



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DOENTE CRÍTICO: FOCO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS E HUMANIZADOS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa
em Situação Crítica

Por

Ana Raquel Marques Ferreira

Porto, março de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DOENTE CRÍTICO: FOCO DOS CUIDADOS
ESPECIALIZADOS E HUMANIZADOS**

**CRITICAL PATIENT: FOCUS ON SPECIALIZED AND A
HUMANIZED CARE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa
em Situação Crítica

Por

Ana Raquel Marques Ferreira

Sob Orientação de

Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, março de 2021

RESUMO

Este documento foi realizado no âmbito do plano de estudos do 13º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, referente à Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” a decorrer no período de vinte semanas, entre 07/09/2020 a 08/02/2021, do presente ano letivo. Este visa documentar as experiências vivenciadas e as competências adquiridas nos estágios realizados em diferentes contextos – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, situado na região norte do país, e na área de Assistência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica, seguindo um linha orientadora por mim delineada anteriormente no Projeto de Estágio, que constitui a base para a realização deste período de prática clínica.

Na sua construção foi privilegiada uma metodologia analítica, descritiva e, sobretudo, crítico-reflexiva para que se transpareça todo o percurso formativo e processo de aprendizagem, rumo à especialização em enfermagem, com todas as competências que lhe estão inerentes, ao nível da resolução de problemas, gestão, formação, investigação, assessoria e prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico, com base na evidência científica mais atual.

Estruturalmente, este relatório encontra-se organizado segundo os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros em 2019: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A par disto, foi construído um capítulo dedicado às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela relevância que detém e pela riqueza que atribuem ao meu perfil enquanto prestadora de cuidados especializados.

Transversal a todo o estágio, este relato espelha a minha postura proativa na busca de conhecimento e o aprimoramento gradual do olho clínico e do pensamento e juízo críticos, essenciais à formulação de diagnósticos e à resolução de situações problema. Foram prestados cuidados ao doente crítico e sua família, que vivenciam transições agudas de saúde-doença, em diversas situações urgentes e emergentes potenciadoras da aquisição de competências específicas.

Ressalvo a realização de momentos de formação através da identificação de necessidades formativas sobre temáticas atuais e relevantes à melhoria das práticas e à excelência dos cuidados que se prestam, dando, assim, o meu contributo positivo à equipa multidisciplinar e serviços de estágio.

Neste âmbito, este é um trabalho construído com base na reflexão introspetiva e retrospectiva constituindo, por si só, uma ferramenta de aprendizagem. Considero que os objetivos inicialmente traçados foram cumpridos e a sua conclusão retrata, de uma forma paralela a todo o documento, o culminar de um caminho difícil mas produtivo, com o constante aprimoramento e aquisição das habilidades, capacidades, saberes e competências relativas ao atendimento da pessoa em situação crítica, na vertente dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com perícia e mestria.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Enfermagem, Competências, Doente Crítico.

ABSTRACT

This report was written based on the criteria presented on the study plan of the 13 th Master in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, at the Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, representing the course unit “Final Stage and Report”, that happen between a period of twenty weeks, from 07/09/2020 to 08/02/2021 of the current academic year. Before each placement, I have structured a project, and considering this, the purpose of this essay is to document the experiences and skills acquired in different areas – a general intensive care unit, located in the north of the country, and a Pre-Hospital Assistance at the National Institute of Medical Emergency.

It was used an analytic and descriptive methodology but, mainly, a critical-reflexive one, to give emphasis to the entire training and learning processes, towards nursing specialization, with all the inherent skills, in particular, problem resolution, management, training, research, guidance, and differentiated care based on current evidence for critical patients.

Structurally, this report is organized according to the common domains of the nurse specialist recommended by the Portuguese Nursing Council in 2019: Professional responsibility, ethics and law; development of professional skills. In conjunction with this, another chapter was created regarding specific and important skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing due to the enhancement that they give to my profile as a specialized care professional.

Cross-sectional to the entire placement, this report shows my proactivity in search for knowledge, and the ongoing improvement of my clinical assessment, critical thinking and judgment, which is essential to the formation of diagnosis and problem resolution. Care was provided to the critical patient and his family that were experiencing acute health-disease transitions in several urgent and emergent situations that were vital to the acquisition of specific skills.

I will also highlight the attainment of training moments through the identification of education needs about current and relevant subjects for the improvement of practice and excellence of care that is provided, offering in this way my positive contribution to the multidisciplinary team and to the work placements.

In this context, this is a report created on the basis of an introspective and retrospective reflection constituting itself in a learning tool. I consider that the initial objectives were achieved, and the conclusion portrays, in a parallel form to the all document, the culmination of a difficult but productive path with constant improvement and acquisition of skills, abilities, knowledge and competencies related to the care of the person in a critical situation, in the sphere of care in Medical-Surgical Nursing, with expertise and mastery.

Keywords: Specialist Nurse, Medical-Surgical Nursing, Master in Nursing, Skills, Critical patient

“O objetivo da vida é uma vida com objetivos.”

Robin Sharma

AGRADECIMENTOS

A todos os meus amigos, pelo apoio e motivação diária;

Aos meus pais, pela força, apoio e amor incondicional;

À equipa docente, em especial à Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa, pela orientação, atenção e disponibilidade demonstrada;

Às enfermeiras tutoras, pelo acolhimento, disponibilidade, paciência e partilha de conhecimentos;

Aos meus colegas de trabalho e chefe de serviço, pela compreensão, apoio e ajuda mútua.

A todos, o meu profundo agradecimento.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA – Normas *American Psychological Association*

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure*

BIS – *Bispectral Index Score*

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CHAMU - Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxigenation*

FiO₂ - Fração inspirada de oxigénio

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

mL/h – mililitros por hora

L/m – litros por minuto

n.º - Número

NAS - *Nurse Activities Score*

NEWS - *National Early Warning Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM - Pressão Arterial Média

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PEEP – Positive End-Expiratory Pressure

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC - Pressão Intra-Craniana

PICC - Catéter Venoso Central de Inserção Periférica

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos

Prof.^a - Professora

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCP – Reanimação Cardio-Pulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SBV-DAE – Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não-Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. PERCURSO DE CRESCIMENTO RUMO À ESPECIALIZAÇÃO.....	19
3. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	24
3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	30
3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	37
3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	43
4. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	51
5. CONCLUSÃO	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
7. ANEXOS.....	75
ANEXO I: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “MONITORIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO”	77
ANEXO II: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “SBV- DAE”	81
8. APÊNDICES	85
APÊNDICE I: TRABALHO REALIZADO “ VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA: ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	87
APÊNDICE II: TRABALHO REALIZADO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO”	105
APÊNDICE III: ARTIGO CIENTÍFICO “ISOLAMENTO SOCIAL POR SARS-CoV2: NECESSIDADES E ESTRATÉGIAS	129

1. INTRODUÇÃO

Crescer é um processo contínuo de aquisição de conhecimentos, vivências e experiências que levam ao aprimoramento de capacidades essenciais no desempenho de funções e atividades. Crescer como profissional, em especial como enfermeira, exige que estas capacidades sejam regidas pelo conhecimento mais atual e científico possível na busca pelo desempenho exímio de competências fulcrais à excelência dos cuidados prestados.

Sendo a enfermagem uma prática social histórica, possui uma importância social irrefutável, ocupando os enfermeiros uma posição central. Como nos diz a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018a), ao longo das gerações, o papel vital nos sistemas de saúde é atribuído aos enfermeiros e à sua prestação de cuidados. A esta importância acrescem-se, inevitavelmente, responsabilidades e um sentido de resposta que deve ser aperfeiçoado diariamente. A sociedade é exigente neste ponto – carece que cada enfermeiro desempenhe eficazmente o processo de cuidados e solucione os problemas da população, cada vez mais munido de mais conhecimentos e competências (Martins e Dias, 2010). A OE prevê e acompanha esta exigência e a criação de especialidades é o resultado disso. Assim, a um enfermeiro especialista são reconhecidas competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem, aplicáveis em todos os contextos (OE, 2019). De forma mais específica, são ainda definidas pela OE (2018b) competências referentes a cada área de especialização. No caso, tornar-me enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dar-me-á competências para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que estejam de acordo com o alvo dos meus cuidados – pessoas e suas famílias. Concomitantemente, a esta promoção da saúde e prevenção da doença, associam-se papéis de assessoria, formação e investigação (OE, 2018b).

