tendo em conta o doente, o contacto visual que reflete a disponibilidade e atenção e o toque terapêutico favorecedor da aproximação pretendida com a minha abordagem.

Perante a vivência do cuidar do doente oncológico/ostomizado, sinto que amadureci enquanto enfermeira e mais do que nunca consegui assimilar o real valor terapêutico da comunicação, que se afirma como elemento crucial na eficácia das intervenções. Como afirma Gefaell (2007), a comunicação terapêutica é parte do papel autónomo do enfermeiro e requer pensar de uma maneira específica. Neste sentido, é indiscutível o seu valor clínico na atuação do enfermeiro.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção dando resposta às necessidades do contexto dos cuidados

Na excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção e contribuir para o desenvolvimento da enfermagem e para a melhoria na resposta, com qualidade e segurança, à complexidade das necessidades sentidas pelos nossos concidadãos (Sousa, 2009).

À semelhança dos outros estágios e numa extensão das atividades desenvolvidas nos contextos do doente crítico, embora com um conjunto mais alargado de experiências, conhecimentos e reflexões relacionadas com o contexto prático, manteve o cumprimento das normas e recomendações de boa prática, intervindo de igual forma junto dos profissionais, doentes e visitantes, sedimentando comportamentos e desenvolvendo competências na área da prevenção e controlo da infeção.

Dando continuidade à minha participação no projeto STOP Infeção Hospitalar, surgiu a oportunidade de apresentar este projeto de melhoria contínua da qualidade a uma enfermeira que se encontrava em integração no serviço, responsabilizando-me por ser um elemento facilitador da aprendizagem atuando como formador em contexto de trabalho, na área da especialidade (OE, 2011a).

A adoção de boas práticas nos contextos de cuidados, aplicada à multiplicidade de intervenções autónomas e intervenções realizadas em colaboração com os vários profissionais de saúde, contribuem para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente (Costa, Silva & Noriega, 2008).

No Serviço de CCR, alguns dos doentes ostomizados, após a cirurgia, vinham acompanhados de dispositivos invasivos, importantes na manutenção do seu estado clínico. Prestei cuidados a doentes com CVC, dispositivos cada vez mais utilizados na abordagem ao doente crítico e nos pós-operatórios imediatos de cirurgias complexas, permitindo um tratamento adequado com fim terapêutico e/ou diagnóstico, mas apesar da sua necessidade quase imperativa, esta técnica acarreta inúmeros riscos, entre os quais a infeção (Andrade, Cardoso, Carones & Ferreira, 2010).

As Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea associadas a estes dispositivos são das infeções mais frequentes a nível hospitalar, e que contribuem significativamente para o aumento da mortalidade e morbilidade, com conseqüente aumento dos custos na prestação dos cuidados de saúde, podendo em grande parte ser evitáveis, através da implementação e cumprimento de boas práticas por parte dos profissionais (Pina, Silva, Silva & Uva, 2010a).

Compete ao enfermeiro especialista um papel preponderante na vigilância da segurança do doente, do CVC e na avaliação da eficiência do seu funcionamento. Assim, exige-se que sejam prestados cuidados de qualidade ao doente com CVC, assegurando o seu correto funcionamento e despistando possíveis complicações. Além de ser impreterível a correta colocação do CVC pelo médico, não é menos importante a segurança e eficiência na sua utilização sendo fundamental cumprir com a assepsia na manipulação destes dispositivos e na antisepsia do local de inserção do cateter. De acordo com Nunes & Alminhas (2012) “as práticas fortemente recomendadas incluem uma adequada higiene das mãos, uso de precauções máximas de barreira, utilização de gluconato de clorexidina para a inserção e preparação do local e evitar mudanças de cateter por rotina” (p.6). Neste contexto prático, foi possível constatar a presença de CVC no doente cirúrgico, no período pós-operatório imediato, sendo avaliada a sua necessidade diariamente, permanecendo apenas o tempo efetivamente necessário. Relativamente à manipulação destes dispositivos invasivos, foram respeitadas as normas de boa prática anteriormente referidas.

Igualmente problemática é a infeção do trato urinário, que no meio hospitalar é a mais frequentemente associada a procedimentos invasivos, podendo ser prevenida, mediante os esforços para o seu controlo (Souza et al., 2007).

Após a análise do relatório de vigilância “Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals” realizado de 2011 a 2012 pelo Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças, estima-se que de

um total de 15000 IACS reportadas, a infeção do trato urinário representa 59,5%, estando associada a cateterismos urinários (Cardoso, 2015). Blodgett (2009) menciona que a algaliação é considerada como fator principal por cerca de 80% das infeções do trato urinário, sendo esta técnica muitas vezes utilizada sem indicações apropriadas.

Na revisão teórica de Bernard, Hunter e Moore (2012) a aplicação inadequada do cateterismo vesical em pessoas hospitalizadas, situa-se entre 21 a 50%. Deste modo destaca-se a importância da avaliação continuada da necessidade de manter ou não a algaliação, uma vez que cada dia a mais de cateterismo vesical aumenta o risco de infeção de 3 a 10%.

