



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

**CUIDADOS INTEGRAIS À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA:**

**dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente  
submetido a cirurgia cardíaca**

**Carla Fernandes Velosa de Ponte**

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

**Funchal,  
2017**



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

**CUIDADOS INTEGRAIS À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA:  
dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente  
submetido a cirurgia cardíaca**

**Carla Fernandes Velosa de Ponte**

**Docente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Merícia Bettencourt**

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

**Funchal,**

**2017**



A excelência não é um acto mas sim um hábito.

Aristóteles



## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho dedico a ti papá, que apesar de não estares cá, ... sempre estiveste comigo, ...no meu coração e no meu dia a dia. Obrigada por teres sido o meu modelo!





## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste relatório é reflexo do apoio, do amor e da amizade das pessoas que me rodeiam e que sempre me incentivaram a ir mais além

Às Professoras: Merícia Bettencourt, Luísa Santos e Cristina Pestana, pelo incentivo, pela dedicação e pelas sugestões e críticas construtivas que efetuaram ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica que se constituíram como meus tutores da prática: Mónica Pimenta, Rui Jardim e Abighail Chikwanha pela confiança, motivação e pelo saber transmitido.

Às minhas amigas parceiras de biblioteca, nas longas tardes de trabalho árduo, pela amizade, pela partilha e pelo incentivo.

Ao Roberto, meu marido que sem o seu apoio incondicional, não teria seria possível ultrapassar todos os obstáculos que ao longo deste percurso foram surgindo.

Aos meus filhos, Marco e Henrique, que mesmo nos momentos mais difíceis, em que as ausências eram uma constante, tinham sempre um beijo e um sorriso para oferecer.

Por último, agradeço a minha família que com a sua amizade, incentivo e paciência nunca deixaram de acreditar em mim.



## **RESUMO**

Em contexto do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, sistematiza-se, no presente relatório, todo o processo desenvolvido para a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A transição, a passagem, a mudança de um estado estável para outro estado instável na dicotomia do processo saúde-doença infligem, na pessoa e na família, sentimentos de dor, medo, ansiedade, desespero, dúvidas, para além das múltiplas disfunções dos órgãos e sistemas. Estes sentimentos e disfunções traduzem-se em focos de atenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em prol da prestação de um cuidado humanizado, digno e promotor da recuperação do doente. Perante os focos de atenção, o enfermeiro especialista direciona e fundamenta a sua intervenção assente nos princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão em busca de uma transição saudável.

Este relatório pretende descrever o processo evolutivo de aquisição de competências, através de uma prática baseada na evidência e na sequência das experiências vivenciadas nos contextos de estágio do Hospital Dr. Nélio Mendonça (serviços de urgência e medicina intensiva) e do Hospital Royal Brompton do Reino Unido (serviço de medicina intensiva de cirurgia cardiotorácica), no cuidado à pessoa em situação crítica.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. O desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista culminaram no desenvolvimento de um saber competente, altruísta, dinâmico e incisivo na promoção de uma prática competente capaz de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, perante cenários de doença crítica e /ou em situações de emergência multivítima.

A análise crítica do desenvolvimento experienciado, permitiu iniciar um projeto de intervenção na área da dor, da pessoa internada na unidade de cirurgia cardiotorácica do hospital Royal Brompton NHS.

**Descritores:** Transição/ Enfermagem/ Competências/ Cirurgia Cardiotorácica



## **ABSTRACT**

In the context of the 1st Master's Degree in Surgical Medical Nursing of the São José de Cluny Nursing School, the entire process developed for the acquisition of the Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing is systematized in this report.

The person in critical situation and / or organic failure is the focus of care of the nurse specialized in medical surgical nursing. The transition, the passage, the change from a stable state to an unstable one in the dichotomy of the health-illness process inflict on the person and family feelings of pain, fear, anxiety, despair, doubts, in addition to the multiple organ and system dysfunctions. These feelings and dysfunctions translate into focuses of attention of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in favor of the provision of a humanized care, worthy and promoter of the recovery of the patient. According to the focus of attention, the specialist nurse directs and centers his intervention based on the ethical and deontological principles that guide the profession in search of a healthy transition.

This report intends to describe the evolving process of skills acquisition, centered on an evidence-based practice and an internship at the Dr. Nélio Mendonça Hospital (Emergency and Intensive Care Medicine) and at the Royal Brompton Hospital in London (Intensive care unit of cardiothoracic surgery), in the care of the person in critical situation.

Nursing care for the critically ill person is highly skilled care provided on a continuous basis to the person with one or more vital functions at immediate risk. The development of specific skills of the specialist nurse culminated in the development of competent, altruistic, dynamic and incisive knowledge in promoting a competent practice capable of anticipating and detecting early complications, ensuring an accurate, concrete, efficient and timely intervention before critical illness scenarios and / or in multi-victim emergency situations.

The critical analysis of the development experienced allowed the initiation of an intervention project in the domain of pain of the person hospitalized at the cardiothoracic surgery unit of the Royal Brompton NHS hospital.

**Keywords:** Transition / Nursing /Competencies/ Cardiothoracic Surgery



## **LISTA DE SIGLAS**

AICU- Adult Intensive Care Unit  
APED – Associação Portuguesa Para o Estudo Da Dor  
ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
BIA – Balão Intra Aórtico  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CPLEEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
DGS – Direção Geral de Saúde  
ECMO - Membrana Extracorporal de Oxigenação  
EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica  
IASP - International Association for the Study of Pain  
ICN - International Concil of Nursing  
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica  
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
NHS.- National Health Service  
RBH - Royal Brompton Hospital  
REPE – Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem  
SUP - Serviço de Urgência Polivalente  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes  
VAD – Ventricular Assist Device





## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. Referencial Teórico- Afaf Meleis-Teoria das Transições .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2 Papel do enfermeiro especialista como elemento facilitador da transição .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA. QUE COMPETÊNCIAS? .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Enquadramento Contextual - Estágio I – Serviço de Urgência .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Cuidados à pessoa/família em contexto de urgência .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3. Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem     médico cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO III – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE MEDICINA INTENSIVA. QUE COMPETÊNCIAS? .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Enquadramento Contextual- Estágio II – Cuidados Intensivos.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2 Cuidados à Pessoa em Contexto de Medicina Intensiva .....</b>	<b>56</b>
<b>3.3. Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem     Médico Cirúrgica em Contexto de Medicina Intensiva .....</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO IV – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA. QUE COMPETÊNCIAS? .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 Enquadramento Contextual- Estágio III – Cirurgia Cardiotorácica.....</b>	<b>75</b>
<b>4.2. Cuidados À Pessoa Em Contexto De Cirurgia Cardiotorácica.....</b>	<b>77</b>
<b>4.3. Desenvolvimento de Competências Do Enfermeiro Especialista Em     Enfermagem Médico Cirúrgica no cuidado à Pessoa Em Contexto De Cirurgia     Cardiotorácica .....</b>	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO V – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM EMC.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1. Síntese das competências adquiridas .....</b>	<b>93</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>95</b>

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>i</b>
<b>Apêndice A – Panfleto.....</b>	<b>iii</b>
<b>Apêndice B – Step 2 Competencies.....</b>	<b>v</b>
<b>Apêndice C – Auditoria: Monitorização dos Registos de Dor .....</b>	<b>vii</b>

## **INTRODUÇÃO**

O saber competente do enfermeiro emerge da prática baseada na evidência e consagra-se no momento do cuidar. A enfermagem é, assim, uma ciência, uma arte que espelha a graciosidade do cuidar humano num continuum respeito pela dignidade da Pessoa durante o processo transicional.

Segundo Meleis (2012), prestar cuidados de qualidade, implica haver, por parte do enfermeiro, a aquisição de informações, conhecimento dos sistemas de apoio social, desenvolvimento de uma relação terapêutica e ainda um aumento de consciencialização de si mesmo. Em concordância com Meleis (2012), o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de Junho de 2015, no ponto 1.4, anuncia que cuidados de enfermagem de qualidade são “(...) cuidados que exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar, precocemente, as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta eficiente e em tempo útil” (p.17241).

A arte de refletir sobre aquilo que fazemos, ao longo da nossa vida pessoal e profissional, torna-nos, assim, pessoas mais capazes, mais conhecedoras, mais conscientes, enfim, mais competentes. A intenção de ingressar nesta formação veio ao encontro do desejo de melhorar a minha performance profissional e de ser uma mais-valia junto à cabeceira do doente e da sua família.

O presente relatório surge, assim, em representação do percurso teórico prático e reflexivo, iniciado a 8 de outubro de 2015 com o ingresso no 1.º Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC) e visa explanar a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEPSC) como explícito no Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro.

O relatório surge, assim, como elemento de reflexão na ação, o que permite ao formando refletir e perceber o trabalho desenvolvido ao longo do período da formação, bem como tomar consciência das dificuldades sentidas e de descobrir as áreas de maior interesse.

Neste âmbito, o Regulamento geral dos ciclos de estudo conducentes ao grau de Mestre n.º 658/2016, artigo 5.º alínea C, refere que um relatório de estágio consiste numa

“(...) descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p.21549).

A descrição das competências comuns e específicas neste relatório pretende, assim, demonstrar o processo evolutivo realizado nos estágios I, II, e III no âmbito da prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim, pretendo, com o presente documento, narrar as aprendizagens desenvolvidas durante os seguintes contextos clínicos:

Estágio I - Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no período de 11 de abril de 2016 a 22 de maio de 2016. É uma unidade de cuidados polivalentes que recebe segundo dados da Direção Regional da estatística da Madeira de 2015, uma média de 349 doentes por dia perfazendo um total de 127.446 doentes por ano.

Estágio II – Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça, uma unidade Polivalente que goza da acreditação a um nível “Bom” concedido pela *Agência de Calidad Sanitária de Andalucia* (ACSA), certificada pela *International Society for Quality in Health Care* (ISQua). É uma unidade que tem por missão prestar cuidados humanizados tendo por base os princípios éticos da teoria principalista: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça.

Estágio III – Hospital Royal Brompton do Reino Unido, serviço de medicina intensiva de cirurgia cardiotorácica. Reconhecido como um dos melhores hospitais no tratamento de Coração Pulmão e de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) a nível mundial. Tem como principal parceiro de investigação o *National Heart and Lung Institute* e o *Imperial College London* (NHS, 2014). Anualmente realizam cerca de 3.200 angiogramas/cateterismos cardíacos, 2.200 cirurgias torácicas e 2.400 angioplastias coronárias, 1.400 tratamentos por insuficiência respiratória e 1.000 cirurgias de bypass cardíaco.

Para responder ao objetivo traçado, o presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos principais, identificados como 1. Enquadramento Conceptual; 2. A pessoa/família em situação crítica em contexto de urgência. Que competências? 3. A pessoa/família em situação crítica em contexto de medicina intensiva. Que competências? 4. A pessoa/família em situação crítica em contexto de cirurgia cardiotorácica. Que competências? 5. Síntese das competências do enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguido de Conclusão e respetiva Bibliografia.

No primeiro capítulo, procurei inspiração e orientação na teoria de Afaf Meleis - Teoria de Médio Alcance, de forma a nortear a minha prática clínica diária e, conseqüentemente, o trabalho realizado ao longo do relatório de estágio. No segundo, terceiro e quarto capítulos, procuro espelhar o percurso efetuado a nível académico e a sua operacionalização em contexto clínico perante pessoas em situação crítica e em risco de falência multiorgânica com base na descrição do domínio das competências comuns (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados e Competências do domínio das aprendizagens profissionais), com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica nomeadamente: 1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à morte e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

No quinto capítulo, apresento uma síntese acerca das competências do enfermeiro mestre, à luz do desenvolvimento profissional ético e de deontologia profissional com enfoque na prática clínica experienciada. Por último, na conclusão apresento uma análise reflexiva do processo evolutivo efetuado durante os estágios, traçando perspetivas futuras, quer das competências do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, quer também das competências de Mestre em enfermagem Médico Cirúrgica.

A pesquisa bibliográfica necessária à sustentação teórica e científica deste relatório foi efetuada entre outubro de 2015 e fevereiro de 2017, tendo recorrido, exclusivamente, a fontes credíveis, reconhecidas e válidas. Os sites institucionais oficiais de instituições como a Ordem dos Enfermeiros (OE) são a fonte dos documentos que regulamentam atualmente a profissão de Enfermagem e que orientam a realização do presente relatório, sendo utilizados os sites institucionais de outras organizações, conforme necessário. A necessidade de utilização de artigos científicos credíveis e válidos induziu a pesquisa bibliográfica em bases de dados indexadas (como a B-on e EBSCO), de acordo com as orientações lecionadas no MEMC. A norma de referenciação bibliográfica utilizada no presente relatório foi a da *American Psychological Association*, 2016 (APA).

A utilização de uma linguagem com elevada definição terminológica e rigor semântico é essencial a um trabalho académico, tendo, por isso, sido utilizada,

adequadamente, ao longo deste relatório de forma descritiva, analítica e com elevado teor reflexivo. Procurei estruturar o conteúdo de forma objetiva e sintética, de forma a proporcionar uma leitura agradável e uma visibilidade clara do percurso efetuado.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**





## **1.1. Referencial Teórico- Afaf Meleis-Teoria das Transições**

As teorias de enfermagem fornecem linhas orientadoras que enaltecem e fundamentam a prática de enfermagem no cuidado da pessoa a vivenciar uma transição. Segundo Meleis (2010) as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes. A experiência de uma transição começa assim que um evento ou mudança é antecipado a estas mudanças, Meleis (2010) classifica-as como transições de saúde/doença, transições de desenvolvimento, transições situacional e ou organizacional.

A transição é assim, fundamentalmente, um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando necessariamente situações de doença.

A Pessoa doente é um ser com necessidades humanas básicas, que se encontra em permanente interação com o meio mas que, devido à doença ou outros fatores de vulnerabilidade, pode entrar em desequilíbrios com o meio que o cerca. Acrescenta a autora supracitada que estes “desequilíbrios” traduzem alterações de comportamento (limitação das atividades de vida, aumento de dependência e diminuição da capacidade do autocuidado), que induzem à transição. As unidades de saúde são assim locais onde o enfermeiro contacta diariamente com pessoas a vivenciar essencialmente transições de saúde/doença. Meleis (2010) sublinha que a transição saúde/doença, implica a passagem de um estado estável para um outro instável, induzido pela mudança no estado de saúde traduzindo uma quebra da definição de bem-estar da Pessoa. Acrescenta que perante um processo de mudança agudo, crónica e ou insidiosa, o enfermeiro tem o dever de integrar ao seu cuidado, a pessoa, a família e os contextos (familiar, social, cultural, económico e espiritual) onde a pessoa se encontra enquadrada, fomentado assim um cuidar dirigido às necessidades particulares da Pessoa.

Os enfermeiros assumem neste sentido, um papel ativo no que se refere à identificação das transições vivenciadas, na medida em que são estes, os que mais contato têm com as pessoas no seu processo de transição de saúde/doença, assumindo-se assim como uma fonte de recurso ao cuidado holístico da Pessoa (Meleis, 2010).

Neste contexto em análise: cuidados integrals à pessoa em situação crítica, considerou-se que o modelo teórico que mais se enquadra é o da teoria da Transição de Meleis, a qual remete transição para a mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a alteração de comportamentos.

As intervenções de enfermagem constituem desta forma o suporte de todo o processo de enfermagem, incluindo atividades que se encontrem num contínuo, dependendo das capacidades e competências do utente, desde supervisão e /ou ensino de atividades que pretendem substituir o próprio doente, dadas as incapacidades que se podem manifestar (Meleis, 2010). Em contexto de urgência a assistência à pessoa em situação crítica urgente e ou emergente, tem por objetivo, promover a consciencialização da transição. Considera a autora que a Consciencialização é a chave de todo o processo transicional, na medida em que de uma forma congruente a pessoa toma consciência da mudança e percebe a necessidade de alterar o seu comportamento em busca de um estado de bem-estar.

Indubitavelmente o enfermeiro é o elemento que se encontra mais junto do doente, que o acompanha no período em que ocorre a transição e é aquele que o ajuda a criar estratégias para ultrapassar ou aprender a viver a ou as transições que experiencia, assim confirma Meleis (2010) “são os enfermeiros quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/doença” (p.13). Assim, neste contexto, o enfermeiro na sua prática procura estabelecer laços de proximidade com o doente e família, que lhe irão permitir identificar os fenómenos e delinear um conjunto de estratégias na resolução da transição vivenciada. A teoria de médio alcance surge assim, em resposta à necessidade do enfermeiro delinear um plano de intervenção sistemático de avaliação ao doente e à família a vivenciar um processo de transição objetivando um *coping* saudável.

Acrescenta ainda, Meleis (2012), que o enfermeiro tem a missão de apoiar, de compreender e de confortar a pessoa durante o processo transicional vivenciado, priorizando no seu cuidado, o respeito pelos valores éticos, religiosos e culturais, procurando à luz da teoria de médio alcance desempenhar um papel facilitador da transição.

## **1.2 Papel do enfermeiro especialista como elemento facilitador da transição**

Facilitar a transição da pessoa e sua família implica dignificar a Pessoa no seu todo. O respeito pelos princípios éticos e deontológicos estão na base de um cuidar assertivo. O enfermeiro no exercício da sua função deve agir de acordo com o artigo 8.º,

alínea I do Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo D, Lei 104/98 de 21 de Abril “(...) adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadão”(p.5). Na alínea 3 do referido regulamento pode lêr-se que os enfermeiros “têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível da dignidade e autonomia de exercício profissional” (p.5).

Assim, perante a transição, o enfermeiro assume o compromisso e a responsabilidade de acolher em si os valores profissionais e a capacidade para se motivar em direção à excelência do seu exercício profissional (Leite, Claudino & Santos, 2009).

A enfermagem é uma profissão com uma ética própria, ancorada num agir profissional com características, princípios e valores próprios. Neste âmbito torna-se relevante que o enfermeiro desenvolva conhecimentos à luz da ética e da bioética, de forma a garantir a prestação de cuidados humanizados durante o processo transicional.

De acordo com Meleis (2010), existem diversas razões para que as transições sejam o foco central da enfermagem, destacando-se as seguintes: os enfermeiros passam grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que enfrentam uma ou mais alterações que afetam a sua saúde; com a evolução e o aumento da tecnologia em diversas áreas as pessoas tendem a sair mais cedo dos hospitais e continuar a sua recuperação e reabilitação em casa, devendo esta ser uma preocupação do enfermeiro cuidando do cliente neste processo de transição; vários são os eventos que levam a períodos de transição que podem afetar o bem estar das pessoas, colocando-as em risco de doença por se encontrarem mais vulneráveis ao stress; e por fim, a multiculturalidade que aumenta os desafios em cuidar destas pessoas, com os seus diferentes padrões (culturais, emocionais e outros) de cuidar, cabendo ao enfermeiro prestar cuidados individualizados ao seu cliente que vive com uma multiplicidade de mudança.

Neste prisma, Meleis (2010) e Morais (2012), referem que a pessoa que vivencia processos de transição é classificada como complexa, multidimensional e com as seguintes propriedades: Consciencialização, envolvimento, mudança e crítica, ocorrência de momentos críticos, reivindicando a intervenção de enfermagem. Pereira (2014), citando Meleis (2010), reforça que o papel do enfermeiro é decisivo, pois as suas intervenções visam a promoção, a prevenção e a intervenção junto da pessoa que vivencia a alteração de

saúde/doença, de modo a atingir a homeostasia a nível da esfera do bem-estar físico social, mental e espiritual.

À luz desta análise, torna-se imperativo que o enfermeiro alicerce a sua ação nos princípios éticos que regulam a profissão. O homem surge assim como um ser bio psico social e espiritual e é com base na sua individualidade que a enfermagem poderá planear e implementar intervenções que promovam o ultrapassar das transições.

**CAPÍTULO II – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM  
CONTEXTO DE URGÊNCIA. QUE COMPETÊNCIAS?**



## **2.1. Enquadramento Contextual - Estágio I – Serviço de Urgência**

O primeiro módulo de estágio deste mestrado teve início a 11 de abril de 2016 e teve como objeto a área de cuidar em enfermagem: pessoas a vivenciar transições de saúde - doença de carácter urgente/emergente. Esta unidade curricular contemplou um total de duzentos e cinquenta horas, sendo que cento e trinta horas, foram dedicadas à prática clínica (estágio), dez horas para orientação tutorial e cento e dez horas destinaram-se ao trabalho autónomo. O objetivo delineado consistiu em: Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) nos cuidados à pessoa em situação crítica ou na eminência de falência orgânica no Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Esta experiência clínica, terminou a 22 de maio de 2016, com a perceção de ter progredido no processo de aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem Médico cirúrgica.

A opção de prática clínica pelo SUP do hospital Dr. Nélio Mendonça, prendeu-se com o facto de ser considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP). De acordo com o artigo 5º, alínea 1 do Despacho nº 10319/2014 um “(...) SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p.20674), em tempo útil e de forma sistemática. A atribuição de prioridades do sistema de triagem de Manchester propostas pelo Grupo Português de Triagem em 2015 surge assim como uma mais valia na identificação de um diagnóstico precoce tendo forte impacto na redução da morbilidade e mortalidade da região. De referir que em 2015 foram atendidos no serviço de urgência 95166 doentes sendo que 435 doentes eram de carácter emergente (triados com cor vermelha), 13135 de carácter muito urgente (triados com cor laranja), 54054 de carácter urgente (triados com cor amarela), 25809 de carácter pouco urgente (triados com cor verde) e em menor número e com um regime de não urgente 1203 doentes. Este serviço de urgência também dispõe de Vias prioritárias no atendimento aos doentes com suspeita de: Acidente vascular cerebral (Via verde de AVC); Enfarte agudo do miocárdio (Via verde Coronária); doente politraumatizado (linha verde do trauma) e linha verde da sépsis para os doentes com infeções graves em risco de falência multiorgânica.