Uma das vertentes da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é dedicada ao atendimento de pessoas em situação crítica. Sendo este inesperado, stressante e exigente, a OE (2018b) emana competências específicas em torno de 3 eixos de ação, intimamente ligadas ao doente crítico: o cuidado à pessoa e sua família que vivencia processos de doença grave ou falência orgânica; a dinamização da resposta em situações de exceção, emergência e catástrofe; e maximização da prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

Promotora da aprendizagem e do conhecimento científico atualizado como motor de boas práticas, a Universidade Católica Portuguesa preconiza atividades e momentos formativos que permitam a aquisição de grau de Mestre em Enfermagem, associado à especialização numa das áreas determinadas. Portanto, para a obtenção deste título são pré-definidos objetivos que devem ser alcançados que passam pela capacidade de compreensão aprofundada em vários domínios da área de especialização; aplicação de conhecimentos e da capacidade de resolução de compreensão em situações novas em contextos multidisciplinares; capacidade para lidar com questões complexas e desenvolver soluções e refletir sobre as implicações éticas e sociais e responsabilidades que delas resultem; capacidade de comunicação das conclusões obtidas e respetivos raciocínios de uma forma concisa e clara; e competência para manter processos de aprendizagem contínua ao longo da vida, de forma autónoma e orientada.

Este documento foi construído com base nestas competências gerais e específicas, trabalhadas ao longo da prática clínica e enquadra-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito do plano de estudos do 13º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do presente ano letivo, a decorrer no período de vinte semanas, entre 07/09/2020 a 08/02/2021, com uma carga horária total de 840 horas, sob a orientação da Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa. Desta forma, visa documentar a aquisição e solidificação de conhecimentos para certificação de habilitações que foram adquiridas no período de estágio, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), na região norte do país, entre 07/09/2020 e 31/10/2020 e na área de Assistência Pré-Hospitalar, realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), na data de 02/11/2020 a 19/12/2020. Importa referir que foi obtida creditação ao módulo III referente aos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, dado trabalhar num Serviço de Urgência (SU) geral e polivalente, num hospital da zona norte, desde 2016. Apesar de relativamente curta, a minha experiência profissional proporciona-me um quotidiano rico em condições clínicas desafiantes, referentes a doentes que vivenciam uma transição de saúde-doença grave. Igualmente, pertencer à equipa de emergência médica permite-me lidar com situações emergentes, fomentando a minha capacidade de ação e reação em casos de stress, detetando focos de instabilidade e agindo antecipadamente.

Tendo em mente o cuidado ao doente crítico em todas as fases de atendimento, priorizei a realização de estágios em locais que permitissem contactar com cada doente em diferentes etapas do processo clínico – na assistência pré-hospitalar e nos cuidados intensivos. A minha escolha residiu, assim, na tentativa de criação de uma ponte de ligação que me desse a conhecer todo o percurso do doente, desde que é assistido em ambiente pré-hospitalar, à sua

admissão no serviço de urgência, até ao internamento numa unidade de cuidados intensivos, quando a condição clínica assim o justifica. Desta forma, considero que estes campos de estágio, preconizados no plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa, são de extrema importância no desenvolvimento de capacidades na área assistencial de enfermagem ao doente crítico.

Na elaboração deste relatório foi privilegiada uma metodologia descritiva e analítica, assente numa abordagem crítico-reflexiva que me permitirá relacionar as experiências vivenciadas e os conhecimentos adquiridos com base na literatura e nos saberes científicos mais atualizados. A reflexão é o processo através do qual se problematiza a prática e se adquirem novas habilidades e atitudes, através de processos mentais sobre a própria prática. Anexa à enfermagem, a prática reflexiva serve como um moderador de aprendizagem, onde se atribuem significados às experiências da prática especializada (Ribeiro e Ribeiro, 2016).

Assim, refletir é consolidar o que se aprende e requer que se mobilize toda a teórica adquirida ao longo do percurso académico, em especial durante o curso de Mestrado em Enfermagem. Igualmente, as aprendizagens pessoais e profissionais representam um marco importante na construção de uma postura sólida enquanto enfermeira.

Nesta linha de pensamento, este trabalho foi organizado tendo em vista as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica expressas pela OE. De forma pessoal, esta estrutura é a que mais se adequa e espelha o percurso percorrido na busca destas competências, organizadas por capítulos, cada um com a informação e justificação devida. Da mesma forma, é uma estrutura simples e organizada, que permite uma fácil consulta em cada área de atuação. Para tal, encontra-se dividido em oito capítulos fundamentais, dispostos de forma lógica e sequencial. Após a presente introdução, apresentada como primeiro capítulo, surge um capítulo intitulado “Percurso de Crescimento rumo à Especialização” que transpõe o caminho decorrido até ao momento e as competências adquiridas, nomeadamente no contexto de trabalho em serviço de urgência, bem como a exposição dos contextos de estágio. Segue-se o terceiro capítulo, intitulado “Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, onde são expostas as atividades realizadas ao longo dos estágios, segundo uma perspetiva crítico-reflexiva e fundamentada, e as competências e habilidades adquiridas através da prática clínica. Este capítulo desdobra-se em quatro subcapítulos que ordenam o texto e as competências segundo os quatro domínios comuns expressos pela OE (2019). Em concordância, o quarto capítulo “Domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” segue a mesma linha orientadora e evidencia as atividades desenvolvidas,

as capacidades e competências alcançadas no que concerne à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por sua vez, a “Conclusão” espelha uma análise transversal de todo o documento bem como os seus pontos fortes e as limitações ou dificuldades na sua realização. Em seguida, o sexto capítulo diz respeito às referências bibliográficas utilizadas durante a redação do relatório, expondo a sua base científica. Ressalvo que a sua construção foi conforme as normas APA, por me serem familiares e de simples conceção e fácil consulta. Por fim, os “Anexos” e os “Apêndices” albergam documentação relevante e referida ao longo do texto, para posterior consulta e aprofundamento de algumas temáticas.

Resta-me referir que a escolha para o título deste documento - Doente Crítico: Foco dos Cuidados Especializados e Humanizados- visa retratar o vivenciado ao longo dos estágios, em que o cerne da minha atuação residiu na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, nas várias fases de atendimento, sem nunca descuidar a componente ética, essencial na prática de enfermagem, especialmente quando nos referimos a doentes que vivenciam processos agudos de saúde/doença. Igualmente, todo este período foi um percurso de crescimento que visa culminar na aquisição dessas mesmas competências especializadas, fulcrais para o exercício de qualidade da profissão.

Assim, este trabalho, além de dar resposta a uma necessidade curricular na obtenção de grau académico de Mestre em Enfermagem, objetiva expor de forma reflexiva e com suporte teórico o vivido ao longo do período de estágio, ser objeto de reflexão e avaliação e posterior identificação de oportunidades de melhoria, fomentar a capacidade de análise do processo de desenvolvimento, discussão dos resultados de aprendizagem e, ainda, aprimoramento da capacidade argumentativa e de fundamentação teórica. Pessoalmente, o meu objetivo major na redação deste documento é demonstrar o percurso de crescimento e aquisição de competências específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica e que vão de encontro ao que foi previamente delineado no Projeto de Estágio.

Se o projeto de estágio funcionou como uma pedra angular e fio condutor à realização dos estágios, este relatório é o culminar de um período evolutivo, de crescimento e concretização pessoal e profissional. É, agora, possível, fazer um paralelismo entre o que foi previsto e o que realmente se concretizou, salvaguardando a ideia de que nenhum ciclo de aprendizagem é estático e, por isso, sempre passível de mudanças. Não obstante, a inúmera carga de horária, entre o estágio e as obrigações laborais nesta época exigente a nível hospitalar, a elevada carga de trabalho e o cansaço físico representam algumas limitações na sua elaboração que, com esforço, dedicação e sentido de responsabilidade, foram ultrapassadas não colocando em causa o sucesso deste estágio.