Estima-se que, aplicando as medidas de controlo de infeção adequadas, se possam evitar por ano entre 17% a 69 % das infeções urinárias o que representa 380.000 infeções e 9.000 óbitos (Gould et al., 2009).

Neste sentido, a minha atuação foi de encontro às medidas de prevenção e controlo da infeção do trato urinário, assentando nas precauções básicas como a higienização das mãos, a utilização do EPI, assim como o controlo ambiental através das medidas de isolamento de contacto, garantindo assim a segurança dos cuidados prestados (Pina et al., 2010a). Utilizei a técnica asséptica tanto na inserção como no manuseamento do cateter urinário, respeitando as indicações clínicas que justificavam a sua manutenção, tendo em atenção a remoção precoce do cateter vesical na medida que representa um fator importante, evitando a ocorrência de infeção do trato urinário na pessoa algaliada.

O enfermeiro especialista no exercício das suas funções, deve tomar uma posição que vá ao encontro da segurança do doente, através da qualidade dos cuidados prestados assentes no princípio da responsabilidade ligado à prevenção e à precaução, nos fundamentos éticos e deontológicos da profissão e na reflexão sobre a prática clínica podendo assim alcançar os melhores resultados.

Concebe, gere e colabora na melhoria contínua da qualidade

A qualidade que produza ganhos significativos tem de ser pensada, planeada e gerida no seio das instituições. A qualidade supõe e exige um conjunto integrado de ações e compromissos desenvolvidos ao longo do tempo. Na promoção da qualidade, a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autónomos e dissociados mas estão relacionados entre si.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2012). Deste modo, os enfermeiros defrontam-se com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem da qualidade não poderá incidir apenas nos aspetos que já fazem parte da realidade, mas na procura de melhores resultados naquilo que já hoje se reconhece como detentor de níveis aceitáveis de qualidade. De igual modo, para obter a excelência na qualidade, é importante perceber o que ainda existe para desenvolver à luz do que demonstra a evidência científica. Tal como é referido no REPE (2015), “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (p.103).

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças que visam uma melhoria efetiva, de modo a oferecer os cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expectativas dos utentes.

O enfermeiro especialista, reconhecendo a importância da qualidade dos cuidados identifica oportunidades de melhoria, seleciona estratégias e elabora guias orientadores de boa prática (OE, 2011a).

Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti (2007) baseados na sua experiência adquirida com a prática clínica, referem que é usual as orientações relativamente à alta hospitalar se realizarem apenas no momento da saída do utente da unidade hospitalar, sendo oferecidas orientações maioritariamente orais, de uma forma apressada, não tendo em conta os conhecimentos que o cliente detém, podendo conduzir à incapacidade de compreensão das orientações para a alta. Torna-se assim essencial a criação de um planeamento adequado para a alta, devendo ser efetuado a partir do momento em que o utente é admitido e desenvolvido durante o internamento hospitalar com identificação das necessidades reais ou potenciais da pessoa (Huber & McClelland, 2003). Assim sendo, torna-se primordial a criação de um documento estruturado para o planeamento da alta. De acordo com o exposto por Brooten e Naylor (2010) atualmente os planos de alta são “fracionados”, não existindo especificação para o tipo de doente internado. Tendo em consideração as particularidades do doente ostomizado, torna-se fundamental desenvolver

um plano de alta específico que corresponda às necessidades individuais do doente de quem cuidamos.

Deste modo, durante o estágio no serviço de CCR e no sentido de favorecer o planeamento e preparação da alta hospital do doente ostomizado, elaborei uma *check-list* a ser implementada no serviço, validando anteriormente a sua adequação e pertinência.

Constatei que a preparação para a alta do doente não se encontrava estruturada e sistematizada pela equipa, pelo que a implementação deste documento poderia apresentar-se como elemento facilitador na orientação das temáticas que devem ser abordadas e nos ensinamentos que devem ser realizados desde a admissão até o momento da alta do doente ostomizado, contribuindo assim para uma preparação efetiva do doente no seu regresso a casa. Para a elaboração deste documento, apoiei-me nas *guidelines* emanadas pela RNAO (2009) e na consulta de listas de verificação utilizadas em outras instituições hospitalares.

Relativamente à minha passagem no IPOLFG, tornou-se oportuno o planeamento de uma ação formativa no sentido de sensibilizar os colegas do serviço de internamento de Cirurgia Geral para a importância da preparação da alta da pessoa ostomizada e encaminhamento para a consulta de Estomaterapia. Considero ter sido mais um momento positivo, em que através do meu cunho pessoal contribuí para a melhoria dos cuidados prestados. É na procura permanente da excelência do exercício profissional, que o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem a satisfação e o máximo potencial de saúde. Por tudo isto vale sempre a pena estar, ser e fazer mais e melhor.

2. REFLETINDO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Nesta fase do relatório, importa refletir sobre a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica articulando com as competências de Mestre preconizadas para este 2º ciclo de estudos, segundo o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.

Brykczynski (2004), citando Benner (1984) refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática se faz pela identificação do *know-how* existente e pela sua ampliação através de investigação e é desenvolvido pela experiência clínica na prática. Para tal, foi importante traçar o caminho, tendo como quadro de referência de enfermagem subjacente a Teoria das Transições de Afaf Meleis, utilizando os conteúdos teóricos de Benner relativamente ao processo de desenvolvimento de competências.