Segundo dados estatísticos da Direção Regional de Estatística da Madeira de (2011) esta unidade polivalente dá resposta a mais de 267 mil habitantes do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM).

É também um serviço que atua perante uma panóplia de situações clínicas de instalação súbita, desde as não urgentes até às mais emergentes do foro Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Obstétrico.

Nesta perspetiva e aliado ao facto de ser uma unidade de referência regional, procurou-se integrar a equipa de enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa em situação crítica. Enfatiza, Mendonça (2009) que “ (...) “aprendemos a ser” com os que “são” e é, também, a prática da vida que nos ensina a “ser na vida o que somos” (p.33). Assim, pretendo ao longo deste capítulo, narrar as aprendizagens desenvolvidas e experiências vivenciadas em prol de um saber competente e assertivo.

## **2.2 Cuidados à pessoa/família em contexto de urgência**

Cuidar de uma pessoa num serviço de Urgência exige do enfermeiro competências (*Skills*) formativas atualizadas além de uma capacidade organizacional exímia. A abordagem eficaz deste tipo de doentes decorre da premissa “ganhar tempo”, tempo este que é vital para reduzir as sequelas das lesões primárias minimizando o aparecimento das lesões secundárias.

Mediante o referido, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são:

(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Neste contexto Patrick (2011), acrescenta que a enfermagem em urgência e emergência visa “a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções” (p.4). Os cuidados de enfermagem destinam-se assim, a episódios de carácter urgente/emergente, reivindicando do enfermeiro, um saber competente em que esteja implícito a agilidade de ação e o respeito pela dignidade humana. Nesta perspetiva o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2016) sublinha que a qualidade dos cuidados de saúde deverá assentar nos princípios da ética e deontologia profissional, através dos quais deve incidir a ação dos profissionais de saúde. Também, Hesbeen (2000), refere que os cuidados à pessoa em situação crítica devem ter em vista, a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção



social em todos os contextos de vida e enfatiza que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, é que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37).

Na análise desta temática a Ordem dos enfermeiros o Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo D, Lei 104/98 de 21 de Abril, em consonância com o estatuto do enfermeiro enfatiza que o principal objetivo do enfermeiro será então proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e continuados de elevada qualidade ao doente em estado crítico, permanecendo alerta para a satisfação das suas necessidades fisiológicas, mas também psicológicas e sociais como ser integrado numa visão holística da pessoa, nunca esquecendo os seus familiares/pessoas significativas através do recurso à criatividade, sensibilidade, proximidade, capacidade de entendimento do outro, capacidade de escuta, aceitando-o como pessoa única, numa circunstância única da sua vida.

Sousa, Almeida e Simões (2011) citando Griffin (2008), retratam o serviço de urgência como uma “(...) zona de tempestade emocional” (p.203) associado à ansiedade elevada manifestada pela família perante a ausência de informações, sobre a pessoa que acompanham e concluíram que:

(...) os acompanhantes são parte integrante da unidade de cuidados num SU. Assim, a evolução de uma SU passa também por melhorar a ligação e participação dos acompanhantes, designadamente: aumentar a compreensão mútua e empatia entre profissionais e acompanhantes; melhorar o sistema de informação de forma a facilitar a ligação entre profissionais, acompanhantes e utentes (p.205).

O enfermeiro apresenta-se assim, como um elo de ligação aos momentos transicionais da vida, detentor de um conjunto de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, que lhe permite agir junto do utente/família com segurança, equidade e qualidade tendo por alicerces basilares, um cuidado holístico.

### **2.3. Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica**

O enfermeiro especialista em Médico Cirúrgica distingue-se pela sua formação e experiência, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências específicas,

adequadas à assistência à pessoa. Deste modo está explícito no Regulamento n.º.124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 que,

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais (p.8648).

Acrescenta ainda que:

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve 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.8648).

A especialidade é assim uma mais-valia à formação em enfermagem Médico-Cirúrgica, possibilitando a identificação precoce e uma resposta mais eficaz e eficiente no suprimir das necessidades do doente crítico. A resposta do enfermeiro Mestre a cada caso é um instrumento tendente a cuidados de enfermagem de qualidade ao doente/família. Desta forma a existência de elementos na equipa de enfermagem especializados e com mais tempo de experiência e com experiências anteriores em diferentes contextos de urgência e emergência promove um crescimento colateral de toda a equipa, através da partilha de experiências e auxílio no processo de tomada de decisão. Também Benner (2001), refere que “os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (p. 24). Desta análise e reflexão diária acerca da prática clínica vivenciada ao longo de quinze anos de profissão, emergiu progressivamente a necessidade de aprofundar, sedimentar e aperfeiçoar a prestação de cuidados de enfermagem, com vista ao alcance da excelência no cuidar da Pessoa em situação crítica.

Atendendo ao referido, passo a descrever como é que se obteve a transformação do conhecimento teórico e habilidades práticas na consolidação das competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica. Esta análise será efetuada tendo por referência as unidades de competência e critérios de avaliação, iniciando esta descrição pela competência específica: Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Assim é em serviços de urgência (SUP) que se encontram frequentemente pessoas a vivenciar transições de saúde doença complexas rodeadas por ambientes, onde se verifica uma elevada intensidade de trabalho físico, mental e espiritual exigindo do enfermeiro maior perícia no cuidar à luz da responsabilidade profissional. São ambientes onde a “dor”, a “perda”, o “desespero” o “medo”, o fracasso”, são motivos que conduzem frequentemente ao stress dos profissionais de saúde e à ansiedade do doente e dos familiares, associado aos longos tempos de espera. Nesta linha de pensamento Sousa et al. (2011), no seu estudo de cariz exploratório verificaram que não existe interligação entre o enfermeiro e a família num SUP mediante os relatos obtidos:

(...) os acompanhantes, à medida que aumenta o tempo de espera, vão começando a pensar em diversas questões: porque está a demorar tanto? Porque não nos dizem nada? Será que estão a tratar bem da pessoa que estou a acompanhar? Será que é muito grave? À medida que emergem estes pensamentos, passam a insistir mais para obterem informações dos profissionais; por sua vez, estes vão pensando: porque não nos deixam trabalhar? Porque estão sempre a fazer perguntas? Ainda não há nada para dizer! Estamos a fazer tudo o que podemos e temos tanto trabalho! E, as perguntas de uns são respondidas pelos pensamentos dos outros, mas a interligação é pouca (p.203).

Os mesmos autores citando Schamban et al., (2008) acrescentam que,

(...), a qualidade dos cuidados de saúde pode ser promovida através de abordagens centradas no paciente e sua família, que reconhecem o papel integral da família e encorajam uma colaboração mutuamente benéfica entre paciente, sua família e profissionais de saúde (p.204).

Assim, no alcance desta competência e no que concerne à aplicação do conhecimento e capacidade de compreensão da problemática diagnosticada em contexto clínico (Descritores de Dublin adotados pelo Quadro de qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior de 2003), elaborou-se um panfleto informativo em colaboração com a equipa do serviço, acerca da dinâmica de atendimento no SUP visando assim uma redução do stress apresentado pelo doente e seus familiares e por outro lado, fomentando um ambiente saudável para o desenvolvimento de uma prática de qualidade (Apêndice A). Neste sentido, Deodato (2014), confirma que “o envolvimento da equipa revela-se como uma manifestação da construção da decisão ética em enfermagem”(p.65) e acrescenta que “trazem perspetivas novas, modos diferentes de pensar o problema e isso enriquece-nos a tomada de decisão” (p.67). A aquisição de competências apresenta-se assim como um processo contínuo de auto formação adquirido na interação com os nossos pares de profissão, em busca de um saber assertivo e de uma melhor qualidade de cuidados. Phaneuf (2005) sublinha que “os cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção” (p.10), e reforça Meleis (2010) que o doente e a família dependem um do outro e como tal

devem ser encarados como uma célula essencial na promoção de cuidados de saúde com qualidade. Neste âmbito, o facto de participar e colaborar com o enfermeiro triador do SUP na aplicação de fluxogramas do sistema de triagem de Manchester, foi benéfico, pois tive a oportunidade de integrar os conhecimentos acoplados aos fluxogramas das vias verdes (Coronária, Trauma, Sepsis, AVC), assim como tive oportunidade de participar na ativação das mesmas, acompanhando os doentes na implementação dos protocolos institucionalizados. Esta experiência foi fulcral no desenvolvimento da competência pretendida, na medida em que é, na sala de triagem que se acolhe o doente e família a vivenciar processos de transição de saúde/doença. Confirma Meleis (2010), que é no momento do acolhimento/ triagem que o enfermeiro “procura perceber” o meio onde a pessoa/ família em situação crítica, está inserida, revelando-se este instante, como um dos momentos fulcrais no desenvolvimento de uma relação de ajuda. No sentido de, uniformizar a linguagem, de promover a humanização na prestação de cuidados de qualidade, surge o processo de enfermagem que com as suas fases (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados), auxiliam o enfermeiro a efetuar uma análise sistematizada da pessoa em dados organizados, garantindo uma intervenção precisa, concreta, eficiente, humanizada, em tempo útil, contribuindo uma vez mais para a tomada de decisão de enfermagem em contexto clínico, mediante a identificação e resposta antecipatória de focos de instabilidade. O processo de enfermagem, os registos eletrónicos de enfermagem, as nomenclaturas de avaliação à vítima, as escalas padronizadas e a informação proveniente do doente e do familiar convertem-se assim em ferramentas imprescindíveis, à tomada de decisão ética em enfermagem. Neste âmbito, Nora, Deodato, Vieira e Zoboli (2016) citando: Berggren, Begat, Severinsson, Higuchi, Christensen, Terpstra (2002) e Zoboli (2013; p.4), referem que,

(...), o enfermeiro necessita refletir com os familiares sobre o cuidado ao usuário e tomar as decisões necessárias em conjunto com os responsáveis, a fim de, favorecer a relação de confiança entre profissional, usuário e familiares. (...), ao compreender o contexto social e os valores das pessoas, o enfermeiro encontra um caminho confortável para participar na tomada de decisão do usuário, e até mesmo, na construção da sua própria decisão ética.

Os mesmos autores, salientam que a tomada de decisão ética em enfermagem assenta nos princípios éticos da autonomia, da beneficência, a não maleficência e a justiça, identificando estes como os principais norteadores da tomada de decisão ética em enfermagem. Neste contexto, optar por um fluxograma do sistema de triagem exige perícia na abordagem inicial. É nestas situações que, a experiência, a perspicácia e a maturidade

do enfermeiro que está na triagem faz a diferença e permite que a resposta dada, seja a adequada ao caso em análise. O facto de frequentemente estar implícito “risco de vida” para o doente, representa para o enfermeiro uma responsabilidade acrescida na sua capacidade interventiva. Neste âmbito e no processo de aquisição de competências proposto pela unidade curricular, surgiu a oportunidade de integrar a equipa de enfermagem na abordagem primária ao doente traumatizado, colaborando na avaliação da vítima segundo a nomenclatura ABCDE do Concelho Europeu de Ressuscitação Internacional. Deste modo, procurei operacionalizar os conhecimentos e as habilidades, adquiridas a nível das práticas curriculares de trauma, em sala de emergência (sala Zero), através da prestação de cuidados de elevada complexidade à pessoa a vivenciar processos de saúde doença crítica e ou falência orgânica. Assim, surgiu a oportunidade de assistir vítimas em choque (hemorrágico, cardiogénico, séptico, neurogénico e anafilático), vítimas com alterações metabólicas, discrasias sanguíneas (eritrocitose, leucemia); vítimas com problemas do foro da psiquiatria (doença bipolar, toxicodependência, esquizofrenia), vítimas com problemas cirúrgicos urgentes (rutura de apêndice; amputação de membro devido a gangrena e sépsis; processos neoplásicos; litíase vesicular; esfacelos minor e major etc.).

Procurou-se ainda colaborar, na assistência ao doente em paragem cardiorrespiratória na sala zero e nas salas de cuidados especiais, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. Colaborou-se na preparação de material de assistência respiratória perante situações de debilidade do sistema cardiorrespiratório (ventilação mecânica invasiva e ventilação não invasiva), na preparação de material de trauma para execução de técnicas de mobilização e ou imobilização, rolamentos, levantamento, colocação de colar cervical, talas, entre outros. O facto de ter desenvolvido estas técnicas permitiu-me adquirir um conjunto de competências especializadas que minimizam o risco para a pessoa alvo de cuidados, corroboram Nunes et al. (2009), que cabe ao enfermeiro durante a sua intervenção e perante uma vítima de trauma, atuar no sentido de “preservar a vida, não agravar ou provocar lesões (...)” (p.23).

Relativamente à abordagem secundária da vítima de trauma, surgiu a oportunidade de: realizar a avaliação do status neurológico mediante a aplicação da escala de coma de Glasgow (GCS), participar na colocação de catéteres de linha arterial, colaborar na colheita de exames laboratoriais (gasometria, hemogramas, bioquímicas, estudo de coagulação, tipagem), efetuar colheita de dados de monitorização, efetuar os

registos de enfermagem, colaborar na preparação do transporte intra-hospitalar para outras unidades diferenciadas (bloco operatório, hemodinâmica, medicina intensiva, cardiologia, entre outros) e na realização de exames (radiológicos e imagiológicos), participando deste modo na preparação do transporte intra-hospitalar. Nesta perspetiva Meneguín, Alegre e Luppi (2014), na elaboração do seu estudo sobre a caracterização do transporte de doentes críticos na modalidade intra-hospitalar referem que o transporte da pessoa em situação crítica, é um período de grande instabilidade para o doente associado: à falta de materiais apropriados para monitorização e transporte, falhas técnicas (materiais / humanas), alterações fisiológicas do doente e o tempo de transporte. Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby (2015) acrescentam que,

(...) não é a gravidade do doente que determina o risco durante o transporte, este aumenta com o tempo fora da unidade em que o doente está em tratamento, com a agressividade das manobras de diagnóstico/terapêutica e com a qualidade com que se faz o transporte. (p. 23).

Em concordância com os autores supracitados, Comeau et al. (2015), referem que todos os hospitais deveriam possuir um plano formal para o transporte dos doentes em situação crítica e que este, deveria ser desenvolvido por uma equipa multidisciplinar e revisto periódicamente, tendo em linha de conta, as *guidelines* mais recentes. Também Meneguín et al. (2014), defendem que a implementação de um guia orientador de transporte, não é criada para aumentar o trabalho mas sim para aumentar a segurança do doente quando transportado. De salientar que durante a prática clínica, na fase de integração à unidade surgiu a oportunidade de consultar a norma do transporte crítico, contudo, verificou-se que a maioria dos enfermeiros, não possui formação específica acerca do transporte do doente crítico. Neste contexto Pedreira et al. (2014), referem que os enfermeiros possuem conhecimentos práticos sobre o transporte intra-hospitalar, mas que há necessidade de criar treinos específicos, pois as respostas surgirão a partir de conhecimentos adquiridos com a prática.

Durante a prática clínica no SUP, constatou-se que os enfermeiros desta unidade, independentemente das condições que auferem para a prestação de cuidados (falta de recursos humanos e recursos materiais, falta de oportunidade de formação e de reconhecimento profissional), procuram prestar cuidados alicerçados no cuidado competente e no respeito pela dignidade humana. Neste âmbito, Vaz e Catita (2000), confirmam que “o enfermeiro de urgência alia a sofisticação técnica de um ambiente *sui generis* a uma abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o seu doente (p.17).

Estes resultados encontram-se em consonância com o estudo efetuado por Jesus, Roque e Amaral (2015), onde constataram que a maior parte dos hospitais Portugueses têm ambientes desfavoráveis de prática de enfermagem e sublinham que,

(...) a qualidade dos ambientes da prática de enfermagem nos hospitais Portugueses evidenciada, requer uma imediata e profunda intervenção por parte dos diferentes responsáveis políticos e dirigentes associativos, profissionais e organizacionais, especialmente nas dimensões e adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, liderança e apoio dos enfermeiros. (p.26).

No desenrolar desta prática clínica e associado ao facto de já possuir uma pós graduação em supervisão clínica com um enfoque em gestão clínica, gestão de conflitos e liderança, constatou-se, que perante ambientes desfavoráveis, cabe ao enfermeiro gestor a responsabilidade de orientar, motivar e proporcionar relações com os seus pares de forma a contribuir para a instalação de ambientes saudáveis, onde todos os profissionais se sintam reconhecidos pelo seu trabalho e pelo seu saber. Saliente-se no entanto, que este respeito e admiração pelo líder/chefe de equipa só é efetivado quando ele próprio se insere no contexto, demonstrando competências excelentes durante a prestação de cuidados. Desta forma, acredito que a partilha e a vivência de experiências a nível das salas de emergência, acolhimento, triagem, tratamento (área médica e cirúrgica), cuidados especiais, relatos pessoais, formações presenciadas durante as passagens de turno e ou reuniões de equipe assim como, a elaboração de um portfólio reflexivo e reflexões propostas pela unidade curricular, foram fatores que contribuíram, para a consolidação dos conhecimentos apreendidos a nível académico e que vieram facilitar a sua aplicabilidade em contextos clínicos, garantindo desta forma a aquisição da competência em análise. Foi com base nas experiências vivenciadas que se desenvolveu uma prática mais célere perante situações complexas. Confirma Pimentel (2007), fazendo referência à teoria da aprendizagem experiencial de Kolb (1984), que “(...) a aprendizagem implica um processo reflexivo pelo qual a profissionalidade se desenvolve” (p.166) e acrescenta Le Boterf (2010), que, "*La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données*" (p.20).

A atuação em contextos de urgência e emergência proporcionou-me a oportunidade de agir perante a pessoa em situação crítica valorizando constantemente a importância do trabalho de equipa competente. Nesta sala, o espírito de união, o respeito, a organização, a responsabilidade, a competência e a inter ajuda está latente contribuindo indubitavelmente para a preservação da vida!

As intervenções apreendidas e desenvolvidas foram assim precursoras de um crescimento a nível pessoal e profissional, face aos procedimentos complexos efetuados à pessoa em carácter de urgência e emergência. Com a vivência destas oportunidades em contexto clínico sinto-me mais capaz para atender uma vítima no meio intra ou pré hospitalar, pois sinto que de uma forma ágil e organizada consigo colocar em prática os conhecimentos apreendidos. Enfatiza, Margato, Oliveira e Leite (2006) que,

(...) não basta que cada um acumule no começo de vida uma determinada quantidade de conhecimentos (...), é necessário estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim de vida, todas as ocasiões de atualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo de mudança (p.24).

Assim, neste contexto clínico onde tudo era novo para mim, procurei com ajuda do tutor desenvolver o *Know* em *How*, com enfoque na reflexão sobre a prática clínica baseada na evidência.

O facto de lidar com a complexidade num serviço de urgência promove assim nos profissionais a necessidade de um conhecimento mais ágil e documentado. Não há espaço mais propício para a complexidade que aquele, que se situa na base das interações entre seres humanos. O falar de um cuidar de qualidade num serviço hospitalar implica um olhar a todas as dimensões da Pessoa Humana.

Para a operacionalização da unidade de competência (que gere e atua assertivamente perante a administração de protocolos terapêuticos complexos detetando precocemente complicações que dos mesmos possam advir, K1.2), consultou-se durante o período de integração os protocolos, através da qual esta instituição se rege perante situações que exigem a implementação de protocolos complexos. Nesta perspetiva, Chiavenato (2004), sublinha a importância da existência de um programa de integração na uniformização dos cuidados, de forma a “fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera relevante para um bom desempenho em seus quadros”(p. 35).

Deste modo, na sala de cuidados especiais e na sala de observação, tive oportunidade de perante situações complexas de: Insuficiência Respiratória, Edema Agudo do Pulmão, Insuficiência cardíaca/ arritmias (FA, FV, TSV), falência renal, desequilíbrios hidro-eletrolíticos, epilepsia, hemorragia Subaracnoideia, hemorragia digestiva alta, Intoxicação por sedativos e hipnóticos, feridas complexas aplicar protocolos (drogas vasoativas, insulinoaterapia, cloreto de potássio etc.) prescritos pela medicina intensiva nos doentes que se encontram internados nos cuidados especiais. Os protocolos promovem a



uniformização dos cuidados à pessoa a vivenciar episódios de situação crítica, perspetivando melhores *outcomes*. Segundo, Wetteneck (2005), os protocolos facilitam a tomada de decisão; Minimizam a incerteza e reduzem a variabilidade da prática clínica; Melhoram a qualidade assistencial no domínio da efetividade, eficiência e satisfação; Controlam o uso inadequado de recursos e diminuem o risco. Reforça o autor supracitado que, o que se pretende é “fazer bem à primeira e sempre”. Nem todas as patologias justificam a realização de protocolos de atuação pelo que existem critérios de prioridade para a realização dos mesmos e que são prevalência e incidência da patologia clínica: Impacto da doença face à condição de mortalidade, morbidade e déficit funcional.

Nesta perspetiva, ao longo da prática clínica surgiu a oportunidade de aplicar protocolos e agir no sentido da prevenção de complicações, aplicando os meios de monitorização existentes na unidade respetivamente: monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, pressão venosa central, pressão intracraniana (PIC), pressão arterial invasiva (PAI) através de cateter arterial, pressão arterial não invasiva, escalas de monitorização (escala de coma de Glasgow, escala verbal analógica (EVA), Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS), escala de Braden, escala de avaliação de risco de queda (escala de Morse). Na unidade de cuidados especiais colaborou-se perante situações complexas, na preparação e execução de procedimentos invasivos: cateter central, linha arterial, entubação orotraqueal (EOT), colocação de drenos torácicos, medulograma, punção lombar, cardioversão, etc. O facto de colaborar com as equipa médicas da medicina intensiva e do serviço de urgência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, sob ventilação invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI) na medida em que pude interligar e operacionalizar os conhecimentos teóricos em contexto clínico, contribuindo desta forma para o alcançar das competências pretendidas.