2. PERCURSO DE CRESCIMENTO RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

A identidade de cada enfermeiro inicia o seu processo de construção no primeiro dia de licenciatura. Creio que já a própria candidatura é motivada por um sentido de pertença e bem com o próximo. É, posteriormente, através do percurso académico e de cada escolha a ele subjacente que se edifica um caminho de aprendizagem, em determinada área. Pessoalmente, o início do período laboral num SU polivalente, vigente até à data atual, direcionou a minha prática para o cuidado ao doente crítico, numa fase urgente e emergente. É um serviço com uma densa área de influência populacional, visto como referência a diversas especialidades cirúrgicas e médicas, com vários postos de trabalho destinados a diversos doentes, constituindo, assim, um serviço com múltiplas oportunidades de desenvolvimento. Este atendimento à pessoa em situação crítica, nas mais diversas fases, permitiu-me adquirir várias competências fulcrais associado a um crescimento favorável enquanto profissional nesta área. Saliento a minha introdução na equipa de emergência, interna e externa, como motor e estímulo do meu empenho, estudo e aprimoramento de competências em situações emergentes, com utentes gravemente doentes e em risco de falência orgânica e vital, onde urge a necessidade de uma ação rápida, diferenciada, segura e eficaz. É, igualmente, um momento ideal para a gestão de mecanismos de controlo de stress em situações adversas e inesperadas. Ainda, é realizado o acompanhamento e transporte de doentes instáveis a unidades diferenciadas, seja de forma intra ou extra-hospitalar. O planeamento destes é crucial para o seu sucesso e é necessário que ocorra de forma organizada, antecipando-se possíveis necessidades e complicações. É, em todas as ativações internas ou para a Sala de Emergência (SE), privilegiado o trabalho em equipa com a equipa médica intensivista ou de especialidade, sempre experientes em Suporte Avançado de Vida (SAV) e medidas avançadas e diferenciadas de tratamento e suporte vital. Além disso, evidencio os turnos realizados na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos do Serviço de Urgência (UCISU), onde são admitidos doentes que necessitam de internamento e uma maior vigilância, dado a sua instabilidade clínica. O local é *open-space*, sendo que todos os doentes estão com monitorização invasiva e/ou não invasiva. São doentes críticos, com um elevado grau de diferenciação que exigem capacidades acrescidas na ação em prol do doente.

De um modo geral, trabalhar no SU possibilitou o meu crescimento profissional no atendimento ao doente crítico, aprimorando o pensamento crítico, estratégias de tomada de decisão, atuação em medidas de *life-saving*, promoção da sua autonomia, bem-estar e recuperação. Realça-se a importância do enfermeiro, sendo que este é o primeiro profissional de saúde com que o doente contacta em meio hospitalar, através da Triagem de Manchester, traduzindo a sua ação e decisão no desenrolar da sua situação clínica.

Como disposto no artigo 45.º do Decreto-lei 74/2006, esta experiência profissional, aliada à minha formação prévia, possibilitou a creditação relativa ao estágio referente à Pessoa em Situação Crítica – Serviço de Urgência preconizado para o primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem, segundo o plano de estudos. Não obstante, esta creditação não impediu que fossem aprimoradas competências nesta área através do estudo reflexivo, da busca de conhecimento mais atual e na aplicação dos conhecimentos teóricos lecionados ao longo do curso em contexto de trabalho profissional.

Com a evolução do ensino em enfermagem, temos assistido a uma valorização crescente dos estágios em contexto clínico, quer pela equipa docente que pela comunidade estudantil. Estes são vistos como o melhor meio de se articular a prática com a teoria, colmatando falhas e identificando necessidades em contacto com o contexto real (Macedo, 2007). Assim, o estágio corresponde a um momento formativo de máxima relevância na medida que permite uma aproximação com a realidade vivenciada, permitindo consolidar, através de atividades e de forma interventiva, o que foi sendo adquirido ao longo do percurso académico. Assumindo esta importância, e numa perspetiva contínua de crescimento, ressalvo os estágios realizados em contexto de UCIP e na área de Assistência Pré-Hospitalar no INEM – Delegação Regional do Norte.

Incluída num hospital central, a UCIP escolhida para o estágio é, segundo uma classificação internacional, intitulada de nível III, com equipas funcionalmente dedicadas presentes durante 24 horas diárias e com meios de terapêutica, diagnóstico e monitorização hemodinâmica avançada. Como validado pelo Ministério da Saúde (2013), esta unidade é munida com métodos de suporte ventilatório invasivo, técnica de substituição da função renal contínua e programas de ensino e treino em cuidados intensivos, no que concerne à área da qualidade. A sua tipologia *open-space* permite a realização de uma vigilância contínua de todos os doentes, com contacto visual direto a cada um deles. Ainda, é possível recorrer à observação de um monitor geral que acolhe dados de monitorização de todos os doentes, referentes aos seus parâmetros vitais e ajustada a cada um deles. Esta UCIP dispõe de 14 unidades físicas, geridas de acordo com a necessidade de internamento e tipologia dos doentes a internar. Destas, 4 são

destinadas a medidas de isolamento físicas, sempre que assim se justifique. O contexto pandémico atual impôs a reestruturação de várias unidades hospitalares, em termos físicos e institucionais e a UCIP não foi exceção. Foram realizadas diversas alterações que possibilitaram a criação de uma nova unidade, designada de UCIP2, totalizando 27 camas de internamento de cuidados intensivos. Sendo polivalente, proporciona o contacto com um vasto leque de doentes com vários quadros clínicos e de diversas especialidades, produzindo ricas experiências profissionais e aprendizagens, com idoneidade formativa reconhecida por entidades competentes.

A existência de um estágio de opção permite a cada aluno escolher uma área de intervenção e, mais uma vez, direcionar o seu percurso no âmbito dos seus interesses e ambições. A minha escolha para este estágio residiu na Assistência Pré-Hospitalar – INEM baseada na motivação de conhecer esta equipa e a sua realidade como parte integrante da globalidade do trajeto do doente crítico, do qual fazem parte todas as etapas do processo de atendimento. Este tipo de assistência, em contexto pré-hospitalar, é considerada a base dos serviços de urgência e tem um papel preponderante na estabilização do doente e no seu transporte até ao meio hospitalar (Ministério da Saúde, 2011). Julgo que fazer parte desta equipa me fará crescer enquanto profissional, desenvolvendo competências em situações urgentes/emergentes, encontrando o doente no seu contexto, com as suas necessidades e da sua família, em diferentes ambientes, por vezes adversos.

Como órgão coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), o INEM tem sofrido melhoramentos ao longo dos anos com extensão da sua atividade. De uma forma geral, é responsável pela adequada e célere prestação de cuidados de saúde a vítimas de doença súbita ou sinistrados e com economia de meios em situações de emergência médica. Mais ainda, compete ao INEM coordenar, definir e organizar os sistemas de socorro pré-hospitalar na articulação com os serviços de urgência e emergência, a referenciação de doentes e transportes primários ou secundários, a receção hospitalar e tratamento de doentes urgentes e emergentes, a formação em emergência médica, a correta utilização das designadas Vias Verdes, o planeamento civil e prevenção e nas redes de comunicação, entre outras, como expresso no Decreto de Lei nº 220/2007.

Neste estágio, foi possível o contacto com diversos meios – ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), *Backoffice*/Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e contexto de formação interna. Embora estruturalmente diferentes, estes meios mantêm um objetivo em comum: o atendimento rápido da população com resolução dos problemas de saúde que a acometem, de acordo com as

competências e capacidades que lhes são atribuídas. A VMER, considerada uma extensão do serviço de urgência, destina-se à prestação de cuidados de saúde no local da ocorrência de doença súbita ou acidente, em situações emergentes, pela intervenção de um médico e um enfermeiro, experientes em medidas de Suporte Avançado de Vida, tal como evidente no Decreto de Lei nº 220/2007.

Por sua vez, o Despacho n.º 4163/2019 evidencia que as ambulâncias SIV, maioritariamente integradas nos Serviços de Urgência Básica, tem uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, com equipamento destinado a suporte imediato de vida para a estabilização em ambiente pré-hospitalar e o consequente transporte com acompanhamento de doentes críticos.

Assim, estes estágios foram essenciais no meu desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico, no incremento da minha tomada de decisão e capacidade de autonomia, essenciais ao enfermeiro especialista. Mais ainda, defini alguns objetivos de aprendizagem para o período de estágio que, de uma forma geral, passam por ser capaz de reconhecer problemas complexos relativos à pessoa e sua família, colher informação através de métodos bem estruturados e, com ela, formular diagnósticos e identificar prioridades de intervenção. Acrescem-se a organização e gestão dos cuidados priorizando o trabalho em equipa, extrapolando-se conclusões e resultados, de forma fundamentada.