Relativamente às competências de Mestre, pretende-se que o aluno seja capaz de: **demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão**, suportados nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, desenvolvendo e aprofundando a um nível que permita e constitua a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em contexto de investigação; **aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão** na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.

Ao longo deste percurso, a prestação de cuidados teve como enfoque principal, a pessoa em situação crítica/família, nos contextos de urgência e cuidados intensivos, e o doente ostomizado/família, na vertente opcional. Durante os estágios, procurei apurar o espírito crítico, questionando as práticas e detetando possíveis mudanças, apoiando o meu raciocínio na fundamentação teórica e naquilo que é citado à luz da evidência científica.

Foi exposto o percurso de aquisição/desenvolvimento de competências ao longo dos contextos de prática clínica, analisando e refletindo sobre as principais temáticas, relacionadas com a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e centradas nos cuidados de enfermagem, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções vitais de vida, na prevenção e controlo da infeção e na resposta à complexidade das situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

No Serviço de Urgência foi importante detetar precocemente a deterioração do estado de saúde do doente, facultando uma resposta rápida e eficaz em tempo útil,

priorizando os cuidados prestados na perspetiva da promoção da vida. Estabeleci uma relação terapêutica com o doente/família, assimilando a importância efetiva da família e fomentando a sua integração neste ambiente de cuidados. Tive em consideração a gestão dos cuidados, baseada na segurança do doente e na promoção do seu bem-estar, aliadas às ações relacionadas com o controlo da dor e com o risco de infeção inerente à pessoa em situação crítica.

Na Unidade de Cuidados Intensivos e ainda perante o doente crítico, tive a oportunidade de dispor de toda uma panóplia de opções de assistência avançada, que me permitiram uma monitorização hemodinâmica rigorosa e na qual foi importante um olhar atento, não só de forma a detetar precocemente alterações que pudessem surgir, mas também no cuidar o doente como um todo, dando resposta às necessidades de cuidados, através das intervenções autónomas e interdependentes capazes de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Saliento, a relevância da comunicação e relação de ajuda neste contexto de cuidados quer com o doente, assim como com a família, que se assume como parceira nos cuidados e peça fundamental nas ações direcionadas para a ansiedade e o medo que persiste nesta transição da vida.

No que concerne à pessoa ostomizada e noutra perspetiva avançada do cuidar, tornou-se relevante o aprofundar de conhecimentos e a compreensão das questões que envolvem o doente submetido a ostomia de eliminação intestinal e família, acompanhando-os, desde que lhe é reconhecida a necessidade de criação da ostomia até a sua integração nos processos de adaptação e reinserção, contribuindo para a promoção de uma transição saudável.

O cuidado à pessoa em situação crítica necessita de uma intervenção a nível multidisciplinar, com vista à otimização dos recursos disponíveis, de forma a conseguir a melhor resposta face à situação apresentada. Integrei as diferentes equipas multidisciplinares de forma proactiva, assumindo o meu papel na corrente do cuidado, uma vez que é o enfermeiro, a pessoa que está mais tempo junto do doente, conhece e age na defesa das suas necessidades e representa o elo de ligação entre o utente/família e os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

De extrema importância, foi também a aplicação da metodologia do Processo de Enfermagem quer no doente crítico, quer no doente ostomizado, permitindo-me diagnosticar problemas de enfermagem, planear, realizar intervenções de enfermagem especializadas e avaliar a sua eficácia, respondendo às necessidades do doente e família.

Procurei com este processo de aprendizagem, dar continuidade às competências adquiridas no decurso da minha formação inicial e nos contextos de prática profissional, enriquecendo-as de modo refletido e crítico a partir de todas as experiências que só o terreno me poderia proporcionar.

Fundamentei a minha prática, tirando partido dos contributos da evidência científica (como processo científico, rigoroso e sistemático), provenientes dos resultados da investigação, incluindo-os na resolução de problemas e na evolução de uma prática reflexiva e orientada para a ampliação do conhecimento em enfermagem, melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2006).

No que concerne à competência de **realização de julgamento/tomada de decisão**, é esperado que o estudante demonstre a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos de valor em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos.

O trabalho desenvolvido com o Ser Humano é bastante complexo e neste sentido, considero que antes de conseguirmos intervir com o outro, precisamos necessariamente de desenvolver capacidades reflexivas profundas acerca de nós próprios, dos nossos valores, crenças, comportamentos e visões acerca da vida.

Citando Jesus (2006) considero que,

A decisão clínica de enfermagem reclama, (...) no seu nível mais complexo e difícil, o raciocínio intuitivo e a pessoa total do profissional (...) e inclui o estabelecimento da relação em si mesma, independentemente da existência ou da inexistência de problemas a resolver, como parte do processo de prestação de cuidados. Esta constatação, por si só, evidencia o caráter eminentemente relacional (...) da dinâmica dos saberes de enfermagem (p.11).