Nestas salas chegam, assim, os doentes mais críticos exigindo maior perícia, atenção e conhecimentos por parte dos enfermeiros. Estes doentes primam, pela necessidade de cuidados de Enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua, permitindo-se manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, deixando assim implícito a necessidade premente de um enfermeiro especialista que garanta a correta aplicação dos protocolos traçados nesta unidade, privilegiando assim um cuidado competente. De acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e à luz das competências do domínio das aprendizagens profissionais executou-se uma pesquisa

bibliográfica e fichas de leitura com base em artigos científicos de forma a fomentar uma prática fundamentada na intervenção em contexto clínico. Fazio (2011), corrobora que os enfermeiros, num serviço de urgência devem possuir amplos conhecimentos e competências para prestar cuidados a pessoas com problemas de saúde vários. Relativamente a este contexto surgiu a oportunidade singular de colaborar numa flebotomia perante um doente com eritrocitose, prestar cuidados à pessoa vítima intoxicada por tentativa de suicídio. Salvado (2013), refere que “a intoxicação, independentemente de qual seja o agente que a origina, é, atualmente, um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais razões de internamento em hospitais (...) estando entre as principais causas de morte nos países ocidentais” (p.23). Refere ainda que “(...) na Europa, as intoxicações medicamentosas devem-se principalmente a analgésicos, antidepressivos e benzodiazepinas, sendo estes a principal causa de morte devido a intoxicação”. (p.24). Em 2015 no SUP, segundo dados estatísticos do sistema de triagem de Manchester do Sesaram foram admitidos 429 casos. Este fenómeno requer assim das equipas de saúde uma reflexão acerca da prevenção a nível do sistema de saúde primário. Nesta perspetiva Meleis (2012) sublinha a importância do acompanhamento destes doentes, após instituída alta do SUP. Esta vivência por parte do doente e família remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados na sociedade, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais até mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas. Também Pereira (2014) citando Dowswell et al (1999), confirma que “ajudar a gerir eficazmente as alterações que a dependência para o autocuidado impõem a uma pessoa não é um processo fácil, sendo por vezes um processo bastante complexo e multidimensional” (p. 27). Perante esta situação de mudança, Pereira (2014) acrescenta que“ (...) a disponibilidade e a proximidade constituem elementos de atitude clínica proactiva (...) o enfermeiro ao estar atento, centrando-se no outro para o conhecer, apropria-se de informação que lhe permite gerar alternativas, de acordo com essa situação específica” (p.190), o que revela que a proximidade ao doente sem ser intrusiva contribui para a sua cura. Neste contexto, Afaf Meleis (2012) na teoria de médio alcance enfatiza a importância do enfermeiro perceber a Pessoa, no seu todo contextual à luz dos princípios da ética e da bioética, perspetivando a promoção de uma transição saudável.

Em contexto clínico, uma das situações que me causaram grande impacto emocional, foi a problemática da toxicod dependência: Correio de droga humano. O conceito de toxicod dependência, surge assim numa encruzilhada de múltiplas dimensões que se

interpenetram na vida humana, designando a maioria das vezes a figura caricatural de usos nocivos, autodestrutivos e alienantes (Morel, Hervé e Fontaine, 1998 cit. por Lopes e Faria, 2005).

A intervenção de enfermagem incide no despiste de complicações, através de uma monitorização rigorosa. Na operacionalização de intervenção é assim exigido uma equipa multidisciplinar atenta e treinada para compreender a perceção do toxicodependente, a sua inter-relação com espaços psicotrópicos, inserido numa subcultura com normas e estilos de vida particulares, visando uma prestação de cuidados livre de preconceitos, sem juízos morais, e que respeitem a condição humana do toxicodependente e das suas opções.

Adicionando às patologias vivenciadas no que respeita à pessoa ao cuidar da situação crítica, na sala de cirurgia tive a oportunidade de executar tratamentos a feridas: cirúrgicas, traumáticas e complexas (úlceras de pé diabético), procurando implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

As úlceras de pé diabético, foram as que apresentaram maior incidência a nível de SUP. Neste âmbito o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015) refere que a prevalência da Diabetes em Portugal no ano 2014 era de 13,1 % da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de aproximadamente 1 milhão de portugueses com diabetes. A condição de Pé Diabético é uma das complicações mais graves em Pessoas com Diabetes, conduzindo na maioria das vezes à amputação.

Cuidar de pessoas em situação crítica apresenta-se assim como uma realidade díspar na esfera do cuidar em enfermagem e reclama aos profissionais, conhecimentos extraordinários sedimentados em competências exímias, na esfera do cuidar humano.

Durante a prática clínica muitas foram as situações que vivenciei e que deixaram a sua marca, contudo, uma das experiências que gostaria de frisar, refere-se ao processo de aquisição de competências do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista, perante uma cardioversão. Este procedimento foi efetuado duas vezes, contudo em momentos diferentes, num primeiro momento com a presença do enfermeiro generalista e num segundo momento com o enfermeiro especialista. Foi notória a diferença de atuação.

O enfermeiro generalista, iniciou a preparação da técnica, preparando o material, posicionando o paciente e informando-o acerca do tratamento. Após preparado o doente e o material, ficou a aguardar no gabinete de enfermagem a equipa médica. No segundo momento, o procedimento foi efetuado pelo enfermeiro especialista. Este, iniciou a

preparação da técnica, explicando ao doente o procedimento deixando espaço e um ambiente convidativo ao desenvolvimento de uma relação empática, facilitando assim a expressão de medos, receios ou dúvidas. Uma vez que a equipa médica não se encontrava facultou a presença da esposa enquanto preparava o restante material. Procurou avaliar a estrutura anatómica do utente de forma a colocar à disposição do anestesista os dados necessários para a administração de fármacos curarizantes (peso e altura), retirou do carro de urgência o material de entubação, tendo procedido à avaliação do seu funcionamento, prosseguiu com a escolha adequada do tubo de entubação oro traqueal (TOT) após medição do doente e confirmou a carga do desfibrilhador antes de ser empregue o choque, antes dos médicos darem início ao procedimento. Perante esta dualidade de ação, pude constatar que a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-lo com eficácia e eficiência.

Neste momento senti orgulho e responsabilidade em fazer parte de um grupo restrito de enfermeiros detentores de um corpo de conhecimentos que privilegiam a prestação de cuidados por excelência de qualidade, assumindo assim uma postura antecipatória e preventiva de complicações, que dos procedimentos possam advir. Neste sentido procurei adotar práticas de cuidados responsáveis e de qualidade que respeitam a pessoa na sua singularidade, agindo assim em conformidade com o Regulamento nº. 122/2011 de 18 de Fevereiro no que concerne ao desenvolvimento dos quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Atender a pessoa implica atender e compreender a dor que esta vivencia durante um processo de transição saúde doença. Nesta esfera de raciocínio também, Silva et al. (2016), identificam a dor como um dos principais sintomas responsáveis pela recorrência aos serviços de urgência. A *International Association for the Study of Pain* (2017), alerta para a falta de formação acerca do tratamento da dor e da prestação de cuidados eficazes do doente com dor. Reforça, neste sentido que a falta de controlo e a falta de reconhecimento da dor é um problema de saúde pública e que à sua resolução deve ser atribuído um elevado grau de prioridade. Enfatiza ainda que, “(...) apesar de poucas pessoas morrerem de dor muitas morrem com dor e, ainda mais, vivem com dor” (sp). Neste âmbito a Associação Portuguesa no estudo da dor (2017), define dor como sendo, “(...) 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” (sp).

Para gerir a dor, Cicely Saunders refere que o enfermeiro precisa de mobilizar os seus conhecimentos na valorização do “todo” da Pessoa como ser bio psico social espiritual e singular, no reconhecimento globalizante de “dor total”. Confirma APED (2017),

(...), a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; a dor é um fenómeno subjetivo, cada pessoa sente a dor à sua maneira (da minha dor só eu sei); não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor; não existe relação direta entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento; por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem (sp).

Neste sentido e no decorrer desta prática clínica, constatou-se que a avaliação da intensidade da dor é deficitária no SUP e que a equipa de enfermagem não está sensibilizada para a utilização de instrumentos de avaliação de dor. Neste prisma, Lopes (2006), confirma que a dor é subestimada, escondida e até negada quer pelos doentes quer pelos profissionais de saúde. Também Silva et al. (2016), apuraram que relativamente “ (...) ao tempo entre admissão e primeira analgesia no serviço de urgência, foi observada uma demora, em alguns casos, para a administração do primeiro analgésico” (p.36) e constataram que no tratamento à dor instituído em contexto de urgência “houve inadequação analgésica neste estudo, visto que, apesar de a dor ser intensa na maior parte dos casos, os analgésicos simples e AINES foram os fármacos mais prescritos, o que caracteriza a prática de oligoanalgesia” (p.36). Nesta linha de raciocínio a Ordem dos enfermeiros (2008) alerta, que a negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Acrescenta ainda que é preciso mudar mentalidades, hábitos enraizados e conceitos que são inaceitáveis no século XXI. Perante esta realidade e em busca de um controlo eficaz da dor a Direção Geral de Saúde (2013), instituiu a dor como o quinto sinal vital, com a obrigatoriedade da avaliação e registo regular da intensidade da dor pelos profissionais de saúde.

A equipa de Enfermagem tem assim um papel central na adequação, conhecimento e aplicação dos métodos de avaliação da dor padronizados, de maneira a poder atuar nesta avaliação, utilizando os instrumentos necessários ao diagnóstico, honrando assim o compromisso da enfermagem na satisfação e humanização na prestação

de cuidados do cliente/família. Potter e Perry (2006), relembram que cada indivíduo é culturalmente único e é o produto de experiências, crenças e de valores passados que foram ensinados e transmitidos de geração em geração. Deste modo, o enfermeiro na sua intervenção deve privilegiar o relato pessoal da dor, “a dor é aquela que o doente diz ser”. Na impossibilidade do doente se encontrar privado desta faculdade, o enfermeiro deverá basear-se nos comportamentos, nas expressões faciais, nos sinais de monitorização, e com a ajuda dos familiares e com base numa escala comportamental de dor, avaliar a dor agindo assim em conformidade com o domínio da responsabilidade profissional ético e legal.

Assim, na aquisição da competência em destaque, realizou-se uma pesquisa bibliográfica aprofundada acerca das várias escalas de monitorização de dor, discutiu-se com a equipe a problemática da falta de registo e planeamento de intervenções farmacológicas e não farmacológicas face à dor. Procurou-se ainda avaliar a dor do doente tendo em consideração os parâmetros: história de dor, exame físico, descrição das características de dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência), formas de comunicar a dor / expressões de dor, fatores de alívio e de agravamento, estratégias de  *coping*, implicações da dor nas atividades de vida, conhecimento acerca da doença, sintomas associados, impacto emocional, sócio económico e espiritual da dor e resposta à terapêutica, de forma a verificar o efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas. De salientar que uma avaliação eficaz da dor, da Pessoa em contexto de SUP, é sinónimo de uma prestação de cuidados exímia onde a dignidade e o respeito imperam no cuidado ao doente.

No desenvolvimento desta competência: o enfermeiro faz a gestão diferenciada da dor, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, otimizando respostas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento à dor da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, K.1.3), relembro uma situação clínica que suscitou algumas questões do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados na equipa. Tratou-se de um utente de 84 anos que deu entrada no serviço de urgência, por agitação e confusão. A família referia desconhecer o que se passava com o utente. Relataram que o doente havia tido alta da neurocirurgia após drenagem de um hematoma cerebral há três dias, contudo no momento da alta encontrava-se consciente e orientado. O doente foi triado por um enfermeiro e posteriormente observado por um médico que lhe prescreveu após exame físico e neurológico, haloperidol 5 mg e apoio da psiquiatria. Ao observar o utente na sala de tratamentos apercebi-me que este apresentava-se com fácies de dor, sudado, pálido,

hipotenso, taquicardíaco e sem posição de conforto. Neste contexto, Silva et al. (2016), confirmam que “a dor aguda pode causar alterações na pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, diminuição da oferta de oxigénio aos tecidos e prejuízos nas atividades de vida diária” (p.36). Após entrevista aos familiares, estes referiram que o utente encontrava-se com polaquiúria. Com base numa experiência pessoal de quinze anos num serviço de urologia, identificou-se o diagnóstico de retenção urinária atual tendo efetuado um esvaziamento vesical gradual de 2450 ml de urina. A assistência efetuada perante esta situação particular pode estar na origem de vários fatores tais como, a formação profissional, o número de profissionais disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições. Assim, a avaliação sistemática desses fatores que interferem nas ações de enfermagem deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando a obtenção dos resultados desejados.

O enfermeiro especialista deve por isso munir-se de competências pessoais e profissionais com base nos princípios da relação de ajuda da ética e da deontologia profissional e da gestão de cuidados de forma a resolver situações imprevistas e complexas perante diversos contextos e perante situações problemáticas inerentes às suas funções, como é o caso das perturbações do foro emocional (ansiedade, medo da morte e dos processos de luto) decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

Neste contexto confirma o Manual da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência, enunciado pela DGS (2001) que as urgências são “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (p.7) e emergências são “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p.7). Neste sentido, a urgência é um local onde se vivencia de forma exacerbada sentimentos de ansiedade, medo, dúvida e insegurança, perante situações de doença complexa ou morte eminente. O enfermeiro, neste contexto como prestador de cuidados assume o dever de acolher a pessoa e de promover o bem estar como instância última, da sua intervenção, procurando aplicar em contexto clínico, competências de comunicação clínica assentes nos princípios da relação de ajuda e norteados pelos princípios éticos e deontológicos que visam a promoção da humanidade dos cuidados de enfermagem. O saber observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares são

competências básicas essenciais à boa prática clínica. Ressalva Deodato (2014), que, “contribuir para o bem estar das pessoas constitui assim um objetivo que se insere na dimensão ética que os cuidados de saúde inevitavelmente implicam” (p.106). Os enfermeiros no SUP encontram-se assim, frequentemente confrontados com pessoas a vivenciar transições, sendo que a mais delicada refere-se à morte de um familiar. Mercadier (2004), enfatiza que a morte afeta uma pessoa, e não apenas um corpo orgânico, o que faz dela um acontecimento relevante para toda a comunidade e implica, necessariamente, um ritual. Esta é, segundo Silva et al. (2006), “a característica mais humana e cultural do antropos” (p.20). Também Deodato (2014) refere que “nas situações de fim de vida, em que a morte se revela inevitável, a decisão de enfermagem não se funda cegamente no respeito pela vida. Respeitar a pessoa significa sobretudo respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima” (p.103).

Para o desenvolvimento de competências nesta área recorri aos dez anos de experiência por ter trabalhado num serviço de oncologia, onde lidar com o sofrimento, com a dor e com a morte eram realidades constantes, procurou-se mobilizar os conhecimentos aferidos nas unidades curriculares de ética e deontologia e de cuidados paliativos (estratégias de luto, comunicação de más notícias e decisão ética em enfermagem) de forma a prestar um cuidado humanizado. A comunicação de más notícias surge assim, como uma realidade díspar na prática diária dos profissionais que trabalham com doentes críticos, constituindo-se em uma das áreas intervencionais do foro ético e deontológico mais complexas do cuidar em enfermagem. Lembra Hesbeen (2004) que “qualquer situação de cuidado desenrola-se desta forma, em qualquer lugar e em, qualquer circunstância. Pode-se então, afirmar que (cuidar) é uma tarefa difícil e que só se poderá encarar sob uma perspetiva ética” (p.89).

Durante o estágio tive duas situações de morte inesperada em contexto de sala de reanimação: uma paragem cardiorrespiratória (PCR) como consequência de um enfarte agudo do miocárdio (EAM) extenso e a segunda vítima com edema agudo do pulmão (EAP), secundário a uma insuficiência renal crónica obstrutiva (IRC). O carácter “inesperado” da perda de um ente querido no SUP, assume, assim uma relevância magnânima na gestão dos sentimentos e emoções, da família por parte do enfermeiro. Nesta perspetiva Araújo e Leitão (2012) enfatizam que o sofrimento causado por uma má notícia é de algum modo reduzido se o médico/profissional de saúde mostrar consideração pelos sentimentos do doente, se tiver tempo para responder a perguntas (...) garantindo ao



doente um apoio contínuo, mesmo quando a cura não for mais possível” (p.3). Neste contexto Amaral (2013) acrescenta que adotar estratégias com base num modelo de transmissão de más notícias, favorece o desenvolvimento da empatia, da credibilidade e da confiança.

Perante as situações de morte vivenciadas procurou-se mobilizar as estratégias facilitadoras da comunicação junto dos familiares e amigos das vítimas, invocando os princípios da relação de ajuda e aplicando as fases do protocolo SPIKES (*Setting Up The Interview; Perception, Inventation; Knowledge; emotions; strategy and Summary*) proposto por Buckman, auxiliando e promovendo a consciencialização no momento, perspetivando assim, uma transição saudável alicerçada na confiança, no respeito, no sigilo em prol da manutenção da dignidade Humana.

O enfermeiro perante a morte deverá procurar ser o farol que ilumina e apazigua a dor e o sofrimento da família, reconhecendo que “ (...) apenas o impossível, o retorno da pessoa amada, constituiria um reconforto para a pessoa enlutada” (Rebelo, 2006).

A magnitude do sofrimento caracterizado pelo vazio, pela solidão, pelo desespero e pelo medo da morte são sentimentos que se vivenciam em situações de catástrofe.

A ocorrência de catástrofes (naturais /provocadas pelo homem) aliadas ao crescimento de: violência, terrorismo, toxicodependência e fluxo migratório de pessoas são factores que colocam a humanidade em risco.

Segundo o Manual do INEM (2012) catástrofe,

é um acontecimento súbito quase sempre imprevisível. É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (s.p).

Neste âmbito, a prestação de cuidados do enfermeiro especialista impõe a obrigatoriedade de estar continuamente preparado para a possibilidade de intervir em situações inesperadas visando, com o seu papel, reduzir ou eliminar baixas humanas e reduzir traumas a nível psicológico e físico, que destas possam advir. A Ordem dos enfermeiros (2011) confirma à luz do Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro que compete ao enfermeiro especialista participar na,

(...) intervenção e concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante a complexidade decorrente da existência múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta (sp).

De forma a desenvolver a competência em análise (Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, K2) e com o intuito

de aperfeiçoar conhecimentos na área, efetuou-se uma leitura criteriosa do Plano de Catástrofes do serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça (2008), seguido de uma análise teórico/ reflexiva com os elementos de enfermagem do serviço de urgência, acerca das dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas e por todos aqueles que desempenharam funções de líder, perante uma catástrofe. Com este objetivo de aperfeiçoar competências do domínio da qualidade dos cuidados à luz da competência de gestão dos cuidados, surgiu a oportunidade de aplicar o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira num simulacro de multivítima, coordenado pelo Centro Regional de Operações de Emergência de Proteção Civil (CROEPCA) do Serviço Regional de Proteção Civil, IP RAM. Esta componente teórico prática curricular, contribuiu para a integração de capacidades relativas à sistematização das ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência. Foi uma experiência que motivou a reflexão do trabalho em equipa perante uma situação de catástrofe, onde se pode integrar de forma prática os conhecimentos e procedimentos a serem tomados numa situação de multivítima. No contexto elaborado houve a oportunidade de aplicar os sistemas de triagem primária e triagem secundária. A triagem primária rege-se pela aplicação do sistema START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) que categoriza as vítimas em quatro níveis de prioridade (Prioridade 1: cor vermelho - Vítima emergente; Prioridade 2: cor amarelo - Vítima grave; Prioridade 3: cor verde - Vítima não grave, sendo que a cor preta designa-se às vítimas inanimadas). Na triagem secundária a abordagem é realizada de acordo com o sistema *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos (TRTS = [1, 10] Prioridade 1; TRTS = 11 Prioridade 2; TRTS = 12 Prioridade 3; TRTS = 0 Morto), surgiu ainda a oportunidade de transportar as vítimas de acordo as indicações do Posto central de operações identificando as zonas de socorro à vítima, desde o ato de delinear a zona de sinistro até à zona de receção de reforços. Esta foi sem duvida uma experiência fulcral no meu desenvolvimento profissional e na obtenção desta competência.

Outra oportunidade formativa realizou-se à luz do acordo efetuado entre a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e a Associação para a Promoção da

Emergência Médica – Madeira Emergência, onde surgiu a oportunidade de realizar um curso teórico prático sobre Desfibrilhação Automática Externa (DAE) com os seguintes conteúdos pragmáticos: sistema integrado de emergência médica, cadeia de sobrevivência no adulto e suporte básico de vida com DAE no adulto.

O enfermeiro como profissional da área da saúde deverá ser um elemento que prioriza a ação mediante um conhecimento competente e assertivo, devendo estar preparado para qualquer situação de emergência que se lhe apresente no pré hospitalar. Neste contexto o INEM (2012) no Plano de Programação Automática Externa refere que “a fibrilhação ventricular é o mecanismo mais frequente da paragem cardiorrespiratória de origem cardíaca e o único tratamento eficaz é a desfibrilhação eléctrica”(p.4). Este curso foi assim uma mais valia formativa a nível da unidade curricular, alcançada com sucesso, tendo sido neste âmbito, obtido a certificação de competência para operador de DAE.

No que concerne ao desenvolvimento da competência: Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequados (K3), o enfermeiro em qualquer contexto da sua prática tem o dever de privilegiar no ensino a prevenção da infeção.