É este continuum de crescimento e formação que vai ser apresentado em seguida, de acordo com os domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, expressos pela Ordem dos Enfermeiros. Igualmente, esta produção de conhecimento incita, de certa forma, o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e ciência.

3. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Desde tempos remotos que a enfermagem é definida como uma arte, capaz de atender às necessidades mais básicas de cada ser humano, ao ponto de o tornar independente. Esta definição de Wanda Horta, em 1968, associa-se à ideia de que, com a colaboração da equipa multidisciplinar, é possível recuperar, manter e promover a saúde de cada indivíduo. As necessidades evidenciadas correspondem a estados de insuficiência que surgem em momentos de desequilíbrio orgânico, em muito relacionadas com a sobrevivência física, espiritual e psíquica (Horta, 1968). A meu ver, apesar de algumas alterações sofridas ao longo do tempo, este continua a ser um dos campos centrais de atuação da enfermagem atual: identificação precoce das necessidades de cada doente e previsão atempada de possíveis complicações. Para tal, é necessário que cada enfermeiro construa um percurso formativo coeso, com trabalho, dedicação e esforço.

Nesta linha de pensamento, o caminho rumo à especialização de enfermagem é repleto de aquisição de competências, pela aplicação da teoria à prática, nos contextos clínicos e de prestação de cuidados de forma direta e indireta. Assim, a cada enfermeiro especialista são reconhecidas certas competências científicas, humanas e técnicas que assegurem que se prestam cuidados especializados no âmbito de enfermagem (OE, 2019). Estes cuidados de enfermagem, incluídos na globalidade dos cuidados de saúde, acompanham a exigência que a cada dia se vivencia por forma a aumentar a sua base de conhecimentos que lhe garantam padrões de qualidade específicos.

O enfermeiro especialista é, assim, reconhecido como um profissional capaz de compreender as respostas humanas de cada pessoa aos processos de vida e produzir respostas graduadas e diferenciadas às suas necessidades (OE, 2019). Portanto, a cada especialista em enfermagem é reconhecido um conjunto de competências comuns, à parte de cada área de especialização, concretizadas pela capacidade de supervisão, conceção e gestão de cuidados pelo suporte ao exercício da profissão em diversas extensões como investigação, formação e assessoria, aplicáveis a todos os contextos (OE, 2019). Todas estas competências designadas comuns estão organizadas em 4 domínios, pelos quais este relatório foi estruturado. Estes domínios de competência não são mais que uma esfera de ação, com uma linha condutora semelhante (OE, 2019). Espero, desta forma, expor, reflexivamente, as atividades desenvolvidas e as

competências adquiridas em cada respetivo domínio. Esta exposição será baseada num espírito crítico-reflexivo, fundamentado com conhecimento científico recente e pertinente, não sendo privilegiada uma explicação meramente descritiva.

3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O cuidado humano não é mais que um compromisso bidirecional entre o conhecimento, as competências e a ação. Corroborando Jean Watson (2002), assumo que este compromisso se expressa na relação com o próximo, baseada em momentos científicos, humanos, profissionais, éticos e, acima de tudo, personalizados. Sendo a enfermagem, enquanto profissão, conotada com uma componente humanista, é necessário que a sua prática seja assente nas normas legais, deontologia profissional e princípios éticos. Afinal, a enfermagem é a personificação do cuidar na relação humana e a base de todas as relações é a dimensão ética (Grilo, 2014).

Por tudo isto, o exercício profissional de cada enfermeiro deve ser pautado por uma prática segura e ética, com base na tomada de decisão ética e deontológica, como previsto nas competências do enfermeiro especialista (OE, 2019). Até porque o exercício e o cuidado são construídos através de um conjunto de ações e por isso, a decisão ética subjacente à enfermagem emerge na prática, quando é realizada cada intervenção por parte dos enfermeiros (Deodato, 2010). Assim, é fulcral que se respeitem os direitos humanos, as crenças e os valores, reconhecendo o referencial individual de cada um. Se a deontologia profissional encerra sobre si um conjunto de deveres, é essencial que sejam referidos os direitos assentes na dignidade profissional e na busca pela excelência e garantia de cuidados de qualidade.

Neste domínio, a minha prestação de cuidados foi orientada e construída com base nos objetivos pré-delineados: **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**, para lhes conseguir dar resposta.

Durante a prática clínica decorrente no estágio, adotei uma postura que respeitasse as normativas expostas no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), privilegiando a relação terapêutica com cada doente e seu meio envolvente. Certa que existe uma relação de simbiose entre o doente e o ambiente em que está inserido, é crucial que se criem condições para que a influência mútua seja positiva. Num contexto essencialmente tecnológico como a UCIP, é importante que o doente seja colocado no

centro dos cuidados, valorizando uma visão humanista. Tratam-se de doentes críticos, a atravessarem transições graves de saúde-doença, imersos em tecnologia, com diversos dispositivos médicos artificiais num ambiente aberto e exposto ao olhar de vários profissionais, doentes e familiares. É papel indiscutível do enfermeiro salvaguardar o respeito pela dignidade, privacidade e intimidade de cada doente, como exposto pela OE (2019). Neste fio condutor, junto de cada doente atuei conscienciosamente, garantido o cumprimento de todas estas premissas nas tarefas por mim executadas e delegadas. Foi proporcionado um ambiente privado e seguro para a prestação de cuidados procurando o bem-estar de cada doente, através da adequação do plano de cuidados na resposta a cada um dos seus processos fisiológicos.

Ao invés, na assistência pré-hospitalar, o doente é encontrado em ambientes hostis, desprovidos de qualquer tecnologia, completamente desconhecidos aos profissionais de saúde. Seja no domicílio ou em via pública, cada ativação é díspar de todas as outras o que exige ao enfermeiro um esforço acrescido em adaptar-se a cada situação. Neste ponto, a privacidade e intimidade dos doentes é um assunto especialmente frágil. Assim, pautei cada minha intervenção com uma visão holística, tentando proteger o doente da intromissão de pessoas alheias, sejam seus familiares ou não. Priorizando os cuidados, tentei sempre que a exposição de cada vítima fosse realizada dentro da ambulância, sendo esta um lugar mais privado e seguro, evitando situações de constrangimento e exibição a terceiros de forma desnecessária, salvaguardando a sua privacidade e intimidade, como previsto na Lei n.º 111/2009.

Tal como supõe a definição de doente crítico, lidei com doentes instáveis, na maior parte das vezes, com alteração do seu estado de consciência, pela condição médica ou por processos patológicos ou fisiológicos, e, por isso, incapazes de decidirem sobre si mesmos. Aqui, o enfermeiro desempenha um papel fundamental. Na sua forma elementar, o cuidar do outro implica que não sejam tomadas decisões por ele mas sim esclarecê-lo, informá-lo e deixar que decida sobre si ciente das consequências, compreendendo que estas decisões são referentes à própria pessoa e não ao seu cuidador (Grilo, 2014). Sempre que possível, a minha tomada de decisão e as minhas ações eram determinadas pela obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido junto do doente. A necessidade de consentir firma-se no reconhecimento da autonomia, da livre decisão e na promoção da integridade moral e física de cada doente. No entanto, quando tal não era exequível, no cuidado a doentes sem autodeterminação e consentimento, pelas razões supra citadas, foi tido em conta o princípio da beneficência e da não maleficência, agindo em consciência com o que será mais benéfico a cada doente e de acordo com os seus interesses, objetivando, em última instância, a sua recuperação.

Todas as relações, incluindo o cuidar, assentam a sua base na comunicação, em todos os seus tipos. Aliás, nenhuma relação existe sem comunicação e, é através dela, que os enfermeiros desenvolvem habilidades que permitam a criação de uma interação terapêutica (Timby, 2009). Ao longo dos estágios pude abordar esta questão de diferentes formas. Por um lado, encontrar um doente incapaz de comunicar, como a maioria dos presentes na UCIP, pela sua condição e situação clínica, revelou ser uma dificuldade numa fase inicial. Foi necessária a adoção de várias estratégias, para além da comunicação verbal, que permitissem criar uma relação de confiança e ajuda com o doente, através da compreensão das suas necessidades. Já em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS), assume que os cuidados especializados devem ser organizados em torno das necessidades dos doentes, sendo esta uma realidade cada vez mais vigente (OMS, 2008). Ora, identificar corretamente estas necessidades é um desafio à prática de enfermagem e constituiu um foco ao longo dos meus estágios. Num estudo realizado por Almeida (2017), foram identificadas diversas necessidades dos doentes internados em situação paliativa, algumas das quais transversais a todos os doentes internados, pelo que saliento: necessidades físicas, psicológicas, espirituais e socioeconómicas. Tal é evidenciado em intervenções imediatas como o alívio sintomático, realização de atividades decorrentes de estados de maior dependência, assistência em atividades básicas de vida diária, escuta ativa na expressão dos sentimentos, apoio emocional e conforto. Algumas necessidades, como as socioeconómicas ou espirituais, não são passíveis de serem satisfeitas de forma célere, estando fora do âmbito de ação apenas dos enfermeiros, sendo que estes devem solicitar o apoio da equipa multidisciplinar.