Os cuidados de enfermagem nos contextos relatados, dada a sua natureza, exigem do enfermeiro a capacidade de análise perante as situações nem sempre claras e uma tomada de decisão célere, assentes no raciocínio lógico e fundamentadas nos conhecimentos científicos, assim como nos pressupostos éticos e deontológicos e de acordo com os valores e diretrizes emanadas pela entidade reguladora da profissão. Como afirma a OE (2009), o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa que cuida das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, em busca da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Neste domínio, que é a responsabilidade ética e legal, considero que a tomada de decisão ao longo das situações encontradas na prática foram realizadas com base em

conhecimentos científicos atuais e em prol dos direitos humanos, direitos do doente internado e de acordo com os deveres inerentes à profissão.

Respeitando o facto, de que todos os indivíduos têm direito a usufruir das mesmas oportunidades no acesso aos cuidados de saúde de que necessitam, procurei no respeito pelo Princípio da Justiça, tomar decisões sustentadas na imparcialidade, garantido o acesso dos doentes aos cuidados de enfermagem adequados, com uma distribuição equitativa dos recursos disponíveis.

O Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, que assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana é fundamentado, no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseado no poder de decisão livre. Como tal, para a obtenção do consentimento informado, foi facultada informação clara e dirigida, procurando o esclarecimento e compreensão da informação, permitindo assim uma decisão livre, informada e consciente do melhor para si.

A doença crítica acarreta vulnerabilidades que poderão condicionar as decisões dos utentes, sendo importante que o enfermeiro assuma um papel ativo, tanto na prestação de cuidados, bem como na proteção dos seus direitos. Nas situações da prática em a pessoa em situação crítica não reuniu as condições necessárias à tomada de decisão, prevaleceu o consentimento presumido, tendo em vista a promoção da vida, respeitando a inerência dos princípios da beneficência e não maleficência.

A **comunicação** impõe-se também como habilidade a adquirir neste processo de mestria, tendo o aluno de ser capaz de comunicar as suas conclusões – os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Durante a concretização dos estágios, apesar do meu estatuto de aluna, assumi o meu papel dinamizador procurando tecer nas ambiguidades detetadas, oportunidades de melhoria profissional e pessoal no seio das equipas de enfermagem. Considero ter despertado a necessidade de formação contínua, promovendo diálogos de partilha de experiências perante as situações problema, perspetivando comportamentos e atitudes válidas e assertivas no ambiente de cuidados.

Promovi o desenvolvimento profissional no momento em que participei no processo de integração de um novo enfermeiro na equipa, dando a conhecer o projeto STOP Infecção Hospitalar, relacionado com a minha área específica de intervenção.

Procurei através da formação e da criação da *check-list*, dilatar a consciência para a pertinência e o impacto das temáticas relacionadas com a pessoa ostomizada, quer para a melhoria dos cuidados prestados, assim como para o aperfeiçoamento de competências pessoais e profissionais, que visem a promoção da saúde e a satisfação do utente.

Por último, não sendo por isso menos importante, é a **auto-aprendizagem**, em que se espera que o estudante tenha desenvolvido as competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

A emergência do conceito de formação ao longo da vida (Life-long learning) é uma realidade actual que afecta todas as profissões e cidadãos, enquanto forma de confronto com os desafios do mundo actual – sociedade da globalização e do conhecimento, em que a necessária combinação do desenvolvimento intelectual (educação para a compreensão e a reflexão) e do desenvolvimento social (aprendizagem da solidariedade e a colaboração) torna-se mais do que evidente numa disposição positiva para confrontar a mudança constante e a complexidade social, ou seja a capacidade de aprender a aprender (Alonso, 2006, p.139).

Encontrando-me na fase final deste percurso, considero ter sido protagonista no meu processo de aprendizagem, quer pela análise e confrontação durante a minha prática profissional, orientada para a melhoria contínua da qualidade, quer na resolução de problemas reais, motivando-me a aprender numa perspetiva de fazer sempre melhor. Foi com responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo e otimismo que abracei este projeto como objetivo na minha vida pessoal e profissional.

Como enfermeira e objetivando o grau de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considero que apliquei consistentemente os conhecimentos específicos relacionados com o doente crítico, adquiridos durante a componente teórica do curso, aprofundando-os consoante a necessidade encontrada nos campos de estágio, desenvolvendo assim, as minhas capacidades profissionais. O percurso no cuidar a pessoa com ostomia de eliminação intestinal, apesar de surgir de uma motivação e gosto pessoais, foi sem dúvida um grande desafio, pela minha inexperiência nesta vertente, mas onde mais uma vez, fui capaz de demonstrar a minha capacidade de aprender, transformando os conhecimentos em saberes específicos que me permitiram a construção das competências e do agir profissional avançado e adequado.

CONCLUSÃO

Chegado ao fim desta etapa, é o momento de fazer retrospectivamente, o balanço deste trajeto. O investimento na especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me ajustar o meu olhar às novas realidades que tive oportunidade de vivenciar, a partir dos estímulos, das experiências, dos conteúdos apreendidos e daquilo que os contextos me disponibilizaram ao longo destes meses.