Segundo o Regulamento 361/2015 de 26 de junho de 2015 os Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos, como elementos chave na resposta às necessidades de cuidados seguros das pessoas em situação crítica. Prestar cuidados seguros implica que o enfermeiro no desempenho da sua profissão maximize a sua intervenção no combate às infeções Associadas aos cuidados de Saúde.

O aumento das infeções hospitalares associado aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a medidas invasivas, de diagnóstico e de terapêutica, tem sido tema de discussões e reflexões por parte dos profissionais de saúde bem como da comunidade em geral.

A criação do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Anti microbianos (PPCIRA) – Grupo de Coordenação Regional - RAM veio procurar dar resposta a esta realidade delineando um conjunto de ações que visam prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo assim a qualidade em saúde.

De acordo com a DGS (2008) a IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde e procedimentos de saúde prestados e que, pode, também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Constatam Chaves e Quadrado (2009) referindo (Biomérix, 2007) que as infeções associadas aos

cuidados de saúde são a maior causa de mortalidade, morbidade e custos elevados nos cuidados de saúde e acrescentam que, na Europa são contraídas cinco milhões de IACS/ano, correspondendo a 50.000 mortes (1%).

Neste âmbito, o Relatório de Auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos (2016) da DGS referentes a 2014/2015 constatou que apenas 57,1% dos enfermeiros em 2014 e 75,2 % dos enfermeiros em 2015 conheciam o conteúdo da norma da DGS sobre precauções básicas de controlo de infeção. Relativamente à inclusão dos objetivos e metas de controlo de infeção e resistência aos microbianos (RAM) no seu processo de desempenho verificou que apenas 65,5% dos enfermeiros em 2014 e 66,6% dos enfermeiros em 2015, assumiram que o faziam anualmente, tendo se registado um aumento global deste Índice de 1,1 pontos percentuais.

É com a partilha de saberes e vivências que a formação acontece em contexto clínico enfatizando assim a importância de uma prática baseada na evidência (PBE). A *World Health Organization & International Council of Nurses* (2006) no dia da comemoração do dia do enfermeiro alertou que uma PBE é promotora de desenvolvimento nas unidades de saúde.

Assim durante a prática clínica procurou-se identificar um problema perante o qual pudéssemos dar o nosso contributo, o nosso saber. Deste modo verificou-se que no serviço de urgência, o procedimento da cateterização vesical não era efetuado de acordo com o feixe de prevenção da infeção urinária proposto pelas *guidelines* internacionais no combate à infeção do trato urinário (ITU) e constatou-se que os enfermeiros não selecionavam o tipo de algália de acordo com a necessidade do doente, demonstrando assim um desconhecimento sobre o material a utilizar nestes procedimentos. Segundo a DGS (2016) as infeções do trato urinário são o quarto tipo de infeção mais comum associada aos cuidados de saúde sendo que em 2011 representaram 12% de todas as infeções reportadas pelos hospitais com cerca de 93 300 casos estimados.

O facto de possuir experiência em urologia permitiu-me identificar facilmente esta situação e assim deste modo foi proposto ao enfermeiro chefe a realização de uma formação acerca da prevenção da ITU, estratégias a adotar em ambiente de urgência perante a necessidade urgente de uma cateterização vesical, tendo em vista a privacidade e o respeito da Pessoa perante o procedimento e ainda a realização de um *workshop* acerca dos materiais de algaliação focando a durabilidade do material, indicações para sua utilização e instruções de inserção do cateter na Pessoa, materiais de punção supra púbica,

condutores, dilatadores, etc. Procurou-se ainda esclarecer algumas dúvidas relativamente aos procedimentos a ter perante obstrução dos cateteres vesicais, técnica de desobstrução manual e avaliação da permeabilidade. O feedback da formação e do workshop foi positivo uma vez que todos os enfermeiros presentes demonstraram interesse na formação evidenciando no final grande curiosidade em passar na unidade de urologia de forma a se familiarizar melhor com o material tendo em vista o aperfeiçoamento nesta área.

Com esta atividade procurei uma vez mais, dar o meu contributo, no potenciar capacidades e competências da equipa, tendo em vista a mudança de atitudes, com ganhos em saúde para o doente, comunicando resultados da prática clínica e de investigação aplicada, agindo assim em conformidade com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Ao longo deste percurso, reconheceu-se a importância da pesquisa bibliográfica e a partilha de experiências e saberes, no cuidar da Pessoa em situação crítica, num processo contínuo de formação auto pessoal. Esta experiência formativa assinalou a primeira etapa deste processo evolutivo de aquisição de competências teórico e práticas complexas perante a pessoa em situação crítica em prol de um cuidar por excelência de qualidade.

Em quinze anos de carreira profissional nunca antes havia tido a oportunidade de assistir vítimas de trauma em contexto de urgência/emergência, esta vivência constituiu-se como numa das melhores experiências profissionais. Foi com grande interesse e motivação que prosseguiu-se para o segundo momento de aprendizagem clínica, que se realizou na Unidade de cuidados intensivos Polivalentes (UCIP) do hospital Dr. Nélio Mendonça.

Assim, no capítulo que se segue procurou-se descrever como é que esta unidade, que se faz nortear pelos princípios da bioética agindo em conformidade com o manual das “boas práticas” no cuidado à pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica, é facilitadora da aprendizagem em contexto clínico.



**CAPÍTULO III – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM  
CONTEXTO DE MEDICINA INTENSIVA. QUE COMPETÊNCIAS?**





### **3.1 Enquadramento Contextual- Estágio II – Cuidados Intensivos.**

A unidade de medicina intensiva polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Serviço de Saúde da RAM, é uma unidade acreditada em 2017 pela *Agência Calidad Sanitária de Andalucía* (ACSA) a qual goza da certificação da *Internacional Society for quality in Health Care* (ISQUA) pela qualidade a um nível Bom. É também reconhecida pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos como uma UCIP de nível III. De acordo com o Regulamento n. 533/2014 publicado em Diário da República Anexo III 2ª série de 2 Dezembro, uma UCIP de nível III significa “(...) ser capaz de assegurar, em colaboração os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável” (p.30254).

À luz do referido, a seleção do contexto de estágio assume assim um carácter de extrema relevância no desenrolar do processo evolutivo de aquisição de competências. Neste contexto Rua (2011) refere que,

cada local de estágio constitui-se como um campo complexo de oportunidades de aprendizagem do aluno, mas o mesmo só pode ser facilitador dessa aprendizagem se o aluno estiver preparado para vivenciar as experiências que lhe possam ser proporcionadas, se tiver motivação, maturidade, capacidade cognitiva, e se a atmosfera envolvente for promotora do seu desenvolvimento (p.61).

Perspetivando um aperfeiçoar das competências técnicas e relacionais à luz dos padrões consagrados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, esta prática curricular iniciou-se a seis de julho tendo terminado a um de agosto de 2016, com a satisfação de ter atingido as competências propostas pela UC. Esta UC contemplou um total de duzentos e cinquenta horas, sendo que cento e trinta horas, foram dedicadas à prática clínica (estágio), dez horas para orientação tutorial e cento e dez horas destinaram-se ao trabalho autónomo.

É um serviço visionário que ambiciona melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo.

O método de trabalho empregue é o método do enfermeiro responsável. Este método sustenta alguns benefícios no tratamento e cuidado do doente/família, das quais se destacam, a proximidade e individualização dos cuidados prestados, o aumento da satisfação do doente/família e da sua orientação face a um elemento de referência que lhe presta os cuidados, aumentando deste modo os níveis de confiança e segurança do doente/família. Neste âmbito, em prol de um cuidado mais humanizado e de qualidade a

UCIP dispõe de um guia de acolhimento para a família e visitas, que pretende facilitar o acompanhamento da pessoa junto do seu familiar.

Com esta prática clínica procurou-se como objetivo geral; Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica à luz da análise, prática e reflexão das vivências da pessoa e da sua família em contexto de medicina intensiva. Assim, com base na evidência científica e no manual de boas práticas e de forma a atingir o objetivo proposto a 100% dediquei esta prática clínica à operacionalização dos conhecimentos teóricos a nível prático. Neste contexto, Benner (2005) confirma que a especialização consegue-se através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências. Deste modo passo a referir como vivenciei e percecionei este ambiente de medicina intensiva e como é que, a vivência destas situações complexas foram promotoras do desenvolvimento auto pessoal.

### **3.2 Cuidados à Pessoa em Contexto de Medicina Intensiva**

O ambiente de cuidados intensivos está envolto numa panóplia de equipamentos tecnológicos de monitorização que procuram suportar a vida da pessoa em situação crítica. Nestas unidades enfatiza-se o desenvolvimento das perícias técnicas no cuidado ao doente com base nas competências profissionais que garantam uma resposta assertiva perante uma situação crítica. Perante este ambiente os enfermeiros sentem uma necessidade acrescida de desenvolver e aperfeiçoar as suas competências teóricas, práticas, relacionais e éticas no seu exercício profissional. Nesta perspetiva, Urden, Stacy e Lough (2008) citando Miler, K. (1995) referem que manter o “cuidar” em unidades de cuidados intensivos “é um dos maiores desafios a enfrentar” (p.6). Este é um desafio com o qual todos os enfermeiros se debatem na atualidade associado ao ambiente da UCI e ao processo transicional de doença crítica que a pessoa e a sua família vivenciam. Fontes e Ferreira (2009) referem que as UCI’s são ambientes que num primeiro contacto transmitem à pessoa e à família sentimentos de hostilidade, pois caracterizam-se por “(...) espaços fechados, complexos e tecnológico, com a permanência de pacientes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na sua grande maioria reservado” (p.34). Nesta perspetiva Hinkle e Fitzpatrick (2011) nos resultados do seu estudo referem que a unidade

de cuidados intensivos (UCI) é um local onde a tecnologia e a efetividade prática predominam sobre as relações pessoais e a qualidade humana. O equipamento tecnológico, os ruídos, a separação física, a gravidade da doença, entre outros factores contribuem para o desenvolvimento de experiências stressantes invocando sentimentos de medo, incerteza, choque, dúvida e ansiedade junto ao doente/família. Confirmam Davidson, Daly, Agan, Brady e Higgins (2010) que estes sentimentos de medo, incerteza, choque, dúvida e ansiedade, induzem ao trauma e conseqüentemente podem estar na base da crise familiar. Neste contexto Toldo, Grazioli, Hanuer, Rosa e Silva (2016) referem que,

nesta unidade, é imperativo a demanda de ações centradas no modelo tecnicista voltadas, quase que exclusivamente, para a pessoa internada, com atenção reduzida à família, que neste momento submerge no sofrimento diante das possibilidades de perda, da insegurança e da incerteza (p.1).

e acrescentam que a falta de atenção por parte do enfermeiro e o ambiente em que se encontra o seu familiar são fatores que induzem à falta de confiança nos cuidados provocando um, “(...) elevado grau de stresse, ansiedade, perturbações e dificuldades de natureza física, psíquica e social nos familiares interferindo na capacidade de enfrentamento da situação e no bem-estar, muitas vezes alterando hábitos, cultura, religiosidade e situações económicas” (p.1).

Contudo no reverso da medalha Catela (2008) refere que as vivencias de cuidados intensivos também são perturbadoras para o enfermeiro (...) assistir ao sofrimento, à dor, e também à morte dos doentes crónicos desencadeia sentimentos contraditórios e intensos, como a impotência, frustração e, por vezes, o alívio (p.52).

O enfermeiro no seu cuidar tem que atender às diferentes dimensões da pessoa porque ela é biológica, é psicológica, é social e é espiritual, só partindo desta premissa, será possível prestar cuidados humanizados. Assim incluir a família do doente revela-se uma atitude humanizadora. A pessoa em situação crítica internada num serviço de medicina intensiva encontra-se frequentemente impedida de falar, de se expressar associado à presença de: coma, sedação, tubos, aparelhos de ventilação invasiva, etc., esta limitação traduz perda de autonomia.

Reforça Salomé (2011) que

(...) a tecnologia é importante para melhorar a saúde do paciente, porém, ela deve estar interligada num processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico e técnico, em que a atenção, transmitido pela comunicação, é essencial para um cuidado humanizado (p.24).

Tembo, Higgins e Parker (2015) apuraram que o ambiente da UCI acarreta para o doente uma grande carga de emoções, os doentes que participaram neste estudo referiram

que o fato de não poderem falar, fazia com que se sentissem presos em corpos disfuncionais, descreveram que, sem a possibilidade de falar sentiam-se impotentes, como se estivessem entre uma espécie de limbo, onde só existe vazio e dúvida, como podemos constatar no seguinte depoimento: “(...) infelizmente não podia falar, eu não tinha voz, queria saber o que se passava, falar dos meus sentimentos, mas era difícil. Eu sabia o que eles estavam dizendo, mas eu não podia responder, movimentos corporais e gestos, (...) era como se não estivesse presente” (p.173). Neste estudo, ser incapaz de falar evocou sentimentos de medo e uma forte presença de morte, refere-o os autores do estudo. Também Alves (2012) refere que a disponibilidade do enfermeiro é essencial para que possa perceber a mensagem que o doente transmite e sublinha que a presença de um familiar que atue como elo de ligação entre o enfermeiro e o doente e toda a equipe da UCI é considerado como fator facilitador da comunicação. Neste contexto corrobora Alves (2012) que a comunicação tem sido descrita como uma experiência algo assustadora para o doente crítico e constitui um fator significativo na avaliação de sintomatologia e na participação dos doentes na tomada de decisão.

A perda de autonomia da pessoa internada numa UCI e atendendo à precariedade do seu estado clínico, obriga a que o enfermeiro no desempenho das suas funções recrute os valores universais do cuidar humano, privilegiando assim a dignidade humana. Nunes (2011) confirma que “a ética profissional formula princípios e valores de uma profissão, surgindo associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional” (p.40).

Assim perante a pessoa e a família em situação crítica procurei durante a minha prática clínica e com base na revisão de literatura efetuada na fase de projeto acerca das vivências da pessoa e família numa unidade de cuidados intensivos, nortear a minha ação com base nos fundamentos éticos da profissão, tais como: o respeito pela pessoa e pela dignidade humana, o respeito pela vontade do próprio, o respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa, no bem para a pessoa, à luz do princípio da não maleficência, no respeito pela vida e pela qualidade de vida, na promoção do bem estar e no alívio do sofrimento, na proteção da saúde, no princípio da justiça e na confiança.

Deste modo, no subcapítulo seguinte, procurou-se descrever as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica desenvolvidas e aperfeiçoadas, enfatizando contudo com maior notoriedade as unidades de competências: Faz a gestão da dor e do bem estar da pessoa; Assiste a pessoa e

família nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica com um estabelecimento de uma relação terapêutica.

### **3.3. Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica em Contexto de Medicina Intensiva**

No cuidado à pessoa o saber competente assume maior relevo e destaque, na promoção de um cuidar de qualidade, onde a humanidade prevalece e a confiança se instala. Para assegurar a humanização nos cuidados, o enfermeiro perito deverá ser capaz de implementar intervenções alicerçadas numa prática baseada na evidência e norteada pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão.

Nesta perspetiva o Regulamento 361/215 de 26 de Junho de 2015, o qual pretende com os seus padrões de qualidade orientar a prática de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica propõe o desenvolvimento das seguintes competências: Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (K1); Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à morte e Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

A unidade de medicina intensiva é assim, segundo o Regulamento nº. 533/2014 um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, controlando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Neste contexto, a Ordem dos enfermeiros à luz do Regulamento nº 124/2011 refere que o enfermeiro que trabalha com a pessoa em situação crítica deverá possuir competências comuns e específicas que lhe permitam prestar cuidados à pessoa em situação crítica.

Assim, perante este contexto de medicina intensiva surgiu a oportunidade de assistir à pessoa com necessidade de cuidados intensivos do foro neurológico (coma e estados alterados de consciência, acidente vascular cerebral (AVC); Convulsões e estados de mal epilético; traumatismo crânio encefálico), cuidados intensivos do foro respiratório (insuficiência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória no adulto, trombo embolismo e hipertensão pulmonar, agudização de problemas respiratórios respetivamente asma e bronquite) cuidados intensivos do foro cardiovascular (doentes em choque cardiogénico e hipovolémico, Insuficiência cardíaca aguda, arritmias, síndromes

coronárias agudas, pós operatório de cirurgia cardiotorácica, emergências hipertensivas), cuidados intensivos do foro urológico e nefrológico (lesão renal aguda de origem obstrutiva e lesões parenquimatosas com alterações marcadas do equilíbrio ácido base e hidroeletrólítico), do foro cirúrgico (abdómen agudo, apendicectomias e síndromes do compartimento do abdómen, tiroidectomia). Tive ainda oportunidade de prestar cuidados a doentes com sépsis, sépsis grave e choque séptico, doentes vítimas de trauma, intoxicações e envenenamentos e doentes vítimas de urgências oncológicas.

Perante estas situações patológicas colaborou-se com o enfermeiro tutor na programação e na prestação integral de cuidados perspetivando a aplicação de cuidados de qualidade alicerçados nos princípios da ética e deontologia profissional. Neste contexto, enfatiza-se que as habilidades tecnológicas do enfermeiro asseguram a monitorização do bio contudo é o saber multimodal do enfermeiro que atende a Pessoa no seu todo holístico.

Nesta ordem de ideias, no Código Deontológico do enfermeiro, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, artigo 109.º, consta que o enfermeiro no seu ato profissional deve procurar a excelência do exercício, assumindo o dever de procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

Desta forma, à luz das patologias evidenciadas pelos doentes no decorrer desta prática clínica verificou-se a oportunidade de em colaboração numa fase inicial e de forma autónoma na fase final do estágio ser capaz de identificar focos de instabilidade hemodinâmica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos. Nesta circunstância Fernandes, Dias, Costa e Barbosa (2009) referem que,

(...) a monitorização nunca é terapêutica e raramente é diagnóstica. Assim, todo o processo de monitorização hemodinâmica, simples ou complexo, tem de obedecer aos princípios de rigor na deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que a avaliação das variáveis fisiológicas seja fiável. Além disso, a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito (p.7).

Neste âmbito tive oportunidade de integrar, aplicar e refletir sobre a monitorização da pessoa em situação crítica em contexto clínico de forma a adquirir os conhecimentos necessários para a elaboração de um plano de cuidados dirigido.

Segundo a DGS (2016), o Traumatismo Crânio-Encefálico, é a “epidemia silenciosa” das últimas décadas. Só em Portugal temos 15 casos graves a cada dia que passa. As principais causas na faixa ativa dos 15 aos 45 anos, para a qual a associação está mais focada, são acidentes rodoviários.

Nesta perspetiva Oliveira, Pereira e Freitas (2014) referem que mais da metade das mortes por TCE ocorrem no local do trauma, sem tempo hábil para reanimação. Contudo, a abordagem inicial, a história clínica, o exame físico geral e a avaliação neurológica fornecem informações básicas para estratificação de risco de um paciente ter ou desenvolver lesão neurocirúrgico. Assim perante o doente neuro crítico, surgiu a oportunidade de avaliar e interpretar os dados de: a Pressão Intracraniana (PIC), fluxo sanguíneo cerebral, metabolismo cerebral em tempo real (glicemia, oxigénio) e estado elétrico cerebral. A leitura destes dados fornece-nos informações precisas do estado cerebral o que permite atuar preventivamente no aparecimento de lesão secundária (hipertensão intracraniana, vaso espasmo cerebral, deficiente oxigenação, etc.), otimizando cuidados. A consciência é um foco relevante para a prática do Enfermeiro na avaliação do status neurológico de um doente crítico, sendo descrita como a resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior (ICN, 2014).

No contexto de medicina intensiva, as decisões terapêuticas dependem de uma avaliação precisa do estado de consciência. Por meio da avaliação do nível de consciência, diâmetro pupilar, padrão respiratório, presença de reflexos e função motora, o enfermeiro poderá identificar alterações do quadro clínico do paciente, realizar intervenções e comunica-las aos demais profissionais de saúde de forma a prevenir complicações. Além da avaliação neurológica existem duas escalas que são frequentemente utilizadas em contextos de medicina intensiva, a escala de coma de Glasgow e a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) que pretendem monitorizar a evolução do estado de consciência e de sedação/agitação.

A abordagem de um doente com insuficiência respiratória baseia-se na constatação fisiológica de um simples facto: o oxigénio não é armazenável no nosso organismo, conduzindo muitas vezes a situações de hipoxemia grave. Perante o doente com Insuficiência Respiratória é importante considerar a abordagem segundo a nomenclatura ABCD: avaliação do estado de consciência, presença de cianose periférica, bradipneia, adejo nasal, tiragem intercostal, taquicardia, hipertensão, diaforese, estes são sinais e sintomas que se podem traduzir na avaliação dos dados de monitorização da oximetria de pulso, da gasometria arterial, na imagem da radiografia torácica e nas alterações de traçados apresentados pelo ecocardiograma. Estes dados permitem-nos avaliar a capacidade respiratória, a necessidade de terapias de suporte respiratório invasivo

ou não invasivo e a eficácia ou não da ventilação invasiva. Em casos de hipoxemia refratária à ventilação invasiva poderá haver necessidade de realizar oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO). Relativamente aos cuidados à pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e sob Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI) surgiu a oportunidade de efetuar a montagem do circuito dos ventiladores de pressão positiva e participar na programação inicial da VMI (escolha dos modos ventilatórios, programação do volume corrente e da frequência ventilatória, programação do tempo inspiratório, do *trigger* e programação dos alarmes e monitorização. Em colaboração com o enfermeiro tutor e com o enfermeiro de reabilitação, surgiu a oportunidade de elaborar um plano de estratégia de desmame ventilatório e de extubação ventilatória. Corroboram Ponce e Mendes (2016) que “o conhecimento dos princípios da VMI é essencial não apenas para suportar a função pulmonar (...) mas também para prevenir a lesão pulmonar induzida pelo ventilador e manter a sincronia doente-ventilador” (p.111).