A identificação destas necessidades é um dos pontos-chave no estabelecimento de uma comunicação terapêutica, usada para obter informações relativas a cada doente e seu estado global, através de uma abordagem verbal e não-verbal (Wold, 2013) sendo que esta última dimensão representa cerca de 90% de cada ato comunicativo (Coelho, 2015). Tal fomentou a minha reflexão acerca da relevância da comunicação não-verbal, e, em conjunto com a equipa multidisciplinar, consegui adquirir capacidades e competências essenciais para comunicar, adequado a cada doente, através do olhar, dos gestos, do movimento corporal, da expressão facial e, acima de tudo, do toque. Estas são estratégias chave no estabelecimento de relações terapêuticas de confiança e na criação de oportunidades de aprendizagem e melhoria dos cuidados prestados.

Por outro lado, quando se socorre alguém que solicita um pedido de ajuda, na maior parte das vezes, existe excesso de comunicação motivada pelo medo, dor, stress e receio. Durante o estágio no INEM, vivenciei muitas vezes situações adversas e tão díspares que exigiram de mim uma nova adaptação. Os doentes, em ambiente estranho também para eles, vêm no

enfermeiro que junto deles chega como uma ajuda preciosa e querem sentir-se ouvidos. É importantíssimo que o enfermeiro seja capaz de identificar o que ouve, vê e percebe sobre o doente e a sua situação clínica. Manter o foco e discernir o que é realmente importante para o tratamento do doente é essencial. Percebi que, a comunicação, valiosa a todos os seres humanos, assume maior relevância neste contexto. Na assistência pré-hospitalar, a triagem das chamadas é realizada por um técnico no CODU que, sem estar no local e por via telefónica, tenta perceber qual a ocorrência e os trâmites que se esta se desenrola por forma a ativar os meios de socorro mais adequados, sem sub ou sobrevalorizar cada situação. Ao longo do estágio, denotei que quem dá o alerta e chama ajuda não sabe ou não consegue transmitir os dados necessários, seja pela situação stressante que vivencia ou por falta de informação. Foi uma reflexão constante por mim realizada e tentei, na medida do possível, recorrer à educação para a saúde como meio de transmissão de informação necessária. Ainda nesta linha de pensamento, consegui, junto da orientadora, realizar as chamadas de passagem de dados com o CODU, que dão a conhecer a um médico a situação clínica e se valida as orientações a seguir, com o intuito de aprimorar o meu olho clínico, capacidade de síntese e de comunicação de forma clara, simples e coerente.

Todas estas experiências, que aliam a comunicação verbal à não-verbal, foram imprescindíveis e permitiram-me desenvolver ferramentas comunicacionais e relacionais essenciais ao estágio e à minha prática clínica. Tal adquire especial relevo quando refletimos que é através da comunicação de cada enfermeiro, seja como emissor ou recetor, que se criam laços terapêuticos, inevitavelmente ligados ao cuidar, que constituem uma competência comunicativa que deve estar presente em todos os atos de enfermagem como intervenção autónoma e indissociável do cuidar (Negreiros, Fernandes, Macedo-Costa e Silva, 2010).

Em enfermagem, a comunicação, sendo uma parte fulcral da prestação de cuidados, engloba não só o doente como também a sua família e pessoas significativas, fazendo todas elas parte do processo de cuidados. Sempre que ocorre um internamento, inicia-se um período de stress e insegurança nos doentes e familiares e são as informações que se transmitem e da forma como se transmitem que podem diminuir estes sentimentos negativos. Tal é agravado pela situação pandémica que se vivencia relativa ao vírus SARS-CoV2, uma vez que esta provocou uma restrição de visitas hospitalares como medida de contenção da sua propagação. Apesar disso, a UCIP tem o cuidado de permitir, esporadicamente e forma organizada, a presença de familiares na unidade, sempre que esta se justifica. Na minha opinião, são momentos de extrema importância pois são destinados ao fornecimento de informações sobre o doente, o seu estado clínico, desmitificação de medos e receios e criação de laços de segurança e ajuda. Apesar de mais curta do que o expectável, em condições normais, a minha relação com a família de cada

doente foi construída com base na confiança, tentando sempre transmitir ajuda, disponibilidade, escuta ativa e conforto, valorizando as suas opiniões, vivências e ideais, incluindo-os em todo o processo. Tal era realizado também à distância, através da chamada telefónica, estratégia adotada pela UCIP para colmatar este distanciamento físico obrigatório. Todos os dias eram realizados dois telefonemas ao familiar de referência, um pela equipa médica e outro pela equipa de enfermagem, que permitem a manutenção da proximidade com os familiares. Apoiando esta iniciativa, consegui dar o meu contributo positivo procurando sempre a inclusão dos familiares e a criação de estratégias para o funcionamento desta relação.

Na assistência pré-hospitalar, o contacto com o doente e pessoas que o rodeiam, podendo ser familiares ou não, é curto, não programado e inesperado. No entanto, é importante que a informação seja transmitida de forma calma e concisa, para poder ser assimilada naquela situação de stress. Mais uma vez, o enfermeiro desempenha um papel crucial na criação de condições para a realização de uma comunicação efetiva, principalmente quando se tratam de más notícias. Neste encontro abrupto e pontual, percebi o poder da empatia, do silêncio e da disponibilidade na gestão do sofrimento e assimilação do que é transmitido. Refutando Ribeiro (2013), o contacto com o doente e sua família deve ser realizado com base na cortesia, consideração e comunicação útil que potencie um clima de confiança frutífero para ambos. Igualmente, o respeito pela dignidade humana e pelo direito à verdade que cada doente é detentor, é um fator crucial na conduta do enfermeiro, que deve ser consciente do impacto do que transmite, respondendo às necessidades efetivas do alvo dos seus cuidados, exigindo tal treino e aprendizagem constante (Servellen, 2009).

Considerando os registos também como uma forma de comunicação entre profissionais é necessário que a linguagem utilizada seja internacional, classificada, clara e sucinta, sem criar interpretações dúbias. Pude aprimorar este tipo de comunicação escrita, sempre na ideia que todo o registo espelha o trabalho realizado e, por isso, deve ser também cuidado.

Igualmente, um momento que exigiu um reflexão acrescida recai sobre a decisão de não reanimação, sendo esta uma questão essencialmente ética. Ora, se em ambiente hospitalar uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR) quase nunca é um evento inesperado e, quando acontece, o doente, seu processo, antecedentes e prognóstico são conhecidos, pelo que esta é uma decisão que se realiza de forma fundamentada. Ao invés, em ambiente extra-hospitalar, estas situações são inesperadas e ocorrem num primeiro contacto com cada doente. Neste meio, a decisão de se iniciar, manter ou suspender manobras de reanimação é atribuída ao médico da VMER, não existindo tempo, na maioria das vezes, para reflexão, deliberação e consideração da vontade do doente (INEM, 2019a).

Similarmente, na UCIP, surgem de forma frequente situações complexas, como as decisões de suspensão terapêutica, em fim de vida, ou de aplicação de critérios de morte cerebral, que exigem, também, uma prática baseada no referencial deontológico. Todo o ciclo vital, apesar de finito, deve ser encarado com base na promoção e manutenção da dignidade de cada doente. Ao caráter humanista da enfermagem, une-se a capacidade do enfermeiro proporcionar condições que dignifiquem e salvaguardem as vontades expressas do doente, com os direitos que o acompanham.