Importa referir a importância dos estágios, como cenários fundamentais no desenvolvimento e sedimentação de conhecimentos e como elemento facilitador da formação de competências nesta área de especialização. As experiências vividas e refletidas com espírito crítico, perante a pessoa em situação crítica e ostomizada/família nos diferentes contextos multidisciplinares, permitiram-me extrapolar o meu contexto profissional quotidiano, fomentando a aquisição de um leque muito mais alargado de saberes, através da aprendizagem noutras vertentes do cuidar, adquirindo saberes mais específicos nas diferentes dimensões do doente crítico bem como do doente agudo/crónico.

Este relatório, refletindo o sentimento de missão cumprida, procurou traduzir de forma tão objetiva quanto possível, através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva o meu percurso de aquisição e consolidação de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este, partindo dos cuidados prestados ao longo dos estágios e das múltiplas oportunidades de aquisição e partilha de conhecimentos, procurou alicerçar-se na mais recente evidência científica e nos valores da Profissão de Enfermagem, procurando novas formas de olhar que conduzissem a uma prática especializada de qualidade.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011b) foi sem dúvida o documento de base para delinear os objetivos para cada um dos estágios, assumindo-se como fio condutor na consciencialização e concretização deste relatório.

Relativamente à competência específica “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” foi desenvolvida e adquirida de acordo com as particularidades de cada campo de estágio. No SU, foi visível um cuidar “mais emergente”, com recurso à Triagem de Manchester, determinando assim a prioridade “doente crítico”, utilizando o trabalho em equipa como abordagem multidisciplinar e cuja dinâmica segue o algoritmo de intervenção rápida, ABCDE, centrando-se na estabilização e recuperação das funções vitais da vítima. Na UCIP, apesar

do foco ser igualmente o doente crítico, foi possível compreender que a abordagem interventiva respeita orientações assistenciais avançadas de nível superior, baseadas em protocolos terapêuticos complexos e com recursos e meios tecnológicos que permitem uma resposta imediata e rigorosa aos problemas identificados e na antecipação da instabilidade.

No que diz respeito à competência “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergências multi-vítima”, assimilei o real papel do enfermeiro especialista, relativamente ao dever de colaborar na organização e resposta à situação de emergência multi-vítima/catástrofe, assessorar a equipa na procura das melhores soluções e liderar no processo de tomada de decisão, minimizando os danos nestes cenários.

A competência “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” assumiu-se transversalmente como campo de ação privilegiado, em todos os contextos de estágio, sendo que no SU o cuidar a pessoa em situação grave e súbita emerge como prioridade, não sendo sempre possível obedecer a práticas sistemáticas, contudo prevalece a premissa de que a prevenção e controlo da infeção deve ser aplicada com o intuito de não agravar a vulnerabilidade do estado de saúde do doente. Nos contextos da UCIP e CCR, esta vertente rege-se por protocolos de atuação estruturados e segundo uma atuação multimodal assente nos “Feixes de Intervenções”, orientando e fomentando as “boas práticas”, com o objetivo de prevenir complicações e/ou evitar efeitos indesejáveis do internamento hospitalar.

O cuidado humanizado, foi palavra de ordem durante a minha atuação na prática, quer na relação terapêutica estabelecida com o doente, assim como no acolhimento e apoio disponibilizado à família que atravessa estes momentos difíceis da vida.

É de salientar que este percurso se foi construindo ao longo do tempo, tendo a evolução surgido gradualmente com o decorrer dos Ensinos Clínicos. Hoje, posso afirmar que o conhecimento que detenho de mim própria, enquanto pessoa que cuida dos outros, me permite ter uma maior consciência das necessidades reais do cuidar especializado ao utente/família do foro médico-cirúrgico em geral e em particular à pessoa/família portadora de ostomia, bem como das eventuais implicações pessoais e profissionais que um cuidado dessa natureza requer, permitindo minimizar as limitações e potenciar os pontos fortes de forma a conseguir marcar a diferença nas transições de vida das pessoas com as quais me cruzo e no caminho da excelência do exercício profissional.

Esta viagem de transformação pessoal e profissional, aqui parcialmente relatada, foi de facto um projeto por vezes complexo, exigindo a gestão de papéis, enquanto aluna,

profissional e pessoa, mas que valeu sem dúvida o esforço e a determinação, alcançando com sucesso os objetivos a que me propus desde o início.

Para o futuro, levo a gratificação das vivências e uma sabedoria única de cada momento, que me foi proporcionado neste curso. Para terminar e citando as palavras de Ernest Hemingway, “é bom ter um fim para a jornada, mas é a jornada que importa, no fim”.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho, das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Acedo, E. I. (2014). *Avaliação da dor: diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família*. (Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Consultado em RCCAP.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-82.
- Almeida, P. J., Cascais, A. F. & Martini, J. (2007). *O impacto da ostomia no processo de viver humano*. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 163-67.
- Alonso, L. (2006). *Formação ao longo da vida*. Consultado a 9 de fevereiro de 2016. Disponível em <http://www.cnedu.pt/content/antigo/files/pub/AprendizagemVida/8-AprenderDiferentesContextos.pdf>.
- Alvarenga, A., Ercole, F., Botoni, F., Oliveira, J. & Chianca, T. (2011). Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 3-8.
- Andrade, A., Cardoso, P. P., Carones, N. & Ferreira, M. (2010). Prevenção da bacteriemia associada ao cateter venoso central. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 17(1), 55-59.
- Andrade, É. V., Barbosa, M. H., & Barichello, E. (2010). Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 224-9.