No doente crítico do foro cardiovascular os autores supracitados referem que, “a finalidade da monitorização hemodinâmica é caracterizar o estado cardiovascular do doentes, identificando as causas da insuficiência cardiovascular e monitorizar a resposta a terapêuticas específicas que pretendem restaurar a suficiência cardiovascular” (p. 175), assim na avaliação do doente com patologia cardíaca houve a oportunidade de executar monitorização contínua com eletrocardiografia, avaliação da pressão arterial, oximetria de pulso, a medida de CO<sub>2</sub> expirado através da capnografia, avaliar o débito cardíaco através do método de termodiluição PICCO para medição da pressão de enchimento ventricular esquerdo e da resistência vascular sistémica. Participou-se autonomamente na colheita de gasometrias e análises seriadas para pesquisa de lactatos séricos e variáveis de dados bioquímicos entre outros.

De referir que no desenvolvimento destas habilidades tecnológicas com inferência no cuidado competente à luz dos domínios das competências comuns, foi promotora do desenvolvimento, as formações teórico-práticas realizadas em contexto académico acerca de suporte avançado de vida, as formações efetuadas a nível do serviço de medicina intensiva respetivamente: Apoio nutricional ao doente crítico: Capnografia. Que cuidados? Que diagnósticos? e ainda as discussões e reflexões elaboradas com o enfermeiro tutor /orientador, acerca do: Processo de enfermagem; Família em cuidados Intensivos; Importância do reconhecimento das repercussões hemodinâmicas na identificação dos focos de enfermagem; Administração de protocolos terapêuticos complexos de drogas



vasoativas (noradrenalina) e do acolhimento na unidade de cuidados intensivos e sua relevância num cuidar humanizado. A oportunidade de refletir sobre estas temáticas fez com que fosse possível integrar na minha conduta profissional um conjunto de raciocínios organizados no cuidado à pessoa em situação crítica, contribuindo assim para uma maior autonomia e responsabilidade profissional perante a necessidade de iniciar ou interromper um cuidado. De referir que foi na UCI que apliquei pela primeira vez o protocolo da noradrenalina, perante um doente em choque séptico. Esta experiência impôs a necessidade de articular os cuidados entre o diagnóstico clínico, o diagnóstico de enfermagem, garantindo assim uma resposta assertiva com ênfase na redução dos riscos e na otimização do foco no resultado esperado. Foi uma experiência enriquecedora a nível formativo geradora de sentimentos de segurança, confiança e competência técnica.

Reforça Pereira (2014) que “com a doença e a lesão, a pessoa pode tornar-se dependente. O respeito e reforço da autonomia são meios para restabelecer a pessoa. A autonomia procura o bem da pessoa.” (p.305), confirmam Martins, Bernarda, Caetano, Costa e Teodósio (2009) que, “o respeito pela autonomia do doente é um dos pilares do processo do cuidar” (p.307) e que “(...) o consentimento informado inscreve na prática diária dos cuidados de saúde o princípio da autonomia” (p.317).

Nesta perspetiva, da pessoa se encontrar impedida de manifestar a sua vontade, o enfermeiro surge como o profissional autónomo mais qualificado para agir e decidir numa clara proteção da pessoa. Este privilegia assim no seu cuidado os “critérios do agir profissional, que decorrem da ética e da deontologia de enfermagem” (Deodato, 2014, p.169). É em resultado desta autonomia científica e profissional que o enfermeiro toma a seu cargo a formulação diagnóstica e a decisão de cuidados, em função dos problemas identificados, defende Deodato (2014) que é “no decorrer desta decisão para o cuidado, que emergem problemas éticos” (p.167).

Relativamente ao processo de aprendizagem e à tomada de decisão gostaria de salientar que a integração e a compreensão dos dados de monitorização executados em contexto clínico contribuíram para o reconhecimento antecipado de situações complexas (evidências e fatores relacionados), permitindo aperfeiçoar com autonomia e responsabilidade profissional os planos de cuidados de enfermagem adequados às necessidades do doente em situação crítica.

A *International Council of Nurses* (ICN) surge assim neste contexto de medicina intensiva, como uma ferramenta potenciadora da tomada de decisão do enfermeiro em

elaborar um plano de cuidados através do processo de enfermagem promovendo a uniformização de conceitos, a catalogação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nestas unidades e a percepção dos ganhos obtidos. Confirma Rua (2011) que,

a CIPE representa a realidade da enfermagem, sendo uma ferramenta facilitadora da descrição, análise e comparação de práticas de enfermagem, a nível nacional e internacional, sustentando a recolha e análise de dados, gerando informação fiável e válida para a tomada de decisão em saúde (p.24).

O processo de enfermagem eleva-se neste contexto como um instrumento facilitador e dignificante do trabalho do enfermeiro ao doente, promovendo assim, uma maior agilidade, flexibilidade, organização e rapidez na prestação de cuidados. Confirmam Doenges e Moorhouse (2010) que o “processo de enfermagem é simultaneamente a base de todas as ações de enfermagem e a essência da enfermagem” (p.8).

Deste modo, a oportunidade de realizar a avaliação inicial das pessoas acometidas com as patologias anteriormente referidas e o facto de conhecer e de aplicar os mais diversos sistemas de monitorização da pessoa em situação crítica, permitiu-me incorporar e interligar estes conhecimentos e com eles estruturar de forma assertiva e competente um plano de enfermagem adequado às necessidades do doente, minimizando riscos e otimizando ganhos em saúde.

De salientar que este processo evolutivo de aquisição de competências não seria possível sem a ajuda, a disponibilidade e a perícia reconhecida do tutor e orientador da prática clínica, que com base numa postura humilde e competente me incentivou na busca de novos saberes. O facto de já possuir uma pós-graduação na área de supervisão foi dignificante na medida em que pude reconhecer como supervisor a importância do papel do supervisor no que concerne a um conjunto de atitudes facilitadoras da relação em prol de uma prática reflexiva sistemática.

Assim, neste contexto de aprendizagem, onde, perante uma unidade de cuidados intensivos, a Pessoa em situação crítica se encontra exposta a um ambiente tecnológico e impessoal onde os sistemas de monitorização, os procedimentos invasivos, as terapêuticas complexas e os ambientes ruidosos e as observações, visitas clínicas são uma constante, procurei eleger a Pessoa na sua singularidade e a sua família como focos principais da minha intervenção. Com este propósito, procurou-se mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares de urgências/emergências, paliativos e da ética e deontologia profissional, procurando identificar as evidências e fatores relacionados na pessoa aquando do planeamento do processo de enfermagem (avaliação inicial,

diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final). Frisam Doenges e Moorhouse (2010) que as cinco etapas do processo de enfermagem “proporcionam um método eficiente de organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade” (p.3).

Afirmam os mesmos autores que para prestar cuidados competentes e humanizados os enfermeiros,

(...) além de usar o processo de enfermagem eficazmente, a enfermeira tem de possuir e ser capaz de aplicar determinadas competências básicas. É de particular importância um conhecimento global da ciência e da teoria, aplicadas não apenas à enfermagem, mas a outras disciplinas afins como a medicina e a psicologia (p.5).

Nesta medida, a aquisição de conhecimentos exímios no cuidado à pessoa em situação crítica permite ao enfermeiro especialista planear de forma organizada e metódica, um plano de cuidados baseado na evidência que espelha e valoriza a dignidade humana.

A comunicação neste contexto surge como uma ferramenta humanizadora na prestação de cuidados, pois a comunicação promove a socialização, a interpretação de dados sintomáticos, a relação de ajuda e acima de tudo, permite ao enfermeiro compreender como é que a pessoa e ou família se encontra a vivenciar este processo transicional de doença crítica, fornecendo-lhe desta forma as evidências para que ele possa desenhar um plano de cuidados adequado.

Neste âmbito Castro, Vilelas e Botelho (2011) nas conclusões do seu estudo apuraram, que num serviço de medicina intensiva a Pessoa e ou Família em situação crítica vivenciam “sentimentos tais como o terror e a ansiedade, associados à morte, à incapacidade de distinguir o tempo, o local e a família e à dificuldade em comunicar. A dor e o sofrimento físico foram bastante experienciados” (p.41).

Neste sentido Peixoto et al. (2012), referem que a doença afeta várias dimensões da pessoa tais como,

Integridade física, psicológica e social; Segurança, porventura a mais angustiante das necessidades; controlo sobre a situação e o stress; Informação e Decisão que preservem a autodeterminação; Dignidade; Autonomia, sinal primário de saúde. Às vezes, necessidade de Expressão e de Orientação no tempo e no espaço. A resposta a todas estas necessidades pressupõe Comunicação. E não há necessidade mais básica do ser humano do que Expressar-se (p.6).

Assim e no que concerne ao desenvolvimento da unidade de competência: faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando respostas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor mediante: a

identificação das necessidades fisiológicas e emocionais de mal-estar, optou-se por inserir a dor e suas dimensões no foco da comunicação.

Nesta perspetiva a IASP (2017) sublinha que “a incapacidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade do indivíduo estar a experienciar dor e a necessidade de um tratamento que a alivie” (sp).

Assim para reportar a dor o enfermeiro é obrigado a desenvolver competências na área da comunicação com o doente e sua família, de forma a ser capaz de interpretar a linguagem subjetiva latente em unidades de cuidados intensivos, de forma a prestar cuidados humanizados. Neste contexto reforçam Ferreira et al. (2014) que,

O tratamento da dor em doentes críticos depende não só da capacidade clínica de uma avaliação reprodutível, mas também da capacidade de monitorizar o doente para determinar a eficácia das terapêuticas instituídas. A implementação de escalas de dor em UCI melhoram os outcomes clínicos, incluindo menor recurso a agentes analgésicos e sedativos bem como menor duração de ventilação mecânica e duração de internamento em UCI. As consequências físicas e psicológicas deletérias da experiência de dor não tratada são significativas e duradouras. Quando comparados com controlos saudáveis, os doentes críticos que relatam experiências dolorosas no internamento em UCI, apresentavam maior incidência de dor crónica, perturbação de stress pós-traumático e menor qualidade de vida (p.17).

Assim, neste cenário onde a pessoa doente e a família experienciam sentimentos de ansiedade, medo e incertezas, surgiu a oportunidade de participar no acolhimento de sete pessoas em situação crítica assim como de sete famílias a vivenciar situações de transições complexas. Silva e Fernandes (2016) afirmam que “a representação social de uma UCI está culturalmente vincada ao sofrimento, à gravidade e à morte” e sugerem que “para reverter a representação que o familiar tem de uma UCI a prática de cuidados deve cingir-se à valorização da família como extensão da pessoa doente” (p.1902).

É com base neste cenário de grande carga emocional que a UCI do Hospital Dr. Nélio Mendonça desenvolveu o: Guia de Acolhimento à família. Com a elaboração deste guia objetivou-se acolher e minimizar o sofrimento, o medo e a insegurança emocional ocasionada pelas incertezas, pelos ambientes restritos e pelas tecnologias utilizadas no local.

Constatam Silva e Fernandes (2016) que “só percebendo a necessidade de acolher o familiar é que será possível humanizar um ambiente historicamente marcado pela frieza, agressividade e tecnicismo” (p.1902). Nesta perspetiva Oriá; Moraes; Victor, (2004) referem que este reconhecimento é facilitador por parte dos enfermeiros junto dos familiares, porque promove aumento do elo de confiança dos familiares na equipa e minimiza o sofrimento causado pela ausência do seu familiar produzindo sentimentos de

confiança, de segurança juntos dos mesmos, uma vez que lhes permite a possibilidade de ter consciência da situação em que o seu familiar se encontra e da forma como está a ser cuidado.

Neste âmbito no decorrer desta prática clínica surgiu a oportunidade de aplicar o protocolo de Buckman de acordo com a metodologia de SPIKES. Este método revelou-se facilitador, na medida em que me permitiu organizar e transmitir a informação pretendida de forma sistematizada (minimizando assim o choque frequentemente experienciado pelos familiares na primeira visita) e foi facilitador na medida em que me permitiu estabelecer uma relação de ajuda alicerçada na empatia, na partilha, na interação e na confiança de um comprometimento mútuo com a pessoa.

Em cuidados paliativos é frequente ouvirmos falar da “conspiração do silêncio”, contudo, o facto de ter trabalhado num serviço de hematologia e de oncologia durante dez anos e onde era frequente falar com familiares de pessoas e com pessoas em “fim de vida” permitiu-me constatar que efetuar a “conspiração do silêncio” ou seja ocultar a informação ao doente/família, pode comprometer o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Neste âmbito Deodato (2014), refere que “o silêncio, a omissão e a mentira levam ao desenvolvimento de um clima de hipocrisia com consequências dolorosas para o mesmo e para a sua família” (p.97). Assim sendo perante o doente e a família da pessoa em situação crítica e com base na revisão de artigos científicos e à luz da teoria do cuidado transicional de Meleis sobre as temáticas: Acolhimento, Luto, Conferencia familiar, Transmissão de más notícias, concluo que cuidar da pessoa em situação crítica na sua globalidade implica não descurar a sua família, pelo que o seu acolhimento se torna imperativo. Considero ainda que atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o partilhar experiências são condições básicas para efetivar um acolhimento eficaz. Confirma Sequeira (2016), “o profissional de saúde à medida que vai adquirindo experiência num determinado contexto (por exemplo oncologia), adquire, simultaneamente, mais potencial para ser empático com pessoas que vivenciam um dado problema” (P.104) e acrescenta que o enfermeiro deverá integrar na sua formação um conjunto de competências básicas de comunicação de modo a poder utilizá-las de forma efetiva nos contextos de saúde, atuando com empatia, assertividade e aceitação na identificação da dor e na promoção do conforto e bem estar da pessoa e da sua família.

Por conseguinte ao longo desta prática clínica de cuidados intensivos surgiu a oportunidade de executar a identificação, quantificação e tratamento da dor em doentes críticos, com estados de consciência comprometidos (coma profundo e ou coma intermédio com pontuações de 4 a 7 na escala de coma de Glasgow e ou -3/-4, na escala de RASS, com base na escala comportamental da dor: *Behavioral Pain Scale*. Nesta perspetiva, Alves (2012), refere que a presença de algum familiar mais significativo ou com quem eles estejam mais intimamente familiarizados pode facilitar a comunicação, pois percebem melhor o que a pessoa está a dizer, esta acrescenta ainda que a presença de um familiar que atue como elo de ligação entre o enfermeiro e o doente e toda a equipe da UCI é também considerado como fator facilitador da comunicação e de um cuidado digno ao doente.

Em cuidados intensivos a dor está frequentemente associada a procedimentos, nomeadamente remoção de tubos torácicos e tratamentos de feridas. Verifiquei que na UCI a prevenção da dor era tida em consideração assim como a sua monitorização horária mediante a escala BPS. Além da administração de fármacos nesta UCI era efetuado a prevenção da dor através da promoção do conforto (ex: mobilização, verificação do posicionamento de tubo e sondas, imobilização de fraturas, entre outros). Avaliar a dor mediante a escala comportamental da dor (BPS) suscitou no início dúvidas e incertezas, razão pela qual realizei uma revisão de artigos científicos que me auxiliassem e me orientassem na avaliação deste item.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem na UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça no que concerne à identificação dos diagnósticos de enfermagem durante a realização deste estágio de prática clínica, verificou-se que o foco que apresentou maior prevalência foi o foco da infeção com uma média por doente de 5,56 % seguido do foco da úlcera por pressão e de ferida cirúrgica com respetivamente 1,13% e 0,90%. De salientar que os focos: Sofrimento; Barreiras à comunicação; Crise familiar; Luto; e Dor também foram valorizados o que vai de encontro com Silva e Fernandes (2016) quando referem que,

(...), a preparação do familiar para o encontro com o doente não é encarada como uma rotina, em que apenas se transmitem as regras e normas do serviço. Pelo contrário constitui a fase inicial de uma relação que se pretende seja bem sucedida, permitindo fortalece-los para o momento que se avizinha. As emoções, os sentimentos e as informações partilhados podem não diminuir a dor do familiar, mas minimizam a sua insegurança e expectativas, dando sentido à existência de ser enfermeiro e à essência de enfermagem (p.1902).

Relativamente à competência: 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 (K3), Toldo, Grazioli, Hanuer, Rosa e Silva (2016) constataam que o ambiente crítico e restritivo aos pacientes, promove o distanciamento do doente com sua família, em função das rotinas hospitalares cada vez mais vezes rígidas que visam diminuir ao máximo a circulação de pessoas e com isso o risco de infeções.

De forma a minimizar as infeções é também no momento do acolhimento que o enfermeiro informa acerca das medidas profiláticas de infeção. Neste sentido Silva e Fernandes (2016) referem que,

o período da visita é considerado uma oportunidade de aproximação do familiar para reforçar vínculos e demonstrar que, naquele momento de angustia e ansiedade, ele não está sozinho. Existe alguém que reconhece as suas inquietações, o seu sofrimento e que assume o compromisso de o apoiar, de o proteger e de o ajudar (p.27)

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam assim o tratamento adequado do doente e são uma causa significativa de morbidade e de mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. O conceito mais abrangente de infeções associadas a cuidados de saúde inclui as infeções adquiridas no internamento e as infeções adquiridas em ambulatório em contextos de procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos. Nos estados unidos da América e Europa 5 a 15% das admissões hospitalares complicam-se por Infeções Associadas em Contextos de Saúde (IACS). No último inquérito de prevalência realizado em Portugal 2012 a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde foi de 10.5%, superior à média Europeia de 6.1%.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) criado em 2013, surgiu como resposta à necessidade premente de uma nova abordagem díspar nos cuidados de saúde. Numa análise comparativa entre 2012 e 2014 elaborada pelo Programa de Prevenção e controlo de Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA, 2016) em números constatou que após a implementação do programa, a pneumonia associada à intubação nas UCI nacionais reduziu de 8.7% para 7.1%, contudo relativamente à infeção do Cateter Venoso Central. verificou-se um aumento de 1.0 para 1.9%.

Durante a prática clínica verificou-se que as principais infeções em UCI incidiam essencialmente nas: pneumonias relacionadas com a ventilação mecânica, com as infeções da corrente sanguínea associadas à presença do cateter venoso central e as infeções intra-abdominais do local cirúrgico e com inferior percentagem as infeções do trato urinário. Estimam Estrada e Miranda (2016), que 20% de todas as IACS são adquiridas em unidade

de cuidados intensivos. Acrescenta Macedo et al. (2016) que dados nacionais mostram que 22% dos internamentos em UCI são devido a sépsis adquirida na comunidade, com uma mortalidade hospitalar global de 38%, sendo que a mortalidade das formas mais graves, refere-se ao choque séptico atingindo assim os 51%.

Neste sentido ao longo do estágio procurou-se agir em conformidade com o proposto pelas *Guidelines* internacionais e Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do SESARAM E.P.E. no combate à infecção associada aos cuidados de saúde, objetivando prestar cuidados de prevenção de infecção, perspetivando a promoção da segurança nos cuidados de saúde.

A relevância do controlo e prevenção de infecção tem sido uma preocupação para todos os profissionais da área hospitalar, face à falta de equipamentos, anti-sépticos e de vontade para fazer o que é certo. Contudo houve a oportunidade de constatar que os profissionais desta UCIP encontram-se sensibilizados para a adesão das boas práticas. A oportunidade de realizar esta prática clínica foi gratificante na medida em que a UCIP do SESARAM dispõe de todos os materiais necessários para a realização de procedimentos técnicos e invasivos de forma segura. Percepcionou-se a importância cedida ao projeto do controlo de infecção. Neste sentido tive oportunidade de perante doentes com situações complexas aplicar os feixes de intervenção da prevenção da infecção relacionada com o cateter venoso central, com o cateter vesical, com a prevenção da infecção do local cirúrgico e na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Segundo Carrilho, Grion, Carvalho, Grion e Matsuo (2006) a PAV constitui-se em uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em pacientes graves internados em UTI e reconhecem que a nutrição enteral e o TISS na admissão foram factores de risco e o uso prévio de antibiótico um fator de proteção para o desenvolvimento de PAV. Confirmam Vieira, De Andrade, Enders, Coura e Dutra (2014) nas conclusões do seu estudo que a elevação de decúbito superior a 30°, a higienização oral com clorohexedina, o desmame precoce do ventilador, a não reutilização de equipamento de aspiração e a presença de estudos para determinar o número de enfermeiros por turno, traduziam-se em melhores *outcomes*.

No sentido de reduzir as infeções, também a *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) e a *American Thoracic Society* (2017) recomendam que cada hospital implemente a realização de rotina do antibiograma, com análise das cepas bacterianas locais que causam pneumonia, concentrando-se nas infeções que ocorrem nas unidades de



terapia intensiva, como também nos antibióticos necessários para tratar com êxito estas infeções.

Constatou-se que a UCIP do hospital Dr. Nélio Mendonça também utiliza instrumentos para quantificar o uso de recursos para cada doente internado em UCI, permitindo não apenas um cálculo de prognóstico indireto, mas também calcular vários índices de eficácia, como a carga de trabalho de enfermagem a considerar com a ajuda do instrumento de medida: *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS). O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Além destes a unidade também recorre aos modelos de pontuação para avaliação da gravidade da doença, como o *Acute physiology and chronic health evaluation* (APACHE) ou o *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS), que tem o objetivo de avaliar alterações fisiológicas, contudo não traduzem a gravidade do trauma. Estes modelos permitem calcular o risco de morte após a alta da UCIP e assim divulgar ganhos em saúde com base em dados objetivos.

Neste âmbito solicitou-se ajuda dos enfermeiros responsáveis de turno e do enfermeiro responsável pela formação em serviço para participar no preenchimento destes instrumentos de quantificação de risco e assim invocar uma aprendizagem prática alicerçada na evidência. A oportunidade de aplicar estes instrumentos *in situ*, permitiu-me interligar e interiorizar os conhecimentos necessários para a tomada de decisão numa perspetiva organizacional da unidade com base na qualidade de cuidados.