É, também, um direito expresso dos doentes a oportunidade de serem reanimados, exceto quando se revele uma situação fútil ou contra a sua vontade (INEM, 2019a). No entanto, uma situação stressante como esta, ocorrida num ambiente desconhecido como o pré-hospitalar, exige dos profissionais um sentido ético e reflexivo, que fundamente a decisão tomada e que envolva, na medida do possível, os familiares nesta decisão. Foram momentos muito reflexivos na minha prática, seja em contexto SIV ou contexto de VMER, que permitiram uma sensibilização com a temática e aprimoramento da responsabilidade ética e deontológica, especialmente em situações de sofrimento.

A prestação de cuidados é realizada com base numa relação de confiança e é desta que advêm informações e dados relativos aos doentes que devem ser tratadas de forma sigilosa. É consagrado o direito de acesso à informação de cada doente, seu contexto e família, relevante às decisões em saúde e ao planeamento dos cuidados. No entanto, no tratamento desta informação deve ser garantido o segredo profissional, fruto da lealdade com os doentes (Vieira, 2010). Tomando isto como uma diretiva, a minha prática foi regida, em todos os contextos, pelo sigilo profissional, acedendo às informações que apenas estariam sob a minha responsabilidade, mantendo-a sempre confidencial, dentro e fora desta esfera.

Em sumula, posso afirmar que sustentei o exercício da profissão com uma postura profissional, ética, legal e humanizada, com uma tomada de decisão assente no conhecimento científico, prático e na experiência obtida. Os dois contextos de estágio, por serem tão diferentes e ricos em experiências, permitiram o cumprimento dos objetivos previamente definidos com a aquisição das competências previstas para este domínio: **desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal com base nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional; e prestação de práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

3.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O desenvolvimento populacional e do nível de vida associa-se, inevitavelmente a um aumento das expectativas e exigências que cada cidadão deposita nos cuidados de saúde. Em termos práticos, estas exigências traduzem-se num aumento da responsabilidade na prática dos profissionais de saúde, que deve ser sustentada em estratégias e programas de melhoria contínua da qualidade (Oliveira *et al*, 2008). Dentro da generalidade dos profissionais de saúde, o enfermeiro especialista é o indicado para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, pelo quadro de conhecimentos científicos e técnicos que possui. Nestes, devem ser sempre privilegiadas intervenções e atitudes suportadas pela evidência científica mais recente, como nos diz a OE (2017). Basear a prática na evidência não é mais do que recorrer a estudos científicos, desenvolvidos com rigor metodológico, para orientar a tomada de decisão e a conduta prática perante cada situação. Assim, é segundo a literatura que se estabelecem padrões de comportamento e, por isso, esta deve ser vista, também, como uma ferramenta de trabalho, imprescindível à excelência dos cuidados. Tal exige treino, quer na busca do conhecimento, na análise crítica, quer na sua validação e investigação e, ainda mais, na sua produção. Durante o estágio, adotei sempre uma postura baseada nestas conceções, que permitiu alargar o meu quadro de conhecimentos e, acima de tudo, realizar momentos reflexivos com a equipa de profissionais por forma a adequá-los a cada contexto. Esta postura foi adotada para que se concretizassem os objetivos previstos: **incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização.**

Assim, assumo que o desenvolvimento profissional de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, deve ser suportado por um continuum formativo a vários níveis – pessoal, académico, profissional e institucional, sendo este o primeiro passo no processo de melhoria dos cuidados prestados. Neste ponto, ambos os contextos de estágio superaram as minhas expectativas, muito pela positiva. A equipa da UCIP encontra-se organizada em pequenos grupos de trabalho, sob diversas áreas, que têm como objetivo a elaboração de normas, procedimentos e/ou protocolos dentro de cada área de ação. Periodicamente, são ministradas formações por cada grupo aos restantes elementos, distribuída informação sobre a temática e esclarecidas dúvidas e prestados esclarecimentos adicionais. Num ambiente tão rico, em que a cada dia surgem novas atualizações e oportunidades de crescimento, esta é uma iniciativa louvável, que acrescenta valor à equipa e forma os novos elementos, neste tipo de cuidados tão especializados e complexos. Igualmente, no tempo vivenciado em ambiente pré-

hospitalar, maioritariamente em contexto SIV, pude constatar que a atualização de conhecimentos é uma preocupação partilhada por toda a equipa. São realizadas, frequentemente, reuniões que visam o aprofundamento de algum tema necessário ou de alguma lacuna ou necessidade formativa encontrada. Pude assistir e colaborar, no que me era permitido, nestes momentos que, nesta situação pandémica, se realizam à distância, conseguindo, desta forma, aceder a um maior número de elementos de todos os meios. Saliento a formação assistida sobre *Extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), ministrada por um enfermeiro pertencente a esta equipa há vários anos, no Hospital de São João, que tinha como objetivo expor algumas considerações sobre esta técnica e, acima de tudo, dar a conhecer os critérios para aceitação dos doentes e os cuidados a ter no atendimento a doenças súbitas para que estes se mantivessem. A abordagem feita a este tema, relativamente desconhecido, foi de extrema importância porque me fez compreender que, até numa área tão específica, é valorizado o trabalho em equipa, desde o pré-hospitalar até à última unidade de internamento do doente, todos com responsabilidades, objetivando a melhoria dos cuidados em cada uma destas fases.

Aliado às experiências e conhecimentos adquiridos em contexto laboral, seja pelos momentos formativos ou decorrentes da prática de cuidados, considero que a aprendizagem deve também ter um carácter pessoal. Assim, neste caminho rumo a enfermeira especialista, procurei sempre dedicar tempo à atualização de conteúdos, busca de conhecimentos e momentos formativos e de aprendizagem. Para tal, durante o estágio decorrido em cuidados intensivos, inscrevi-me numa formação ministrada por enfermeiros da UCIP, com a duração de oito horas, intitulada “Monitorização do Doente Crítico” (Ver Anexo I). Durante a sessão foram abordados diversos temas, dos quais ressalvo a explicação sobre diferentes equipamentos utilizados para monitorização do doente crítico em medidas de intensivismo, evidenciando alguns elementos chave, alguns cuidados de enfermagem a ter para a colocação e manutenção destes materiais e determinados pormenores a atentar para detetar antecipadamente possíveis complicações. Estas foram informações essenciais que pude extrapolar para o estágio e meu contexto de trabalho, tornando a minha prática mais rica, sendo assim uma formação útil, proveitosa e realizada no momento certo.

De igual forma, ao iniciar o estágio em contexto relativo à Assistência Pré-Hospitalar, mantive a mesma postura ativa e pro-ativa na obtenção de capacidades e saberes. Apesar de possuir formação certificada e validada em Suporte Básico de Vida (SBV) e em SAV, considerei importante a inscrição na formação “Suporte Básico de Vida – Desfibrilhação Automática Externa” (SBV-DAE), com a duração de nove horas e realizada nas instalações do INEM (Ver Anexo II), considerando que o conhecimento nunca é em demasia. Aliás, sendo que a SIV só

opera com o desfibrilhador em modo DAE, foi uma sessão adequada que me lembrou algumas práticas e algumas considerações a ter de forma a executar a técnica da maneira mais correta e adequada possível, promovendo melhoria de comportamentos.

Tomando a segurança dos cuidados especializados como um dos padrões de qualidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, evidenciados pela OE, em 2017, é necessário que se implementem intervenções seguras que salvaguardem a segurança de todos os intervenientes, ao longo de todo o processo do cuidar. Tal implica a criação de ambientes seguros, isento de riscos, com o mínimo de ocorrência de eventos adversos, e com a capacitação das equipas profissionais (OE, 2017). Nesta vertente, assisti a realidades díspares, com necessidades e circunstâncias diversas na criação de condições seguras, nos dois contextos de estágio.

Sendo uma unidade com elevado desenvolvimento funcional, estrutural e tecnológico, a UCIP garante que os cuidados são prestados num ambiente seguro, através de várias estratégias que a elas estão subjacentes. A nível físico, estas são praticamente isentas de riscos aos doentes, sendo que qualquer alteração é decorrente da prestação de cuidados e dos riscos, embora mínimos, que a ela estão implícitos. É certo que a segurança dos cuidados e as estratégias supra citadas são o resultado do esforço dos profissionais, sendo exemplo disso as reuniões informais que os enfermeiros realizam em diversos momentos de cada turno. Estas não são mais que trocas de informação, realizadas de forma sucinta, sobre cada doente, para que se promova uma reflexão em equipa e uma discussão sobre as intervenções implementadas e oportunidades de melhoria, com vista à garantia de um nível elevado de cuidados sempre. Outra estratégia exemplar desse cuidado é a forma como se organiza a administração de medicação para o turno. Os fármacos para cada doente são preparados antecipadamente, com dupla verificação, identificados com etiqueta própria com os 6 certos relativos à sua administração, e colocados na unidade de cada doente com vista à redução de erros clínicos e, ainda, minimizar interrupções na manutenção de perfusões com importância vital e hemodinâmica do doente.