- Araújo, A. (2016). *Cancro: a sua transformação em doença crónica*. Consultado a 3 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.myoncologia.pt/opini%C3%A3o/151-cancro-a-sua-transforma%C3%A7%C3%A3o-em-doen%C3%A7a-cr%C3%B3nica.html>.
- Arbour, C., Gélinas, C., & Michaud, C. (2011). Impact of the implementation of the critical-care pain observation tool (CPOT) on Pain management and clinical outcomes in mechanically ventilated trauma intensive care unit patients: A pilot study. *Journal Trauma Nursing*, (18), 52-60.
- Azeredo, T., Oliveira, L. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, 108, 54.
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe: da exemplificação histórica à iatroética*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Barbosa, P. M., Pirolo, S. M., Fernandes, C., Silva, M. H., Pinto, R. L. (2010). Análise da prática do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Nursing*, 12(144), 251-58.
- Barros, A., Sanchez, C., Lopes, J., Dell'Acqua, M., Lopes, M. & Silva, R. (2015). *Processo de enfermagem: guia para a prática*. São Paulo: Conselho de Enfermagem de São Paulo. Consultado a 8 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernard, M. S., Hunter, K. F. & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32(1), 29-37.

- Bérubé, 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(1), 9-19.
- Blodgett, T. (2009) Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-79.
- Borgdorff, P. (2008). Postoperative pain management. *Continuing Medical Education*, 26(3), 34-136. Consultado a 2 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/270/501>.
- Boterf, G. L. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. Garrido, Trad.). Porto: Edições Asa. (tradução do original francês Construire les compétences individuelles et collectives, 2000, Paris: Éditions d'organisation)
- Briga, S. (2010). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. (Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Consultada em RCAAP.
- Brooten, D. & Naylor, M. (2010). Transitional environments. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 465 - 480). New York: Springer Publishing Company.
- Brykczynki, K. (2004). De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In: Tomey, A & Alligood, M.. *Teóricas de enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). (pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- Butler, D. L. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 36(5), 513-19.

- Buckman, R. & Kason, I. (1994). *How to break bad news: a guide for health-care professionals*. Pan Books.
- Camelo, S.H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Editora Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Consultado a 3 de fevereiro de 2017. Disponível em http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20_%20p8-19.pdf.
- Cardoso, R. A. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde. (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra). Consultada a 10 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>.
- Caseiro, J. (2008). Dor aguda não cirúrgica: reflexões. *Revista Dor*, 16(1), 7-11.
- Castro, C., Vilelas, J., Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59.
- Chanques, G., Sebbane, M., Barbotte, E., Viel, E., Eledjam, JJ., Jaber, S. (2007). A prospective study of pain at rest: incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 34(6), 691-99.
- Chaves, L. (2007). Consentimento informado: o direito legítimo a uma decisão esclarecida, *Sinais Vitais*, 72, 14-18.

- Cooper, S. J. & Cant, R. P. (2014). Measuring non-technical skills of medical emergency teams: an update on the validity and reliability of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Journal Resuscitation*, 85(1), 31-33.
- Côrte-Real, I. (2007). Enfermagem em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*, 1, 115-123.
- Costa, A.C., Silva, M.G. & Noriega, E. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Crespo, V. (2003). *Ganhar bolonha, ganhar o futuro: o ensino superior no espaço europeu*. Lisboa: Gradiva-publicações.
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In: K. Manley & L. Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência. (pp.395-416).
- Doran, D. M. (2010). *Nursing outcomes: the state of the science*. (2ªed). Canada: Jones & Barlett Learning.
- Faustino, A. (2014). *Abordagem do delírium no doente crítico*. Monografia apresentada no âmbito de avaliação final de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1265>.
- Faustino, J., Correia, D., Gonçalves, N., Mendes, R., Moniz, L. & Nascimento, C. (2014). Fístula perianal na doença de crohn: um desafio cirúrgico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 24.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. & Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clinica do Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2 (2), 17-20.

- Gammerman, P., Stefani, L. & Felix, E. (2016). *Rotinas em anestesiologia e medicina perioperatória*. Porto Alegre: Artmed.
- Gefaell, C.V. (2007). *Comunicación terapeutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Gonçalves L. & Ramos P. (2011). *Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas*. Funchal: Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
- Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D. & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2009). *Guideline for prevention of catheter: associated urinary tract infections*. HealthCare Infection Control: Practices Advisory Control Committee. Consultado a 4 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester manual do formando*. (2ªed). Lisboa.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- <https://www.sesaram.pt/smi/>. Consultado a 30 de janeiro de 2017.
- Huber, D. & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing: official journal of the American association of colleges of nursing*. 19(4), 204-10. Consultado a 13 de abril de 2016. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722303000711>.
- Humphris, D. (1988). Trabalho em equipa: a eliminação de barreiras. *Revista Nursing*, 2(14), 14-15.
- INEM. (2012). *Manual de abordagem à vítima*. versão 1.0. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