Chegado ao fim desta segunda etapa de prática clínica, é com alguma satisfação que perceciono a interiorização de um saber mais competente, manifestado por uma sensação de leveza, calma, tranquilidade e de uma ação metódica e organizada, perante uma situação de emergência. Ao longo do Estágio I- Urgência e Estágio II- Medicina Intensiva fui procurando adquirir conhecimentos específicos do cuidar à pessoa em situação crítica de forma a demonstrar nesta última etapa do curso de Mestrado uma maior autonomia no cuidar competente em contexto clínico.

E é assim que, com alguma persistência em aprender “mais” acompanhado de um conjunto de sentimentos (curiosidade, confiança, humildade, coragem e esperança) que dou continuidade a este processo evolutivo de formação com a descrição das competências

adquiridas na minha área de opção: Cirurgia Cardiorácica –Unidade de Intensivos de Adultos, do Hospital Royal Brompton, um dos melhores e mais afamados hospitais Londrinos no tratamento de Coração e Pulmão.

**CAPÍTULO IV – A PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM  
CONTEXTO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA. QUE COMPETÊNCIAS?**



#### **4.1 Enquadramento Contextual- Estágio III – Cirurgia Cardiorácica**

O estágio de opção pretende ceder ao formando uma certa liberdade formativa acoplado a um espírito inovador e proactivo na procura do seu próprio saber-saber e saber-fazer.

Deste modo e com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas no cuidar da pessoa/família em situação crítica submetida a cirurgia cardíaca, procurou-se seleccionar o melhor hospital na área formativa pretendida. O hospital que apresentou maior destaque a nível das bases de dados e associações de cardiologia *online* pesquisadas foi o Hospital Royal Brompton e Harefield NHS.

O Hospital Royal Brompton e Harefield NHS é reconhecido como o maior Centro Hospitalar de Cardiologia e Pneumologia do Reino Unido e um dos maiores da Europa (NHS, 2014), tratando doentes de todas as partes do mundo.

Ao longo dos anos esta Instituição tem-se destacado por ser pioneira em várias intervenções, como o primeiro transplante de coração e pulmão com sucesso na Grã-Bretanha, implantação do primeiro stent coronário, o maior centro de fibrose cística no Reino Unido e pioneira na cirurgia cardíaca para recém-nascidos (NHS, 2014). O desenvolvimento destas técnicas cirúrgicas tem sido explosivo, não só em termos de aperfeiçoamento tecnológico, que se traduzem em melhores resultados, como em número de procedimentos, que na maior parte dos países ultrapassa o das cirurgias de revascularização do miocárdio.

Esta unidade hospitalar privilegia e promove práticas de investigação impulsionado pelas necessidades dos seus doentes, visando o desenvolvimento de tratamentos mais eficientes e eficazes, que têm conduzido a grandes desenvolvimentos significativos na área de cirurgia cardiorácica. Tem como principal parceiro de investigação o *National Heart and Lung Institute* e o *Imperial College London* (NHS, 2014).

Além de usufruir de um reconhecimento privilegiado a nível mundial este é também sinónimo de qualidade, de inovação, de dinamismo, de desenvolvimento tecnológico, científico e humano.

Na sua estrutura, dispõe de 334 camas, onde se incluem Serviços de cirurgia, cuidados intensivos, cardiologia e pediatria. Possui mais de 2200 profissionais, cinco salas

de bloco operatório normais, uma sala de cirurgia híbrida e quatro laboratórios de hemodinâmica (NHS, 2014).

Segundo dados de 2016 esta unidade hospitalar realiza cerca de 174 mil consultas médicas resultando em média num total de 35 000 doentes internados. Numa base anual realizam cerca de 3200 angiogramas/cateterismos cardíacos, 2200 cirurgias torácicas e 2400 angioplastias coronárias, 1400 tratamentos por insuficiência respiratória e 1000 cirurgias de bypass cardíaco.

Este hospital procura assim recrutar médicos e enfermeiros especialistas na área de cuidados intensivos de forma a garantir um melhor *outcome* para os pacientes que a ela recorrem. Um grupo de cirurgiões mundialmente conhecidos e com vasta experiência na execução de cirurgias cardíacas complexas, realizam diariamente substituição de válvulas (aórtica, mitral usando toda a gama de próteses: mecânica, biológica, Hemo enxertos e autoenxertos), cirurgia de revascularização (enxertos de revascularização miocárdica (CABG), cirurgia robótica assistida (endoacab) e uma abordagem híbrida utilizando *EndoAcab* e *Stenting*. De referir que neste contexto de prática clínica surgiu a oportunidade de assistir uma cirurgia de duplo Bypass cardíaco realizado por um dos melhores e mais reconhecidos cirurgiões do Royal Brompton Hospital (RBH) atualmente diretor clínico de cirurgia RBH Dr. Mister de Sousa. Este foi o primeiro médico a realizar a primeira Cirurgia de Revascularização da artéria Coronária (CRM) robótica endoscópica do Reino Unido.

A oportunidade de vivenciar uma experiência desta natureza ao fim de quinze anos de experiência profissional e no âmbito da realização da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, veio de certa forma confirmar este desejo de adquirir competências nas áreas de cirurgia cardiorácica, a eleita como área de opção. Assim ao longo desta prática clínica, quis testar não só a capacidade de aprender como também testar a capacidade de me integrar numa equipa multidisciplinar e multicultural e assim constatei que independentemente da língua, da raça, do contexto, do espaço, do país, a enfermagem continua a ser uma ciência universal que se faz privilegiar pela magnitude do cuidado em manter a vida e o bem estar físico-social-psicológico-espiritual e mental da pessoa humana.

O projeto de auto-formação foi assim implementado na unidade de cuidados intensivos (AICU) do Hospital Royal Brompton no Reino Unido no período de 20 Setembro a 18 de Outubro de 2016, sob orientação de um Mentor enfermeiro especialista

em cuidados intensivos e *Practice Educator od adult Intensive care unit* (enfermeiro formador) da unidade e da docente orientadora do mesmo.

Esta unidade curricular contemplou um total de trezentos e setenta e cinco horas, sendo que cento e noventa e oito horas foram dedicadas à prática clínica (estágio), doze horas de orientação tutorial e cento e sessenta e cinco horas de trabalho autónomo.

O fato de poder estagiar num hospital que conta com uma reputação “de excelência” traduziu-se numa das experiências mais dignificantes em termos experienciais da minha carreira profissional.

## **4.2. Cuidados À Pessoa Em Contexto De Cirurgia Cardiotorácica**

Nas últimas décadas a Medicina Intensiva de Cirurgia cardiotorácica tem apresentado um desenvolvimento significativo a nível tecnológico e científico, o que tem contribuído para o alcance de "pequenos milagres".

As Unidades de Medicina Intensiva de Cirurgia cardiotorácica são assim, um exemplo da evolução tecnológica e terapêutica, aplicada ao tratamento de doentes em estado considerado crítico. A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica.

Benner, Kyriakidis e Stannard, (2011), defendem que em serviços com pessoas em situação crítica, os cuidados de enfermagem costumam estar associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções

A abordagem de enfermagem perante o cenário de medicina intensiva visa assim nesta perspetiva o cuidar da pessoa humana em todas as suas dimensões: física, mental, psicológica e espiritual.

Neste âmbito Mendes (2015) sublinha que “aos enfermeiros solicita-se que se apropriem da evidência científica produzida, que tenham um exercício reflexivo constante, mas harmónico, e essencialmente que sejam criativos e empreendedores” (p.241).

Assim ao elaborar este projeto de autoformação verifiquei que existem vários estudos de cariz científico que procuram entender o sofrimento vivenciado pelos doentes,

familiares e enfermeiros em ambientes de cuidados intensivos. Da pesquisa efetuada emergiu o estudo realizado por Higgins e Parker (2015) que retratam os sentimentos da pessoa e da família numa unidade de medicina intensiva. Foi também com base nestas evidências que procurei cuidar da pessoa à luz do desenvolvimento das competências comuns e específicas da pessoa em situação crítica, de modo a minimizar a dor e o sofrimento vivenciado pelo doente e família nestes contextos. Nas conclusões do estudo efetuado por Higgins e Parker (2015), relativamente aos sentimentos experienciados pela pessoa e família numa UCI estabeleceram as seguintes categorias e subcategorias: “ser preso” associado ao deslocamento (sentimento de não pertencer aquele espaço, não se identificar com o ambiente circundante nem com as pessoas que lhe cuidam); o afastamento do seu ambiente familiar (caracterizado pela sensação de isolamento da relação e da partilha com aqueles que lhe são chegados e ainda pela sensação de incapacidade associada ao fato de ter que ficar confinado a uma cama, com os membros imobilizados e com um tubo na garganta impossibilitando-os de falar ou mesmo de questionar sobre o que se passa).

Este deslocamento, isolamento e incapacidade de poder expressar-se foi descrito pelos doentes como uma experiência assustadora e traumatizante a nível psicológico. “Sem voz ativa” associado a estarem presos em corpos disfuncionais, sem a possibilidade de falar, revelando sentimentos de impotência, justificando que era como se estivessem num limbo, onde só existia o vazio e a dúvida, expresso no seguinte depoimento: “(...) infelizmente não podia falar, eu não tinha voz, queria saber o que se passava, falar dos meus sentimentos, mas era difícil. Eu sabia o que eles estavam dizendo, mas eu não podia responder, movimentos corporais e gestos, (...) era como se não estivesse presente”. Neste estudo, ser incapaz de falar evocou sentimentos de medo e uma forte presença de morte. “Estar preso,” “(...) a minha voz perdeu-se assim como a minha identidade...sentia-me deslocada, desconectada do meu mundo, da minha família, não estava em nenhum sitio que me pertencesse, sem ninguém relevante ao meu lado, que me percebesse, (...)” (p.175).

Perante estes resultados de grande riqueza científica foi para mim enaltecendor conhecer a magnitude do estado da arte em que mergulham os cuidados de enfermagem. Apesar de toda a tecnologia e a necessidade de adquirir novas competências técnicas relativamente aos mais variados sistemas de monitorização avançada, é primordial refletir sobre o impacto e como pode o enfermeiro agilizar estes “sentimentos” na vida da Pessoa Humana. Nesta perspetiva, Dias e Ferreira (2005), referem que os enfermeiros devem



“utilizar os seus sentidos, ter disponibilidade de tempo energia, ter disponibilidade intelectual e afetiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda” (p. 68). Corroboram Konstanti, Gouva, Dragioti, Nakos e Koulouras (2016) nas conclusões do seu estudo que a hospitalização da Pessoa numa UCI de cirurgia cardiotorácica afeta psicologicamente todos os membros da família e acrescentam que é necessário que os enfermeiros desenvolvam estratégias no sentido de facilitar ou de ajudar a família a lidar com ansiedade manifestada.

A família é assim considerada por (Meleis, 2012); Mendes (2015); Higgins e Parker (2015) e por Konstanti et al. (2016) como um dos pilares fulcrais no cuidado holístico do doente em cuidados intensivos. Foi com base na indissociabilidade Doente/família que Higgins e Parker (2015) na categoria “família” constataram que todos os doentes esperavam a visita do seu familiar e atribuíam a estes a voz confiável, a voz que lhes transmitia paz e segurança, como por exemplo: “Então, lá estamos nós no limbo. Oh, é irritante. Você quer falar e as pessoas não podem compreender ou ouvi-lo, ninguém te conhece (...)” (p. 175).

Assim, no contexto de cirurgia cardiotorácica procurei assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da cirurgia cardiotorácica imposta através do estabelecimento de uma relação de ajuda assente no desenvolvimento de técnicas de comunicação eficazes.

O facto de perceber o modo como as pessoas vivenciam um internamento numa UCI foi facilitador na medida em que muitas das vezes consegui antecipar algum conforto através do ensino acerca da interação com o doente na visita. Acredito, que quanto maior a competência técnica do enfermeiro, menor é o stress que este apresenta durante a prestação de cuidados, deixando assim um importante espaço para a reflexão do cuidado holístico. É com este sentimento que dou continuidade à descrição das competências adquiridas nesta unidade de cirurgia cardiotorácica.

### **4.3. Desenvolvimento de Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico Cirúrgica no cuidado à Pessoa Em Contexto De Cirurgia Cardiotorácica**

A mortalidade e a morbilidade nos doentes submetidos a cirurgia cardiotorácica tem vindo a reduzir significativamente nos últimos anos, atingindo valores globais inferiores a 3% (Ponce & Mendes, 2016). Os autores mencionados referem que esta redução correlaciona-se com uma melhor otimização de cuidados dos doentes nos cuidados intensivos nas primeiras 24 a 48 horas pós cirurgia.

Na unidade de cirurgia cardiotorácica do Hospital Royal Brompton esta otimização é conseguida pela valorização, reconhecimento e formação que o hospital atribui à qualidade dos cuidados prestados, em prol de melhores *outcomes* para o doente e família e em busca de um maior reconhecimento em termos de qualidade a nível mundial da própria instituição.

Esta unidade hospitalar acolhe profissionais de todo o mundo para estágios profissionais possuindo para o efeito equipas de médicos e enfermeiros peritos com formação específica em supervisão clínica para efetuar tutoria clínica de qualidade.

Neste contexto formativo é perceptível a preocupação pelo desenvolvimento de competências no atender a pessoa em situação crítica na procura da melhoria contínua da qualidade. Assim, no início desta prática clínica foi-me entregue um guia orientador de aquisição de competências, intitulado *Step 2 Competencies*, o qual se encontra disponível para consulta no Apêndice B. Neste livro constam as notas das minhas tutoras de estágio relativamente à minha performance em contexto clínico.

De modo a assegurar a qualidade de cuidados, esta unidade financia cursos de cuidados intensivos, realiza formações semanais de forma a enriquecer a prática clínica com base no desenvolvimento técnico científico recente, promove reuniões quinzenais de reflexão na prática, organiza workshops semanais na sala de convívio acerca dos temas: Prevenção e controle de infeção (ITU; PAV, etc.); Segurança nos cuidados, humanização dos cuidados, simulações de PCR, entre outros.

O facto de participar nestas reuniões de carácter informativo e didático foi positivo na medida em que facilitou a minha integração junto aos membros da equipa. Assim neste contexto fiquei a conhecer os projetos que se encontram em desenvolvimento na unidade e também os membros que os dinamizam.

Neste âmbito e tendo em conta o domínio das aprendizagens profissionais pude integrar a equipa da viabilidade tecidular e participar na demonstração de um tratamento com pressão negativa, algo que as colegas da equipa estavam recentemente a desenvolver atendendo aos pensos que são realizados na unidade. Ao referir que possuía este conhecimento e ao demonstrá-lo em grupo e o facto de ser reconhecida esta minha competência, foi gratificante na medida em que durante todo o estágio fui convidada a participar nas reuniões da equipa: Cuidar para a viabilidade tecidular.

O *Royal Brompton Hospital* (RBH) é assim uma instituição que valoriza e promove a qualidade dos cuidados tendo por base a motivação dos profissionais que lá desempenham funções.

Assim o desenvolvimento das competências comuns e específicas num ambiente gerador de oportunidades como este propiciou-se de forma natural e simplificada, uma vez que todo o cuidado prestado se rege à luz das *guidelines* internacionais (*NICE Pathways*) propostas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* e pelas *European Guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice*, (2016). Este é um hospital que impõe rigor e responsabilidade em todo o cuidado que é prestado, desta forma, na prestação de cuidados é exigido ao enfermeiro uma prática assertiva assente num cuidado competente onde a perícia se evidencia na rapidez e na agilidade com que são prestados os cuidados.

As *Guidelines*, representam o estado de arte na prestação de cuidados. Do ponto de vista da gestão, é um guia que norteia o conhecimento clínico com base na dignidade e na segurança. Neste contexto e perante as competências pretendidas relativamente ao cuidar do doente/família em situação crítica no pós-operatório de cirurgia cardiotorácica, surgiu a oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a: Cirurgia valvular (aórtica, tricúspide e mitral), cirurgia coronária, colocação de balão intra aórtico (BIA), doentes com *open chest* e transplante cardíaco.

Para prestar cuidados de enfermagem perante estas patologias senti necessidade, numa fase inicial de realizar uma pesquisa bibliográfica acerca da anatomia e fisiologia cardíaca, acerca da fisiopatologia das doenças valvulares, doenças coronárias, infeções cardíacas mais frequentes (endocardites, pericardites), abordagens cirúrgicas em cada uma das situações anteriormente descritas. Procurei ainda integrar conhecimentos a respeito das próteses utilizadas nas cirurgias de substituição; Circulação extracorporeal e tratamentos de assistência cardíaca mecânica e pulmonar utilizados nesta unidade hospitalar.

## *Extracorporeal Membrane Oxygenation (Oxigenação por Membrana Extracorporeal) ECMO.*

Com estes saberes adquiridos e com base nos conhecimentos obtidos em estágios anteriores: urgência e cuidados intensivos, senti que fui capaz de estar junto do doente e agir em função do despiste de complicações no pós-operatório da cirurgia cardíaca.

Pela primeira vez na minha vida num país completamente diferente decidi abraçar o meu próprio desenvolvimento pessoal, assim e com base no 2 *Step Book* iniciei este processo formativo de aquisição de competências na área de cirurgia cardíaca.

Os doentes submetidos a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea sofrem impactos em todos os seus sistemas (renal e metabólico, cardiovascular, respiratório, hematológico ex: alterações severas da coagulação) muito para além do coração e dos pulmões.

Referem Ponce e Mendes (2016) que “a cirurgia cardíaca, quer na fase intra, quer na fase pós-operatória, impõe estratégias dirigidas e integradas de proteção de órgãos alvo para minimizar as complicações peri-operatórias” (p.517) e acrescentam que perante uma cirurgia cardíaca “o objetivo final é garantir uma entrega adequada de oxigénio a todo o corpo, de acordo o consumo. Para tal é fundamental que se otimizem as trocas gasosas e a oxigenação, que os níveis de hemoglobina sejam suficientes e que o débito cardíaco seja adequado” (p. 519). Desta forma torna-se pertinente que o enfermeiro possua competências na área de monitorização invasiva de modo a atuar perante a instalação de situações complexas.

No desenvolvimento desta competência surgiu a oportunidade de assistir a uma cirurgia de Duplo Bypass com substituição da válvula aorta. Após visualizar o coração, as suas câmaras, as suas coronárias e perceber numa visão 3D como tudo se interliga e opera, ficou tudo mais claro, a partir desse momento pude perceber a dinâmica existente entre a patologia e técnica cirúrgica efetuada e a importância da monitorização implementada aquando da prestação de cuidados à pessoa. Atuando assim de forma mais consciente no despiste e na prevenção de complicações que deste procedimento cirúrgico complexo poderiam advir.

Foi emocionante ter observado diretamente e pela primeira vez onde se encontra alojado um órgão tão nobre como o coração. De referir que durante o procedimento a técnica de bypass foi efetuado por uma enfermeira portuguesa que detinha uma especialização na área de cirurgia cardíaca, especialidade essa única no Reino Unido.

Durante o procedimento procurei ser humilde e solicitei ao cirurgião e à restante equipa da sala para explicar os procedimentos de forma a que eu pudesse absorver toda a ação envolvida num ato operatório desta natureza e assim melhor poder cuidar do doente no pós-operatório.

Este procedimento de substituição valvular segundo Castilho et al. (2014), é realizado em doentes que apresentam insuficiência cardíaca funcional, pois pretende preservar a função ventricular. Na cirurgia assistida foi substituída a válvula aórtica por uma válvula biológica.

Segundo os autores supracitados existem três categorias de próteses valvulares: mecânicas, biológicas e hemo enxertos humanos. Cada uma tem vantagens e desvantagens. Em termos gerais a prótese mecânica é a mais conhecida, tendo a sua principal vantagem a sua maior durabilidade, no entanto necessita de que os doentes sejam medicados permanentemente com anticoagulantes (warfarin sódico), necessitam de restrições alimentares e de controlos mensais do tempo de protrombina, sendo por este motivo sido colocado uma prótese biológica.

Após a cirurgia acompanhei a utente na admissão da unidade. A admissão é sempre um momento crítico, pois há que implementar todos os dispositivos de monitorização rapidamente. Assim, neste âmbito Martin e Turkelson (2006) referem que é essencial que os enfermeiros antecipem as possíveis complicações de modo que as intervenções apropriadas sejam implementadas.

O risco de hemorragia é uma das potenciais complicações no pós-operatório imediato. Os doentes submetidos a cirurgia cardíaca estão normalmente medicados com anticoagulantes e anti agregantes plaquetários, bem como a hipotermia induzida. A utilização de dispositivos de VAD durante o procedimento e a administração concomitante de heparina também podem contribuir para o sangramento no pós-operatório.

Desta forma, na unidade os enfermeiros executam o despiste de hemorragia através das drenagens; dos sinais clínicos associados à hipovolemia; das análises regulares (gasometria e colheita de análises à chegada para avaliação de valores de hemoglobina e hematócrito). Também Martin e Turkelson (2006) alertam para o risco do doente no pós-operatório desenvolver um tamponamento cardíaco (acumulação de sangue no pericárdio). Esta situação traduz-se por: diminuição da drenagem torácica, hipotensão, taquicardia, distensão venosa jugular e pressão venosa central elevada.

O pós-operatório da cirurgia cardíaca é assim um momento de grande vulnerabilidade hemodinâmica para o doente. Nesta perspetiva os autores acima citados referem que é imprescindível a monitorização das complicações neurológicas, que podem surgir, associadas à hipoperfusão ou eventos de natureza embólica durante a cirurgia. Para esta monitorização os enfermeiros da AICU recorrem à aplicação da escala de Glasgow.