Como iniciativa pessoal, realizei, junto dos doentes sob minha responsabilidade, uma intervenção simples mas de elevada importância. A monitorização de um doente crítico só faz sentido se os profissionais que operam com os equipamentos saibam interpretar e dar significado aos dados que eles transmitem, tornando-os os úteis à prática de enfermagem. É necessário que a avaliação dos doentes e dos seus parâmetros vitais seja organizada, rigorosa, personalizada e individualizada para que se notem pequenas alterações (Rabim, 2017). Com isto em mente, no início de cada turno, tentei gerir os alarmes de segurança emitidos por cada equipamento para limites que considero apropriados a cada doente e seu estado clínico, dentro

da janela terapêutica e do que pode ser permissivo. Desta maneira, o soar de um aviso sonoro é sinónimo de alerta para situações de real instabilidade, tentando contornar e evitar o “conformismo” no seu uso, tornando as práticas mais seguras.

Em contrapartida, é nesta estimulação sonora que reside, na minha opinião, uma das principais dificuldades existentes na UCIP. Naturalmente, o seu carácter tecnológico, a complexidade dos doentes, a necessidade de vigilância e atenção permanente condicionam a existência de um ruído visual e sonoro decorrente da prestação de cuidados. Considero que este pode ser prejudicial na medida em que interfere com o ritmo circadiano dos doentes e com o seu ciclo de descanso, estando expostos a diversos estímulos que se podem traduzir num estado de sobrecarga sensorial. Principalmente no período noturno, este pode ser um aspeto passível de melhoria, para que se consiga proporcionar um período de descanso adequado a cada doente e para que este seja recuperador. A literatura é unânime num ponto: os doentes internados em unidades de cuidados intensivos sofrem frequentemente alterações no padrão de sono, que podem condicionar disfunções fisiológicas e psicológicas com aumento da morbilidade, em consequência (Sousa e Veludo, 2012). Ainda menosprezado, considero que este deve ser um foco de atenção à prática de enfermagem, e de outras classes profissionais, com vista à total recuperação dos doentes, com diminuição da morbi-mortalidade.

Por outro lado, o ambiente vivenciado no atendimento pré-hospitalar é o extremo oposto da realidade dos cuidados intensivos. Este é um tipo de serviço que difere de todos os restantes por se tratarem de doentes fora do ambiente hospitalar, o que acrescenta um nível mais elevado de riscos ambientais, físicos e circunstanciais, que podem, por si só influenciar o desempenho dos profissionais de saúde (Lúcio, Gusmão e Torres, 2013). Na experiência que tive durante o estágio, nos diferentes meios – SIV, SIV Rural e VMER – pude constatar que o ambiente de prestação de cuidados é inesperado e não consegue ser planeado nem organizado, não tendo os profissionais de saúde influência sobre ele. O contrário, no entanto, não se verifica. Quanto mais hostil o cenário, mais stress e insegurança causa nos profissionais. No entanto, verifiquei nos profissionais uma atenção especial em assegurarem condições de segurança para a equipa e doente, sendo este o primeiro passo na abordagem de qualquer doente crítico, como evidencia o INEM em vários documentos. Compreendemos que o local do incidente, seja o domicílio do doente, a via pública ou qualquer outro estabelecimento não são locais ideais para a prestação de cuidados e cabe ao enfermeiro a criação de condições seguras. É privilegiada a abordagem do doente dentro da ambulância, sempre que a sua situação clínica o permita e que não atrase o tratamento, por forma a protegê-lo de riscos ambientais e da exposição a terceiros, como já abordado. Igualmente, a ambulância é um local familiar aos profissionais e pode, assim,

facilitar a prestação de cuidados diminuindo a ansiedade e receio do desconhecido que se possa sentir.

Sendo os recursos materiais finitos, existe uma preocupação acrescida na sua racionalização. Em cada turno, é realizada uma verificação da carga, segundo uma *check-list* que assegura os níveis mínimos de cada material, bem como a sua funcionalidade, objetivando a segurança e qualidade dos cuidados em cada saída, evitando a falha ou falta de algum equipamento essencial. Tal permite também a racionalização de recursos, permitindo a gestão das validades de acordo com o uso mais frequente de cada material. Sendo um meio de socorro diferenciado e de emergência pré-hospitalar, as ambulâncias devem dispor de todo o equipamento necessário de diagnóstico e terapêutica mais essencial. Compreendo que, por questões de espaço físico, a carga da ambulância SIV não possa ser muito extensa mas fometei momentos reflexivos com a enfermeira tutora acerca da inclusão de terapêutica anti trombótica, anti agregante e fibrinolítica, uma vez que a dor torácica é das ativações mais frequente em meio pré-hospitalar, segundo dados estatísticos de 2020 lançados pelos INEM. Considero que reside, aqui, uma oportunidade de melhoria, atual, fácil de concretizar e que vai de encontro ao conhecimento científico mais recente e que permitiria um incremento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Numa fase inicial do período de prática clínica, nomeadamente em contexto de cuidados intensivos, pude contactar com uma situação algo desconfortável para mim. Nesta unidade, os doentes não possuíam pulseira de identificação, sendo esta apenas colocada aos pés de cada cama. A pulseira, com a qual lido diariamente no SU, era somente utilizada quando o doente saía da unidade para ida ao Bloco Operatório (BO), realização de meios complementares de diagnóstico ou transferência intra ou inter-hospitalar. Discuti com as enfermeiras tutoras sobre esta prática e, apesar de compreender o seu fundamento, considero que a identificação de cada doente é fulcral e deve ser usada constantemente, constituindo uma ferramenta que permite confirmar e/ou obter dados do doente, contribuindo para a segurança dos cuidados. Igualmente, em contexto pré-hospitalar debati-me, novamente, com a falta de identificação do doente ou simplesmente o seu desconhecimento. A maioria das vezes, o doente que é socorrido não traz consigo documentos de identificação nem consegue identificar-se podendo, tal facto, tornar-se um obstáculo à prestação de cuidados mais especializados e direcionados. Neste contexto, é difícil obter com exatidão o processo clínico dos doentes, seus antecedentes, alergias e outros dados de saúde relevantes o que exige, da equipa, um cuidado acrescido no planeamento de cada intervenção, garantindo que se fazem em segurança.

É certo que um ambiente seguro, quer a nível físico, quer a nível psicossocial, cultural e espiritual para profissionais e doentes se constrói com dedicação, esforço e disponibilidade. As jornadas exaustivas de trabalho a que os profissionais estão sujeitos, condicionam a criação de condições e oportunidades para a realização de momentos formativos, avaliação das práticas, auditorias e implementação de programas de melhoria. Sendo o doente o epicentro dos cuidados, estas atividades acabam por não serem alvo primordial de atenção, o que pode causar rutura na melhoria contínua da qualidade. A relação entre a carga de trabalho e o desempenho e segurança profissional é conhecida mas a mensuração desta carga de trabalho nem sempre é fácil de obter.

Na UCIP, embora ainda pouco realizada, está implementada em sistema informático a escala *Nurse Activities Score* (NAS), que pode ser preenchida no processo clínico de cada doente. Num ambiente tão tecnológico e, ao mesmo tempo, com um carácter tão humanizado, como a UCIP, é necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, dediquem especial atenção aos doentes e suas famílias, no que concerne às suas necessidades emocionais e de informação (Conishi e Gaidzinsk, 2007). Com o escassear do tempo em detrimento do acumular de funções da equipa de enfermagem em cada turno, é imprescindível que se qualifique e quantifique a carga de trabalho de acordo com os recursos humanos existentes. Esta escala NAS foi desenvolvida a partir da escala *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), com validação em português, e é um modelo mais representativo das atividades realizadas estando organizadas por categorias e sub-categorias específicas (Conishi e Gaidzinsk, 2007; Queijo e Padilha, 2009). Este instrumento mede o tempo necessário para a prestação de cuidados de enfermagem, incluindo itens relacionados não só com os cuidados diretos ao doente mas também com o suporte aos familiares e tarefas administrativas, por exemplo. Cada item é pontuado e a pontuação final é diretamente proporcional à quantidade de tempo, em percentagem, que um doente necessita no que respeita a cuidados de enfermagem (Conishi e Gaidzinsk, 2007). Considero ser de extrema importância o seu preenchimento pois permite, através do tempo despendido com os cuidados, estimar a necessidade de mais ou menos enfermeiros de forma a manter dotações seguras, servindo também como uma estratégia de gestão útil, pelo que aconselho a sua utilização de forma regular e consistente.