- International Association for the Study of Pain, IASP (2011). *Dor Aguda e Cirurgia*. Consultado a 3 de fevereiro de 2017. Disponível em http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/7_Surgery_Portuguese.pdf.
- International Ostomy Association, IOA (1997). *Direitos dos ostomizados*. Consultado a 3 de outubro de 2016 03-10. Disponível em <http://www.apostomizados.pt/pt/item/9-artigos/302-direitos-dos-ostomizados>.
- Jardim, S. (2015). Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Jesus, É. H. (2006). *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Kazanowski, M. & Laccetti, M. (2005). *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Kron, T. & Gray, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança* (6ªed). Rio de Janeiro: Interlivros. 11-19.
- Lazear, S. (2011). Transporte aéreo e terrestre. In: S. Sheehy. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed.) (pp.141-160). Loures: Lusociência.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2013). *Direitos gerais do doente oncológico* (2ªed.) Consultado a 12 de dezembro de 2016. Disponível em http://www.oportalsaude.com/xfiles/guia_do_doente_1375890074.pdf.
- Lopes, N. G. (1995). Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, 34-39.
- Macintyre, P., Shug, S., Scott, D., Visser, E. & Walker, S. (2010). *Acute pain management: scientific evidence* (3rd ed.). Australian and New Zealand College of Anesthetists, Melbourne: ANZCA & FPM. 1-43.

- Madeira, S., Porto, J., Henriques, A.M. & Henriques, N.G. (2011). *Manual de suporte avançado de vida* (2ªed.). Coimbra: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Martins, M., Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. (Revisão Sistemática da Literatura). Instituto Politécnico de Castelo Branco. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20NO%20SERVI%20C3%87O%20DE%20URG%20C3%8ANCIA%5B1%5D.pdf>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Hilfinger, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emergency middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle- range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N. & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 55-63.
- Miranda, I. (2013). *Nutrição entérica e parentérica- controvérsias em doentes de UCI*. Consultado a 8 de junho de 2016. Disponível em <https://www.portalenf.com/2013/12/nutricao-enterica-e-parenterica-controversias-em-doentes-de-uci/>.
- Ministério da Saúde. (s.d.). Folheto da consulta de estomaterapia. Lisboa: Instituto Português de Oncologia Lisboa, Francisco Gentil. Consultado a 10 de novembro de 2016. Disponível em <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/items/PhotoHandler.ashx?i=5020>

- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, Marek, J. F. & Green, C. J. (2010). Phipps enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad.) (8ª ed.) (Vol 1 a 4). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Phipps' medical surgical nursing, 8th ed, 2007, New York: Mosby).
- Morais, I. & Seíça, A. (2012). Competências no cuidar e tecnologias. In: APECE: *Estomaterapia: o saber e o cuidar*. (pp. 33-39). Lisboa: Lidel.
- Moreira, C.T. (2010). *Avaliação de uma implementação do sistema de triagem de Manchester: que realidade?*. (Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto, Porto). Consultada em RCAAP.
- Nolan, J., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Boassaert, L. ... Bottiger. B. (2010). *Versão portuguesa das recomendações 2010 do European Resuscitation Council*. Conselho Português de Ressuscitação. Consultado a 10 de maio de 2016 10-05. Disponível em <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>.
- Norton, C. K. (2011). Palliative and end-of-life care in the emergency department: guidelines for nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 245-55.
- Nunes, B.C. (2006). *Medicina perioperatória*. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.1095-1101. Consultado a 5 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.saj.med.br/uploaded/File/RECOMENDADOS/Analgesia%20multimodal.pdf>.
- Nunes, P.C. & Alminhas, S.M. (2012). Cateter venoso central: práticas?...na procura da excelência. Revisão de Literatura. 1-16. Consultado a 6 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/.../Artigo%20Cateter%20Central%20final.pdf>.

- Nunes, F.M. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Revista Nursing*, 246. Consultado a 7 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.WJ3YMDuLTIU>.
- Oliveira, M.G. (2009). *Dor pós-operatória e seus cuidados*. Monografia de Especialização em Cirurgia Trauma Buco Maxilo Facial. Universidade São Marcos, São Paulo.
- Oliveira, C. A., Rodrigues, J. C. & Silva, K N. (2007). Identificação do nível de conhecimento de pacientes com colostomias para prevenção de possíveis complicações. *Estima revista da associação brasileira de estomaterapia: estomias, feridas e incontinência*, 5(4).
- Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E.,...Sila, R. (2012). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência. Consultado a 8 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>.
- Pereira, M. A. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 14 (1), p.33-37.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Revista Nursing*, 267. Consultado a 3 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.WJ3bGjuLTIU>.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Silva, M., Silva, E. & Uva, A. (2010a). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 28(1), 19-29.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010b). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Pinho, J. A., Carneiro, H. & Alves, F. (2013). *Resultados do plano nacional de avaliação da dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Porto.
- Pinto, F. (2011). *Sedação e Analgesia em Cuidados Intensivos em Portugal- resultados de um inquérito nacional*. (Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Consultada em RCAAP.
- Pinheiro, M. F. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Revista Servir*, 42(6), 319-331.
- Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20(3), 345-350. Consultada a 10 de janeiro de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf.
- PORTUGAL, Ministério da Ciência, Tecnologias e Ensino Superior. Decreto-Lei nº 74/2006. (24 mar. 2016). *Diário da República, nº60, I Série*.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2016). Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números: 2015. Acessível em DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - *Circular Normativa n°11/DSCS/DPCD*. (18 jun 2008). Programa nacional de controlo da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - *Circular Normativa n°07/DQS/DQCO* (31 mar 2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – inquérito 2012. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2014). Segurança do Doente - Introdução. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - *Circular Normativa n°: 018/2014*. (09 dez. 2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - *Circular Normativa n° 021/2015*. (16 nov. 2015). “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Norma 015/2016* (28 out 2016). Indicações clínicas e intervenções nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Carta dos Direitos do Doente Internado. Acessível na DGS, Lisboa. Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 97/2015. (01 jun. 2016). *Diário da República, nº105, I Série.*