O facto de saber o que foi feito e como é que foi feito, onde é que se encontram as suturas, onde foram colocados os drenos durante o ato operatório, permitiu-me elaborar um plano de cuidados personalizado, promovendo assim uma gestão mais eficaz no cuidado. Também Carvalho, Ferreira, Nelson, Duarte, Prado e Silva (2016) perante um doente submetido a cirurgia cardíaca encontraram como diagnósticos mais frequentes: risco de infeção, risco de quedas, integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio hidroelectrolítico, mobilidade no leito prejudicada, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de obstipação, dor atual, disposição para controle aumentado de regime terapêutico. Em suma concluíram que apesar de o doente se encontrar numa unidade onde a tecnicidade muitas vezes é sobrevalorizada, os diagnósticos delineados visaram a promoção da saúde, nutrição, eliminação, troca, atividade, repouso e segurança/proteção.

Reforçam ainda que a elaboração dos diagnósticos de enfermagem promove uma melhor sistematização da assistência no pós-operatório da cirurgia cardíaca evidenciado por: *“(...) by using the nursing classification systems it is possible to guide treatment and thus better meet the needs of patients, contributing to the construction of Knowledge and enhancement of nursing”* (p. 5063).

O saber profissional de enfermagem é assim, o resultado de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, que se centra assim nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados.

No que concerne ao suporte ventilatório o enfermeiro nesta unidade procede nas primeiras horas à avaliação da ventilação com recurso à auscultação pulmonar e dados de monitorização respiratória (saturação venosa central e periférica, frequência respiratória) e colheita de gasometrias e análises clínicas seriadas. Durante a prática clínica surgiu a oportunidade de extubar três doentes no pós-operatório, sendo que um deles era uma utente de 78 anos que havia feito transplante de pulmão.

Nas situações em que as cirurgias decorrem sem complicações, a extubação é feita no próprio dia, desde que o paciente se encontre hemodinamicamente e neurologicamente estável.

Durante a prestação de cuidados tive oportunidade de executar o penso à ferida cirúrgica e remover os drenos. Em quinze anos nunca tive tanto receio de tirar um dreno. A posição que estes ocupam em cima do coração por baixo do externo é definitivamente uma posição que impõe respeito!

Segundo Fleck e Fleck (2012) a infeção da ferida esternal é uma das complicações mais temidas nas UCI, associado a um aumento da taxa de mortalidade no pós-operatório da cirúrgica cardíaca. Nesta perspetiva Fleck e Fleck (2012) num estudo comparativo entre o curativo tradicional (lavar, desbridar e proteger) e a terapia de pressão negativa – *Vacuum assisted closure* (VAC) e sua aplicação em feridas esternais infetadas, apuraram que a taxa de mortalidade era superior nos doentes que faziam o curativo tradicional (10%) sendo que os doentes que eram submetidos a VAC apresentavam uma taxa de 4,7% de mortalidade. Verificaram ainda que a realização com um curativo normal custava à volta de 35.000,00 dólares e com o curativo VAC 11.000,00 dólares. Além destes resultados constataram que a dor infligida ao doente no momento do tratamento era menor com a VAC

De referir que no desenvolvimento da competência atender a dor era também um foco importante da intervenção do enfermeiro. Neste sentido durante a prática constatei que os enfermeiros não avaliavam a dor nos doentes com RASS de -3; -4; sendo que para monitorizar a dor utilizavam a escala verbal e analógica, escalas estas que segundo a IASPS (2017) deviam ser exclusivamente aplicadas em doentes conscientes.

Sendo assim e com base no código deontológico na medida em que respeitar a pessoa implica também respeitar e atender a pessoa na sua dor, realizei uma auditoria clínica aos registos de monitorização da dor (Apêndice C) e com base nos resultados apurados, sugeri a adoção da escala de avaliação comportamental da dor: *Behavioral Pain Scale* (BPS). Este é um projeto que está em desenvolvimento juntamente com os enfermeiros formadores da unidade.

Tive ainda a oportunidade de participar nos cuidados aos doentes sob VMI com óxido nítrico, terapia de substituição renal com hemofiltração contínua, avaliação da função cardíaca com recurso ao cateter *swanganz* ou com sistema de termodiluição de PICCO, entre outros.

A oportunidade de efetuar cuidados de enfermagem de alta complexidade nesta unidade é diária. Muitas das vezes fiquei destacada como o segundo elemento de enfermagem nos doentes de nível III (doentes com ECMO) tido assim a possibilidade de

realizar os cuidados de suporte, monitorização ao doente assim como os registos clínicos. O facto de realizar os registos foi facilitador na medida em que pude de forma sistematizada adquirir competências no interpretar dados de monitorização e assim agir na prevenção do risco de um doente sob o tratamento de ECMO.

Nesta perspetiva Oliveira, Cardoso e Mascarenhas (2010) referem que é esperado da parte dos enfermeiros um domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, grande capacidade para lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente, destreza manual e rapidez na ação, autocontrole emocional para fazer face as situações de grande tensão, grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes setores do hospital. Nestas unidades permaneci sete turnos com doentes submetidos a VV ECMO e VA ECMO e assim pude me familiarizar com alguns dos protocolos de segurança em caso de emergência ou de hemorragia.

O ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*) é uma técnica de *bypass* cardiopulmonar com circulação extracorporeal (CEC) que foi primariamente utilizada no tratamento da insuficiência respiratória neonatal reversível. Este consiste de um sistema em que o sangue é retirado continuamente a partir de veia central de grande calibre e bombeado para dentro de um permutador de gás (oxigenador) que oxigena o sangue e remove o dióxido de carbono. O sangue oxigenado é então novamente introduzido através da canulação de outra artéria, podendo ser utilizado durante dias ou semanas (Hardin & Kaplow, 2010).

Com o intuito de compreender e interiorizar melhor este tipo de terapia optei por seleccionar um paciente com ARDS submetido a VV ECMO e realizar um plano de cuidados com o intuito de criar um guia de orientação dos cuidados de enfermagem. Tive oportunidade de discutir este plano com o meu tutor na tentativa de demonstrar a importância de aplicar o processo de enfermagem nestes contextos em busca de um cuidado assertivo e de qualidade.

Relativamente a outra especificidade de cuidados, no desenrolar desta prática clínica tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com balão intra aórtico (BIA) e de assistir à colocação de dois no serviço de hemodinâmica e um a nível de bloco operatório. Relativamente ao cuidar de um doente com BIA. Molnar HM. (1998), apurou nas suas conclusões que os enfermeiros podem detetar as complicações vasculares precocemente



por meio do exame físico, monitorizando os pacientes quanto à temperatura, coloração, perfusão capilar e presença de pulsos distais.

No desenvolver desta competência, tive ainda a oportunidade de frequentar dois cursos. O primeiro teve lugar no dia 4 de outubro no hospital de Harefield no centro de simulação cardíaca intitulado *The Power of simulation training in resuscitation and heart attack management*. Foi uma excelente oportunidade de prática clínica e reflexão pois estes centros de simulação são na realidade as próprias unidades. Assim tive oportunidade de integrar os cuidados que estes adotam perante um doente em PCR num laboratório de hemodinâmica, numa unidade de cirurgia cardíaca intensiva, no serviço de radiologia e no corredor a caminho de um exame à radiologia. Creio, que este tipo de iniciativa deveria fazer parte da nossa realidade em ambiente hospitalar, aquando dos treinos de suporte avançado de vida.

Este treino foi uma excelente oportunidade, uma vez que, durante o meu estágio tive oportunidade de acompanhar três doentes em situação crítica ao serviço de imagiologia para realização de Tomografia Axial Computadorizada (TAC). O pensamento, o raciocínio depois destas experiências de técnica/prática auxiliou-me a organizar, a prever as complicações e a atuar sobre ele de forma preventiva e antecipatória.

No hospital Royal Brompton para o transporte do doente crítico existe uma lista de verificação de material que é utilizado nas *retrieval* (transporte inter hospitalar).

No desenvolvimento desta competência surgiu ainda a oportunidade de participar na formação: *Get With the Beat*. Neste curso foi abordado: Anatomia e fisiologia do coração; Medicação (inotrópicos e cronotrópicos) fluidoterapia, leitura de tiras de ECG; suporte avançado de vida (simulação com bonecos) e como aplicar *Pacing*. O maior enfoque consistiu na apreciação do sistema cardiovascular, que sintomatologia, que cuidados de enfermagem? Foram oito horas em formação contínua, criaram-se grupos de trabalho para discutir melhores políticas de intervenção perante determinadas manifestações clínicas. O privilégio de participar numa formação desta natureza foi gratificante, na medida em que me ajudou a inteirar de uma forma prática de todos os termos técnico científicos associados aos doentes com esta especificidade de cuidado.

Durante a minha prestação clínica tive oportunidade de confirmar que as *guidelines* utilizadas no Reino Unido são as mesmas que utilizamos em Portugal o que promove a uniformidade dos cuidados.

Assim tive a oportunidade de colaborar em diferentes técnicas, como a colocação de cateteres centrais, linha arterial, entubação orotraqueal (EOT), traqueostomia, para ventilação invasiva sob técnica cirúrgica e percutânea, remoção de drenos torácicos, execução de pensos entre outros de acordo o manual de orientação da instituição que se faz apresentar pelas *guidelines* internacionais que possuem as seguintes características essenciais: validade, representatividade, aplicabilidade, reprodutibilidade e clareza (*European Guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice*, 2016), promovendo uma prestação de qualidade.

O cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, a dinamização de respostas a situações de catástrofe e emergência multivítima e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção foram competências que demonstrei ao longo do processo de formação e que aqui se refletiram.

Assim, ao longo deste estágio procurei obter o maior número de experiências através das quais pudesse efetivamente colocar em prática as várias dimensões do saber. Para tal procurei à luz dos sistemas de competências de Le Boterf, (2003): saber-agir (saber porque faz); saber julgar (escolher, decidir); Saber modificar recursos (criar sinergia mobilizando recursos e competências); Saber comunicar (compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos); Saber aprender (trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos, saber desenvolver-se); saber envolver-se (Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se); Saber assumir responsabilidades (Ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido) e de possuir uma visão estratégica (conhecer e entender o funcionamento da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas), otimizar o meu projeto de estágio de forma a atingir os objetivos propostos.

Considero que o facto de ter sido orientado por três mentoras distintas ao longo do estágio, foi um especto positivo. Apesar de o seu método de trabalho ser distinto em termos de organização/ hierarquização de cuidados ao longo do turno, todas as três possuíam um saber qualificado. E com este saber incentivavam-me todos os dias a ir um pouco mais além, abriram-me portas de conhecimento e deram-me direções para que eu pudesse seguir e aí desenvolver as competências a que me tinha proposto. O facto de o estágio ter sido feito num país de língua inglesa, constituiu um desafio à minha capacidade de auto formação. Fui capaz de contactar serviços externos para a realização de exames, de informar e de solicitar a presença dos médicos perante situações de emergência, de

transmitir informações sobre os doentes nas visitas médicas e nas passagens de turno de enfermagem. Um dos meus receios inicialmente, era o de não ser capaz de me fazer entender na língua inglesa, contudo, uma das minhas tutoras Abighail sempre me deu muita confiança e incentivou-me para que de forma autónoma o conseguisse fazer.

O desenrolar desta prática clínica foi uma surpresa para mim, pois pela primeira vez na minha vida, fui a organizadora e promotora do saber pessoal em contexto clínico. Não esperei que me dessem sugestões de aprendizagens, pelo contrário fui à procura do conhecimento, da aventura, da inovação, da competência.



## **CAPÍTULO V – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM EMC**



## **5.1. Síntese das competências adquiridas**

Terminados os estágios nos contextos de Urgência, Medicina Intensiva e de Cirurgia Cardiorádica, é chegado o momento de enfatizar o progresso, o crescimento alcançado, mediante a síntese das experiências vivenciadas em contexto clínico à luz das competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

O patamar da excelência do cuidar em enfermagem alcança-se assim com base na procura incessante da curiosidade profissional e no desejo de fazer bem e melhor!

Os estágios foram assim veículos precursores de um cuidar estruturado e organizado de modo a desenvolver competências específicas com enfoque na eficiência e na eficácia, característica essencial de um enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

No que concerne ao desenvolvimento das competências comuns: Gestão da qualidade; Gestão dos cuidados; Responsabilidade profissional, ética e legal e desenvolvimento das aprendizagens profissionais concluo que estas competências constituem a base, o pilar onde assentam e onde se fundamentam as tomadas de decisão em todo o agir, em todo o cuidar em enfermagem. Ao longo da minha prática procurei à luz dos princípios éticos e deontológicos orientar as minhas intervenções de forma a promover o respeito pela dignidade da pessoa; pelo respeito da vontade própria; pelo respeito da sua cultura e dos seus valores, promovendo através de uma relação de ajuda e competência os esclarecimentos necessários para que a pessoa pudesse decidir conscientemente.

Falar em enfermagem implica falar do respeito pela vida do outro independentemente da sua etnia, raça ou religião. Assim durante o percurso desenvolvido e no que respeita ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista (Cuida da pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação e 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 da resposta em tempo útil e adequadas) sinto que é impossível falar sobre um cuidado de enfermagem sem recrutar os princípios éticos que iluminam e orientam a ação de enfermagem.

Deste modo em ambiente de cuidados intensivos, em ambiente de urgência, em ambiente de cirurgia cardiorádica mesmo com a pessoa inconsciente, procurei assegurar

um cuidado assertivo e de qualidade recorrendo à aplicação e divulgação dos feixes (*bundles*) de intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença promovendo assim um agir em defesa e proteção da pessoa.

O enfermeiro no cuidar humano desenvolve a sua autonomia e afirma o seu saber na promoção da dignidade e da segurança na prestação de cuidados. A pessoa em situação crítica e inconsciente obriga assim a enfermagem a procurar as melhores soluções de cuidado com base nos princípios da tomada de decisão ética, sendo que nestas situações o enfermeiro procura guiar-se pelo respeito, pela singularidade da pessoa e pelo que é mais justo e correto para ela.

Nesta perspetiva a abordagem do doente crítico em contextos complexos requer do enfermeiro uma postura assente num corpo de conhecimentos teóricos, científicos, sistematizados que atuam na redução da mortalidade da dor e do sofrimento.

Assim ao longo desta etapa formativa integrei conhecimentos teórico científicos que me permitiram em contexto hospitalar comunicar situações das quais considerei serem pertinentes desenvolver em contexto clínico como forma de contribuir para uma maior qualidade na prestação de cuidados. Para detetar e efetivar um planeamento de cuidados e intervenções procurei dar ênfase aos registos de enfermagem, efetuando auditorias, demonstrando através das evidências os benefícios da mudança e os ganhos em saúde para o doente e para os que o rodeiam. Os registos de enfermagem são assim a prova irrefutável da nossa ação e é só com eles que se consegue perspetivar e dar visibilidade à nossa intervenção. Neste âmbito relembro a sugestão de melhoria a nível do contexto de estágio I realização do panfleto em ordem de minimizar o sofrimento humano em situação crítica, promovendo práticas de cuidados seguros e humanizados, o workshop realizado em contexto de urgência após constatação de dúvidas acerca dos procedimentos de uma algaliação e prevenção de infeção do trato urinário seguido do projeto de implementação da escala da dor (BPS) numa das unidades de cirurgia mais conceituada do mundo, o Royal Brompton Hospital.

A implementação destes projetos marca, assim, a transição vivenciada na maximização do *know* em *how*, assente numa prática clínica humana e contribuinte para o meu processo evolutivo como futura enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.



## **CONCLUSÃO**

No culminar deste relatório, torna-se crucial refletir sobre a sua elaboração, tecendo algumas considerações sobre as competências adquiridas através das atividades realizadas para a consecução dos objetivos propostos, principais aquisições e implicações futuras para o percurso profissional. Este documento assenta na elaboração faseada das atividades efetuadas e procurou dar relevância e visibilidade ao percurso formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. O desenvolvimento profissional foi precedido pela monitorização contínua e atual das experiências vivenciadas em contexto clínico, o que conduziu à operacionalização de saberes em competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspetiva do enfermeiro especialista em EMC. O empenho individual, a orientação por parte da tutora, a transmissão de saberes promovida pelo aluno-tutor-orientador, traduziram a escalada contínua e positiva do percurso efetuado ao longo dos três estágios de prática clínica, fomentando assim a reflexão e a autoanálise pessoal do meu desempenho profissional.

Esta aquisição de competências alicerçou-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades visando uma atuação rápida e precisa ao doente crítico, através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados ao próprio e à família, dando resposta aos objetivos traçados no projeto de autoformação.

Este ensino clínico foi particularmente rico em situações de mudança, de transição da pessoa em situação crítica. O facto de ter tido a oportunidade de vivenciar estas situações, de ler sobre elas, de interagir com elas, permitiu-me integrar de modo mais profundo e sistematizado um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, como nunca antes havia experienciado.

A organização do índice do presente relatório foi efetuada com o objetivo de dar maior visibilidade aos cuidados/intervenções implementadas durante o processo de aquisição de competências. Assim o conhecer o contexto onde a pessoa está integrada, aliado ao facto de conhecer a forma como é que a pessoa vivencia e percebe esse ambiente permite ao enfermeiro implementar um conjunto de intervenções que não sendo fúteis são imprescindíveis num cuidar humano.

O facto de ter integrado a equipa de emergência perante situações de morte eminente, de traumas graves de situações singulares e ou de multivítima, de ter participado na assistência à via aérea, de ter assumido uma posição de liderança no algoritmo da abordagem ABCDE, de ter preparado o material para suporte ventilatório, de falar com a família com recurso a estratégias de comunicação de más notícias, foi sem dúvida algo que nunca vou esquecer.

O falar com o outro e ser capaz de autonomamente proporcionar algum consolo perante uma transição complexa de situação crítica foi algo que me fez lembrar o início da minha formação como enfermeira e assim refletir acerca da evolução técnica que aferi ao longo de 15 anos de experiência. Contudo, transmitir más notícias nunca é tarefa fácil, mas percebi que a forma como as damos pode fazer toda a diferença!

É indiscutível a importância de possuímos um guia que nos orienta e que nos posiciona como elementos chave no cuidado holístico da pessoa. O cuidar do enfermeiro é um cuidar transversal a todas as áreas da pessoa, contudo ao aperfeiçoar o seu conhecimento está a realçar a essência da enfermagem.

Nesta perspetiva, Deodato (2010), confirma que a Enfermagem é uma profissão com uma ética própria, ancorada num agir profissional com características, princípios e valores próprios.

Grande parte das atividades desenvolvidas em campo, culminou com desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz assente nos pilares da dignidade humana acoplada em uma prática profissional ética e fundamentada, a qual pretendo transpor para a prática como enfermeira especialista, no meu dia a dia.

À luz da melhoria contínua da qualidade e com o objetivo de suprimir uma necessidade que considero fulcral no cuidar da pessoa em situação crítica, promovi a implementação da escala comportamental da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS) no hospital *Royal Brompton*. Este é um projeto em desenvolvimento e marca assim o terminar desta prática clínica com um grande sentido de autorrealização pessoal assim como de dever cumprido. Esta oportunidade de prática clínica permitiu também a criação de vínculos profissionais, podendo contar com o apoio dos mesmos em futuros projetos na área da especialidade.

Uma das equipas que também tive o prazer de integrar foi a equipa da Viabilidade Tecedular. Esta é certamente uma das áreas que me apaixona e ao falar com o enfermeiro responsável desta equipa, ficou acordado que eu seria adicionada na rede de correio

eletrónico, de forma a tomar conhecimento de notificações ou alterações de procedimentos no que concerne ao cuidar da ferida cirúrgica cardíaca e ou prevenção de úlceras no ambiente de cuidados intensivos.

Este processo melhorou a minha capacidade para trabalhar com autonomia, inserida numa equipa multidisciplinar, contribuindo assim, para o melhor conhecimento da dinâmica apresentada pelo doente no pós-operatório da cirurgia cardíaca.

Este percurso formativo e sequencial foi sem dúvida uma das melhores experiências da minha vida profissional até à data.

Mediante o intercâmbio gerado e o feedback obtido da instituição, creio que extrapolei os objetivos delineados na fase de planeamento. Este intercâmbio e feedback de trabalhar em enfermagem foi amplamente satisfatório do ponto de vista pessoal.

Como dificuldades à concretização deste relatório enumero a limitação de tempo aferida pelos dias escassos de bolseiro e o afastamento do ambiente familiar, em prol do desejo de crescimento profissional.

Após esta excelente experiência de prática clínica a todos os níveis – pessoal e profissional – sinto que abri uma grande porta ao saber. O finalizar deste relatório marca assim, o início de uma longa caminhada formativa impulsionada pelo desejo de escrever um artigo sobre a relevância da monitorização da dor em UCI e de participar em projetos da área de viabilidade tecedular na vertente do cuidar da ferida cardíaca de natureza cirúrgica.



## **BIBLIOGRAFIA**

- Alves, A. (2012). *A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva: perspectiva do enfermeiro*. (Tese de mestrado). Instituto politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Consultado em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana_Alves.pdf).
- Amaral, C. (2013). *O papel do enfermeiro no contexto da dotação*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central.
- Araújo, J. & Leitão, E. (2012). Comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*: Rio de Janeiro.
- Associação Portuguesa do Estuda da Dor. (2017). O que é a dor?. Consultado a 5 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clínical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª ed). New York: Springer Publishing.
- Cardoso, R. M. (Ed.). (2013). *Competências clínicas de comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carrilho, C. M. D. M., Grion, C. M. C., Carvalho, L. M., Grion, A. S., & Matsuo, T. (2006). Pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva cirúrgica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(1), 38-44, doi: 10.1590/S0103-507X2006000100008.
- Carvalho, I. M., Ferreira, D. K. S., Nelson, A. R. C., Duarte, F. H. S., Prado, N. C. C., & Silva, R. A. R. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem no pós-

operatório mediato de cirurgia cardíaca. *Revista pesquisa cuidado fundamental*, 8(4), 5062-5067, doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5062-5067

Castillo, J.G.; Anyanwu, A.C.; El-Eshmawi, A.; Adams, D.H. (2014). All anterior and bileaflet mitral valve prolapses are repairable in the modern era of reconstructive surgery. (45),139–45.

Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, A. (2011). O significado da experiência vivida da pessoa doente internada em unidade de cuidados intensivos. *Revista Pensar Enfermagem*, 15(22), 11-19.

Catela, A. (2008). Unidade de cuidados intensivos: Caracterização da exposição ao risco. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (16), 48-54.

Chaves, M. & Quadrado, C. (2009). *O enfermeiro na prevenção das infeções urinária e respiratória associada aos cuidados de saúde: Da opinião à ação*. (Trabalho de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Chiavenato, I. (2004). *Introdução à: Teoria geral da administração* (7ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Elsevier campos.

Comeau, O. O., Amendariz-Batiste, J., & Woodby S. A. (2015). Safety first! using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25, doi: 10.4037/ccn2015991.

Davidson, J. E., Daly, B. J., Agan, D., Brady, N. R., & Higgins, P. A. (2010). Facilitated Sensemaking: A Feasibility Study for the Provision of a Family Support Program in the Intensive Care Unit. *Critical care Nursing Quarterly*, 33(2), 177-189, doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d91369

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.

Dias, M. & Ferreira, M. (2005). Ética/profissão e relacionamento interpessoal em enfermagem: efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 24(3), 359-366.

- Direção Nacional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *Relatório auditoria às precauções básicas do controlo da infeção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). *Estatísticas de Saúde da RAM de 2015*. Funchal: Autor. Consultado a 3 de fevereiro 2017. Disponível em <http://estatistica.gov-madeira.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Autor. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa. Nº 09 de 14 de Junho. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Vigilância Epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Consultado a 19 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção e resistências aos antimicrobianos: relatório de auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos: análise evolutiva 2014-2015*. Lisboa: Autor.
- Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico* (J. P. Bastos, R. Azevedo & S. F. Ribeiro, Trads) (5ª ed.). Loures: Lusociência.

(tradução do original inglês *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: an interactive Text For Diagnosis*, 5th ed., 2008, Colorado: F.A.Davis Company).

Estrada, M. & Miranda, I. (2016). Infecções Nosocomiais. In. P. Ponce & J. J. Mendes. *Manual de Medicina Intensiva* (p.362-369). Lisboa: Lidel.

Fazio, J. (2011). A prática de enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 9-17). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Sheehy's emergency nursing: principles and practice*, 6th ed., 2010, New York: Mosby).

Fernandes, A., Dias, C., Barbosa, S. & Costa, P. (2009). Hemodinâmica no século XXI: Um desafio para a medicina intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina*, 16(3), 7. Disponível em <http://docplayer.com.br/40504791-Intensiva-fernandes-a-dias-c-barbosa-s-costa-p-7-carta-do-presidente-spci-artigos-originais-artigos-de-revisao.html>.

Fernandes, M. J. C. & Silva, A. L. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10 (6), 1899-908, doi: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., ... Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Disponível em 17 de janeiro de 2017, disponível em <http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>.

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista portuguesa de pneumologia*, 15(4), 655-667.

Fleck, T. & Fleck, M. (2012), *Negative pressure wound therapy for the treatment of sternal wound infections after cardiac surgery*. *International Wound Journal*, (11), 240–245, doi:10.1111/j.1742-481X.2012.01079.x



- Fontes, A. I.; Ferreira, A. C. (Julho 2009). Do outro lado da Porta. Falar com a Família numa unidade de cuidados intensivos. *Sinais vitais*. N. 85, pp. 33-38.
- Freitas, P. & Gomes, S. (2015). Transporte do doente crítico. In P. Ponce & J. J Mendes. *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 529-535). Lisboa: Lidel.
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de triagem de Manchester*. Lisboa: Autor. Consultado a 8 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- Hardin, S. R. & Kaplow, R. (2010). *Cardiac surgery essentials for critical care nursing*. Atlanta: Jones and Bartlett Publishers.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Hinkle, J. L. & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American Relatives of Intensive Care Patients: Perceptions of Relatives, Physicians and Nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 2218-2225, doi: 10.1016/j.iccn.2011.04.003
- International Association for the Study of Pain. (2017). *Vision statement: Working together for pain relief throughout the world*. Consultado a 1 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Mission?navItemNumber=586>
- International Council of Nurses. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Geneva: Autor. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)
- International Council of Nurses. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Geneva: Autor
- International Council of Nurses. (2014). Versão 2011: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Geneva: Autor.

- Jesus, E., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44.
- Konstanti, Z., Gouva, M., Dragioti, E., Nakos, G., & Koulouras, V. (2016). Symptoms of cardiac anxiety in family members of intensive care unit patients. *American journal of critical care*, 25(5), 448-456, doi: 10.4037/ajcc2016642.
- Le Boterf, G. (2010). *Repenser la compétence: Pour dépasser les idées reçues: quinze propositions Broché* (2<sup>a</sup> ed.). Paris: Éditions-eyrolles.
- Leite, A. I. T., Claudino, H. G., & Santos, S. R. (2009). A importância de ser ético: Da teoria à prática na enfermagem. *Cogitare enfermagem*, 14(1), doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14142>.
- Lopes, J. P. C. (2006). *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer.
- Lopes, P. & Faria, M. (2005). A homofobia em toxicodependentes: Toxicodependências: Conflitos com o papel de género, atributos pessoais e atitudes perante as mulheres. *Revista toxicodependência*, 11(1), 21-35
- Macedo, A.P.M.C.; Mendes, C.M.F.S.; Candeias, A.L.S.; Sousa, M.P.R.; Hoffmeister, L.V; Lage, M.I.G.S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(5):826-32.
- Margato, C., Oliveira, D., & Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. *Ordem dos Enfermeiros*, 42-46.
- Martin, C. G. & Turkelson, S. L. (2006). Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, (21), 109-117.
- Martins, J. C. A., Bernarda, G., Caetano, C., Costa, A., & Teodósio, C. (2009). Capacidade do doente para decidir: Avaliar para maximizar a autonomia. *Revista Portuguesa de Bioética*, 9, 307-319.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.

- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing development & progress* (5ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Porto: Editorial Novembro.
- Meneguim, S. A., Corrêa, P. H., & Luppi, C. H. B. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 27(2), 115-119, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021>
- Meneguim, S., Alegre, P. H. C., & Luppi, C. H. B. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfermagem*, 27(2), 115-119, doi: 10.1590/1982- 0194201400021.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Morais, C. M. F. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: Uma abordagem fenomenológica da intencionalidade do cuidado. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e Estratégias Para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(2), doi: 1590/0104-07072016004500014
- Nunes, F. M., Meira, P. M., Martins, A. G., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de Trauma* (5ª.ed). Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A.; Cardoso, C.; Mascarenhas, P. (2010). Precauções de contacto em unidade de terapia intensiva: factores facilitadores e dificultadores para a adesão dos profissionais. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(1):161-165.
- Oliveira, D. M. P., Pereira, C. U., & Freitas, Z. M. P. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de

enfermagem em neurocirurgia. Revista: Arquivos brasileiros de neurocirurgia, 33(2), 1-11. Consultado a 12 de janeiro de 2017. Disponível <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador De Boa Prática. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, (1).

Oría, M. O. B., Moraes, L. M. P., & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista electrónica de enfermagem*, 6(1), doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v6i2.808>.

Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 3-8). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing: principles and practice, 6th ed., 2010, New York: Mosby).

Pedreira, L., Santos, I., Farias, M., Sampaio, E., Barros, C., & Coelho, A. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 533-9.

Peixoto, A.; Simões, A.; Teles, A.; Osório, E.; Silva, F.R.; Rodrigues, H., ... Pais, V. (2012). Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pereira, I. C. B. F. (2014). Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Editora.

Pereira, R., Martins, M. A. & Cardoso, M. J. (2012). Prática baseada na evidência. *Revista da ordem dos enfermeiros*, (42), 23-24. Consultado a 17 de janeiro de 2017, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/Revista42\\_VFinal\\_.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/Revista42_VFinal_.pdf)

Pereira, S. (2014). *Formulário de avaliação da dependência do autocuidado: versão reduzida*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (Salgueiro, N.; Salgueiro, R., Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original Francês *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002, Montréal: Les Editions de la Chenelière inc.).
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168.
- Pinto, C. (2011). *Desenvolvimento do Pensamento Ético no Contexto da Formação Inicial de Enfermeiros*. (Tese de Douramento). Universidade de Aveiro, Aveiro
- Ponce, P. & Mendes, J. J. (2016). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015. *Diário da República n.º 181, II Série*. Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República n.º 153, II Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República n.º 205, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde – Norma n.º 029/2012. 2012-12-29. Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Atualizado em 2013-10-31. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 09/DGCG. 2003-06-14. A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República n.º 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011. *Diário da República n.º 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento n.º 533/2014. *Diário da República n.º 233, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). *Diário da República nº 123, II Série*.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

Rua, M. S. (2011). *De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto clínico*. Loures: Lusociência

Salomé, G. M. (2011). Comunicação entre pacientes e académicas de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Abordagem fenomenológica. *Revista Nursing*, 13(152), 32-38

Salvado, A. (2013). *Caracterização de Intoxicações Medicamentosas no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar da Cova da Beira*. (Tese de Mestrado.). Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.

Saunders, C. D. (2003). *Watch with me: Inspiration for a Life in Hospice Care*. England: Mortal Press.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel

Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Valores, princípios e visão*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Silva, J. S., Cruz, T. A. F., Ribeiro, C. J. N., Santos, V. S. Alves, J. A. B., & Ribeiro, M. C. O. (2016). Pain in patients attended at risk classification of an emergency service. *Revista Dor*. São Paulo, 17(1), 34-38.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2015). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: DGS. Consultado a 6 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao.aspx>

Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 195-206. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>

- Tembo, A. C., Higgins, I. & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study, intensive and critical care nursing. *Intensive and critical care nursing*, 31(3), 171-178, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.
- Toldo, M. P., Grazioli, D. S., Hanuer, M. C., Da Rosa, A. P., & Da Silva, T. G. (2016). Acolhimento De Familiares Em Sala De Espera Da Unidade De Terapia Intensiva (UTI). (Portuguese). *Brazilian Journal Of Surgery & Clinical Research*, 15(4), 116-117.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E.(2008). Theelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. (L. Abecasis, F. A. Silva, M. T. Leal, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Thelan's critical care nursing, 5th ed., 2006, New York: Mosby).
- Valente, M., Catarino, R., Ribeiro, H., & Martins, A. (2012). *Manual de emergências médicas: INEM*. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108171804724961.pdf>
- Vaz, C. & Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, (148), 14-17.
- Vieira, C. N. K., De Andrade, P. S., Enders, B. C., Coura, A. S., & Dutra, M. M. (2014). Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 13(35), 338-349. Consultado a 3 de janeiro de 2017. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=96903119&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Wetteneck, P. T. B. (2005). Using clinical practice guidelines to improve patient care. *Wisconsin Medical Society Journal*, 104(3), 30-3.
- World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneva: ICN. Disponível em [http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn\\_framework.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1) >. ISBN 978-92-95-065-79-6





## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – PANFLETO

### 7 – Gestão de bens ou valores dos utentes / Visitas

Se possui bens de grande valor entregue ao seu familiar ou então na secretaria do serviço de urgência onde será devidamente guardado e identificado no cofre da instituição.

#### Visita

O doente internado tem direito à visita dos seus familiares/amigos, contudo em ambiente de urgência, os horários variam consoante: a gravidade do estado clínico e da disponibilidade da sala em que o doente se encontra e da disponibilidade da equipa de saúde.

#### Regime Geral

13h às 15h e das 19h às 20h

### 8 – Alta

Antes de abandonar o serviço deve dirigir-se ao posto administrativo e ali validar todos os documentos que lhe foram entregues (receitas, credenciais, marcações de consulta, etc.). Se for internado, o doente e o acompanhante serão conduzidos ao respetivo Serviço

*Informações complementares:*

*Capela: aberto 24 horas ( piso 0)*

*Bar dias úteis das 8h00 às 20h30. ( piso 0)*



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

### Ao visitar o seu familiar ajude – nos a reduzir as infeções, para tal deve:

- ✓ Atender às informações disponibilizadas pela instituição e pela equipa de saúde, e se necessário usar equipamento de proteção individualizado.
- ✓ Não circular nas zonas de acesso restrito, nem dos elevadores de serviço,
- ✓ Evitar a visita se tem sintomas de infeções respiratórias/ gastrointestinais
- ✓ Permanecer, somente, junto de quem vai visitar;
- ✓ Higienizar as mãos à entrada e à saída;
- ✓ Cumprir com a etiqueta respiratória.

#### Contactos

##### Gabinete de Atendimento e Apoio ao Utente

Se necessitar de efetuar alguma: petição, sugestão, agradecimento ou reclamação deverá se dirigir ao Gabinete de Atendimento e Apoio ao Utente que se localiza no Rés-do-chão, junto à recepção do Hospital Dr. Nélso Mendonça.

#### Horário de Funcionamento

9:00h até às 17:00h (segunda a sexta-feira)

Contacto: 291 705646

email: ggrau@sesaram.pt

**SESARAM**<sup>EPE</sup>  
Serviço de Saúde da RAM<sup>EPE</sup>

**SERVIÇO DE URGÊNCIA** →








## Serviço de Urgência

1. Sistema de triagem de Manchester
2. Taxas moderadoras
3. Identificação dos profissionais consoante a cor da farda
4. Salas do Serviço Urgência
5. Hora de refeição/ restrições alimentares
6. Tempos de espera para provas diagnósticas
7. Gestão de bens ou valores dos utentes / Visitas
8. Alta

Hospital Dr. Nélso Mendonça

A qualidade em saúde só se consegue com trabalho em equipa.  
A Pessoa é o centro da nossa ação e alvo do nosso respeito e cuidado.  
A ajuda dos familiares é essencial.  
**Colabore connosco!**

### 1 - Sistema de triagem de Manchester / Tempos de espera pós triagem

	Emergência – Atendimento imediato
	Muito urgente – 10 minutos
	Urgente - 60 minutos
	Pouco Urgente – 120 minutos
	Não urgente – 240 minutos

### 2 – Taxas moderadoras

#### APLICAÇÃO DE TAXAS MODERADORAS

Publicado no Decreto Legislativo Regional n° 4/2014/M de 12 de maio de 2014

#### Quem paga taxa moderadora?

Utente com prioridade "pouco urgente" (cor verde) e com prioridade "não urgente" (cor azul) (artigo 2º, n°1, DLR n°4/2014/M)


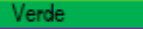
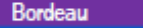


#### Qual o valor aplicado na taxa moderadora?

Poderá oscilar entre 20,65 € 50,00 € máximo. (Portaria n°164/2014 de 23 de Setembro)

#### Quando e onde efetuar o pagamento?

Após a alta deve dirigir-se à secretaria. Se não poder pagar no momento tem até 10 dias para efetuar pagamento. O não pagamento constitui contra-ordenação, passível com coima.

### 3 – Identificação dos profissionais consoante a cor da farda

	Medicina
	Enfermagem
	Técnicos de provas diagnósticas
	Auxiliares de ação médica
	Secretariado

Os enfermeiros são destacados para as diferentes salas e desempenham funções específicas. Se necessitar de informações deverá procurar falar com o enfermeiro da sala em que se encontra.

### 4 – Salas do Serviço de Urgência

Espera	Aguarda observação clínica de acordo com prioridade concedida
Gabinete Médico	Consulta mediante observação médica da área pretendida: Medicina, Cirurgia, Ortopedia ou Ginecologia.
Sala de Tratamento	Observação de enfermagem. Administração de terapêutica prescrita. Colheita de análises. Orientação para provas diagnósticas.
Sala Aberta	Sala onde o doente recupera e aguarda efeito da terapêutica realizada ou resultados de provas complementares de diagnóstico.
Sala de recuperação	Sala destinada à realização de tratamentos mais prolongados até 24 horas
Sala de Observação	Sala destinada a doentes com necessidades de maior vigilância e monitorização.
Cuidados especiais	
Isolamentos	

### 5 – Hora das refeições / restrições alimentares

Pequeno Almoço	9h30m
Almoço	12h30m
Lanche	16h00m
Jantar	19h00m
Ceia	21h00m

Aos utentes autorizados pela equipa médica e de enfermagem é lhes oferecido uma dieta ligeira (sopa e uma fruta). Se não tem autorização para comer ou se não sabe se o pode fazer, procure informação junto ao enfermeiro da sala.

### 6 – Tempos de espera para provas diagnósticas

RX	10 a 30 min após observação de enfermagem na sala de tratamentos
ECG	Depende do Grau de prioridade atribuído estima-se até 15 min
TAC	Depende do Grau de prioridade atribuído
Análises	Mínimo: 120 minutos

## **APÊNDICE B – STEP 2 COMPETENCIES**

(Documento nº 2)



## APÊNDICE C – AUDITORIA: MONITORIZAÇÃO DOS REGISTOS DE DOR

Relatório de Auditorias da Avaliação da Dor Realizada aos pacientes internados na AICU do hospital Royal Brompthon

Auditoria Referente ao dia 3 de Outubro													
Pacientes	Manifestações clínicas evidenciadas pelos Doentes com Rass de -3 no Momento do Posicionamento												
	Scor da dor	Frequência Cardíaca		Frequência Respiratória		SatO2	Tensão arterial		Temperatura		Sudação	Bolús	
		Antes	Depois	Antes e Depois			Antes e Depois					Analgesia	Sedação
A	EVA	123	110	13	12	98%	120/70	110/65	36.3	36.6	Não		☹
B	Não	110	102	12	11	89%	130/80	135/80	37.1	37.3	Sim		☹
C	Não	99	97	15	15	98%	110/75	114/85	35.8	35.8	Não	☹	
D	EVA	87	81	16	15	95%	146/69	136/79	36.9	36.3	Não		☹
E	Não	58	46	19	18	97%	99/48	110/48	36.1	36.1	Não		☹
F	Não	75	80	21	19	93%	145/89	135/87	36.3	36.2	Sim	☹	
G	EVA	49	47	21	17	95%	130/70	130/79	35.3	35.3	Sim		☹

Auditoria Referente ao dia 4 de Outubro													
Pacientes	Manifestações clínicas evidenciadas pelos Doentes com Rass de -3 no Momento do Posicionamento												
	Scor da dor	Frequência Cardíaca		Frequência Respiratória		SatO2	Tensão arterial		Temperatura		Sudação	Bolús	
		Antes	Depois	Antes e Depois			Antes e Depois					Analgesia	Sedação
A	EVA	68	67	21	12	98%	100/70	120/78	36.3	36.6	Não		☹
B	Não	59	53	13	11	89%	130/80	126/70	37.1	37.3	Sim		☹
C	Não	98	75	16	15	98%	119/75	124/85	35.8	35.8	Não	☹	
D	EVA	78	75	21	17	95%	146/69	166/79	36.9	36.3	Não		☹
E	Não	59	50	18	15	97%	99/48	110/45	36.1	36.1	Não		☹
F	Não	87	85	15	15	93%	155/89	155/90	36.3	36.2	Sim	☹	
G	EVA	91	85	15	13	95%	130/70	110/79	35.3	35.3	Sim		☹

**Auditoria Referente ao dia 6 de Outubro**

Pacientes	Manifestações clínicas evidenciadas pelos Doentes com Rass de -3 no Momento do Posicionamento												
	Scor da dor	Frequência Cardíaca		Frequência Respiratória		SatO2%	Tensão arterial		Temperatura		Sudação	Bolús	
		Antes	Depois	Antes	Depois		Antes	Depois	Antes	Depois		Analg.	Sedação
A	Não	126	99	12	10	96%	119/43	110/43	35.9	36.1	SIM		☹
B	Não	112	98	13	11	99%	134/85	133/85	36.9	37.0	Não		☹
C	EVA	99	89	15	14	97%	140/77	140/70	36.1	36.3	SIM		☹
D	Não	67	68	19	18	98%	134/85	132/82	36.3	36.4	Não	☹	
E	EVA	89	84	16	15	89%	146/79	134/60	35.3	35.2	SIM		☹
F	EVA	58	53	11	13	98%	134/85	124/73	35.9	36.1	Não	☹	
G	Não	47	49	15	14	95%	134/85	132/76	36.3	36.3	SIM		☹

**Auditoria Referente ao dia 8 de Outubro**

Pacientes	Manifestações clínicas evidenciadas pelos Doentes com Rass de -3 no Momento do Posicionamento												
	Scor da dor	Frequência Cardíaca		Frequência Respiratória		SatO2%	Tensão arterial		Temperatura		Sudação	Bolús	
		Antes	Depois	Antes	Depois		Antes	Depois	Antes	Depois		Analg.	Sedação
A	EVA	89	89	15	14	97%	130/53	120/48	35.8	36.1	SIM	☹	
B	Não	97	97	15	13	98%	133/84	133/75	36.9	37.1	SIM	☹	
C	Não	98	96	16	15	99%	140/70	130/59	36.2	36.4	Não		☹
D	Não	99	96	18	17	98%	132/81	132/75	36.3	36.3	Não		☹
E	EVA	78	78	17	16	95%	144/85	132/82	35.3	35.3	SIM	☹	
F	EVA	112	98	14	12	97%	146/79	134/65	35.8	36.0	Não		☹
G	Não	125	109	15	14	99%	134/85	124/76	36.3	36.3	SIM	☹	