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

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Portaria n.º284-F/2016. (4 nov 2016). *Diário da República, nº 212, I Série.*

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Portaria n.º92-F/2017. (3 mar 2017). *Diário da República, nº 45, I Série.*

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

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Cadernos da OE. Série I, 1, 1-51.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Cadernos da OE, Série I, 2, 1.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (24 mar. 2006). Decreto-Lei nº64/2006: Investigação em enfermagem: tomada de posição. *Diário da República nº57, I Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (18 fev. 2011a). Regulamento nº122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República nº35, II Série.*

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011b). Regulamento nº124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República nº35, II Série.*

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (22 abr. 2015). Regulamento nº188/2015 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. *Diário da República nº78, II Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei nº 156/2015: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República nº181, I Série.*

Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO. (2009). *Ostomy care and management: clinical best practice guidelines.* Canada.

Rocha, L. (2001). *Manual de infecção hospitalar – Prevenção e controlo da infecção hospitalar em unidade de emergência* (2ªed.). Rio de Janeiro.

Rosário, E. M. (2009). *Comunicação e cuidados em saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.* (Tese de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa). Consultado de RCAAP.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ªed.). Loures: Lusodidacta.

- Ruthes, R. M. & Cunha, C. K. (2008). Entendendo as competências para aplicação na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 109-12.
- Sá, P. M. (2008). *Cancro do Cólon e Recto*. (Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Consultada de RCAAP.
- Sá, F. L., Botelho, M. A. & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica. *Pensar Enfermagem*, 19(1). 31-46.
- Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. (Tese de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa). Consultado de RCAAP.
- Santos, J. (2017). Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos, síntese de orientações. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Santos, A., Oliveira, I. & Silveira, T. (2010). Mobilização precoce em UCI. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 2, 19.
- Santos, A. P., Freitas, P. & Martins, H. M. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-52.
- Santos, D. S., Chianca, T. C., & Werli, A. (2010). A systematic review study of therapeutic intervention score system. *Journal of Nursing UFPE*, 4(2), 413-19.
- Santos, G. F. (2004). Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 66-70.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.

- Serrano, C. & Pires, P. (2005). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Nursing*, 203, 35-41.
- Schug, S. A. & Pogatzki-Zahn, E. M. (2011). *Chronic Pain after surgery or injury*. Pain: Clinical Updates. Consultado a 3 de fevereiro de 2017. Disponível em http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_19-1_for_web_1390260524448_6.pdf.
- 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 (2011a). *Plano estratégico 2010/2011 do Serviço de Saúde da RAM*, Funchal: Autor.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (2011b). *Regulamento do Serviço de Urgência*. Funchal: Autor.
- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, M. A. (2009). Modelo de desenvolvimento profissional: pela segurança dos cuidados. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 32, 13-20.
- Souza, N., Leão, J., Oliveira, F., Kobaz., A., Silva, M., Lima, A. & Maciel, L. (2008). Infecção do trato urinário relacionada com a utilização de catéter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. *Revista Coluna Brasileira*, 35(1), 28-33. Consultado a 4 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf>.

- Souza, S. R., Chaves, S. R. & Silva, C. A. (2006). Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 609-13.
- Tavares, M. (2012). Diagnóstico e intervenções de enfermagem. In: APECE: *estomaterapia: o saber e o cuidar* (pp.29-32). Lisboa: Lidel.
- Teixeira, M. J. (2007). *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Teixeira, J. M. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135-142, DOI: 10.12707/RIV16026.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ªed.). Loures: Lusociência. 74-6.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5ªed.) Loures: Lusodidacta.
- Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório: princípios básicos. *Revista Dor*, 16(1), 12-17.
- Vilela, H. & Ferreira, H. (2006). Analgesia, sedação e relaxamento neuromuscular no doente ventilado em cuidados intensivos cardíacos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(1), 89-98.
- Way, L. W. & Doherty, G. M. (2004). Cuidados pós-operatórios. In: L.W. Way & G.M. Doherty. *Cirurgia: diagnóstico & tratamento* (11ªed.). (pp. 12- 18). Editora Nova Guanabara.
- Wright (2009). Colostomy. In: The Gale encyclopedia of surgery and medical tests. Gale Copyright. Consultado a 10 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/colostomy-0>.

Zanini, J., Nascimento, E. R. & Barra, D. C. (2006). Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 18(2), 143-47.