Em ambiente pré-hospitalar, a carga de trabalho é ainda mais difícil de mensurar, uma vez que cada meio só é ativado quando se encontra disponível, ocorrendo a uma vítima de cada vez. Igualmente, é impossível prever a quantidade e qualidade de ativações que existirá em cada turno pelo que não se consegue antever a carga de trabalho existente. Em alternativa, os diferentes meios (SIV e VMER) primam pela realização periódica de auditorias aos registos, material e equipamentos para que se garanta uma atuação uniformizada entre a equipa e,

igualmente, se promova a reflexão e se encontrem oportunidades de melhoria. Em contexto SIV, onde atua um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), todas as atuações são ditadas segundo os protocolos emanados pelo INEM, que regem a atuação do enfermeiro e servem de guia condutor para o planeamento das suas intervenções.

A uniformização das práticas, como indicador de qualidade, só é possível pelo preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação que traduzam o estado clínico do doente, a sua evolução e os cuidados que a ela estão subjacentes. A título de exemplo, refiro a monitorização da analgesia, sedação e *delirium* do doente como uma intervenção relevante, sendo um dos indicadores de qualidade das unidades de cuidados intensivos. A administração de sedo-analgésia, ou como prefiro denominar analgo-sedação, é uma medida promotora do conforto e segurança dos doentes. No entanto, pelos efeitos adversos que podem advir do seu uso prolongado e contínuo, é relevante que se definam objetivos e critérios para a sua utilização, através de protocolos (Namigar, Serap e Esra, et al, 2017). Assim, a introdução e preenchimento da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), ou alguma equivalente, para cada doente, permitiria pautar a atuação dos diferentes profissionais segundo objetivos terapêuticos previamente definidos. Esta definição permitiria que, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, se trabalhe com o mesmo propósito, conhecido por todos e uniformizando as práticas e formas de registo, reduzindo a interferência da maior ou menor subjetividade e sensibilidade de cada um. O mesmo se aplica ao equipamento de monitorização *Bispectral Index* (BIS) que deve ser usado como ferramenta de ajuda para determinar a necessidade de incremento de níveis de sedação, uma vez que permite a sua quantificação e tradução da profundidade do nível anestésico (Queiroz, Arantes, Fonseca, et al, 2011), segundo o que estaria identificado como adequado ao doente, e não apenas como um dado acessório. Este promove a adequação e especialização dos cuidados e, além disso, acarreta vários benefícios quando utilizado corretamente, especialmente no que respeita à manutenção da sedação sem potenciar efeitos iatrogénicos (Queiroz, Arantes, Fonseca, et al, 2011).

Em meios SIV, o registo é realizado na plataforma *ITeams*, utilizada da mesma forma por todos os profissionais, o que assegura que este é feito de forma similar por todos. Tive oportunidade de trabalhar com esta plataforma e percebi que existem campos de preenchimento obrigatório, como os dados vitais do doente e que orientam para um valor indicador de gravidade da situação clínica – o *National Early Warning Score* (NEWS). Este, a meu ver, tem uma funcionalidade essencial pois permite documentar a evolução do doente para *status* de maior ou menor gravidade, com base nos registos que vão sendo feitos e, desta forma, avaliar o impacto das intervenções realizadas e da necessidade de realização de alguma alteração ao plano previamente definido, em caso de insucesso terapêutico e agravamento do

score. Corroborando Oliveira, Urbanetto e Caregnato, num estudo realizado em 2020, este é uma ferramenta simples e útil que avalia padrões fisiológicos e risco de deterioração clínica, podendo ser usada junto de cada doente, com eficácia comprovada em vários meios, nomeadamente no pré-hospitalar (Oliveira, Urbanetto e Caregnato, 2020). Este corresponde, assim, a um sinal de alerta fornecido aos profissionais que, num ambiente tão pouco tecnológico e diferenciado, pode ser uma ajuda crucial. Igualmente, permite inferir, por comparação, o número de saídas para doentes mais ou menos gravemente doentes, para efeitos estatísticos e de inferência do estado de saúde populacional.

Considero que toda a prática de enfermagem deve ser potenciadora da melhoria contínua dos cuidados que se prestam, com incremento das práticas a cada dia, sendo a promoção da qualidade um dos deveres do enfermeiro especialista. Ao longo destes estágios, julgo que consegui adotar uma postura dinamizadora e proativa na garantia dos processos de qualidade, na busca de conhecimento recente e atualizado e na sua inclusão nas minhas intervenções, promovendo um ambiente de bem-estar, com o mínimo de riscos associados. Agi, sempre, de forma responsável e segura, e de acordo os doentes e os seus interesses, promovendo a sua segurança. Consegui incluir-me em ambas as equipas e construir uma identidade incansável e potenciadora do crescimento e valorização profissional, através de medidas científicas e reflexivamente comprovadas. Assim, as competências adquiridas vão de encontro às pré-definidas no projeto de estágio e passam pela **prestação de um papel dinamizador e de suporte nas estratégias institucionais; desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando nos programas de melhoria contínua; e promoção de um ambiente terapêutico seguro.**

3.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Nos dias que correm, a enfermagem, além de ser reconhecida como uma profissão regulada por um estatuto profissional, é vista como uma ciência humanitária, com uma orientação prática suportada na ajuda ao próximo (Meleis, 2005). Para dar aso a esta conceção, é necessária a criação de ambientes que se demonstrem seguros a profissionais e doentes e que sejam favoráveis à prática de cuidados. Tal é conseguido pelas funções de gestão que se atribuem aos enfermeiros, nos seus mais diferentes níveis de organização institucional (*Institute of Medicine*, 2004).

Com o aumento da sabedoria acrescem-se responsabilidades sendo que as competências específicas de gestão no local de trabalho são associadas ao papel de enfermeiro especialista,

de acordo com a sua área de ação. Como é expresso pela OE, cabe, assim, ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, acrescentando valor às respostas da sua equipa, visando criar uma articulação com a equipa multidisciplinar de saúde. Da mesma forma, este deve adaptar a liderança e gerir os recursos físicos, humanos e materiais, às situações e ao contexto, garantindo sempre a segurança e qualidade máxima dos cuidados (OE, 2019).

Esta conceção de liderança que expõe a OE encerra sobre si algumas premissas que eu considero importantes. Mais do que gerir, liderar é fazer também parte do grupo, ouvir as suas necessidades e trabalhar com os pontos fortes de cada elemento, nunca tendo como foco apenas a visão técnica ou monetária, valorizando o percurso e desenvolvimento pessoal de cada um. Adaptar a liderança e, conseqüentemente, a gestão ao contexto, otimizando as respostas sociais e humanas leva à obtenção de uma melhoria dos cuidados prestados, com uma adequada racionalização de todo o tipo de recursos. Como afirma Rego, em 2015, a preocupação pela qualidade nos cuidados é um caminho irreversível na gestão em enfermagem, pois permite que cada enfermeiro gestor se apresente como um vetor fulcral de mudança de comportamentos e conhecimentos (Rego, 2015).

A gestão é, nesta visão, uma rampa de lançamento até cargos de chefia, estando sempre intrínseca em todo e qualquer cuidado de enfermagem. É através da tomada de decisão que o enfermeiro incorpora, em cada intervenção, frutos da gestão a todos os níveis e da investigação por forma a conseguir dar resposta às necessidades que identificou no doente e sua família com os recursos que tem disponíveis.

Neste domínio em concreto, foram criados alguns objetivos que passam por: **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; e gerir os cuidados de enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica**, que serviram de linha orientadora na realização de atividades e na organização dos cuidados prestados.

Com isto em mente procurei, ao longo do estágio na UCIP, acompanhar os enfermeiros tutores na realização de tarefas afetas ao papel de responsável de turno, sempre que tal era possível. Em cada turno, é designado um enfermeiro especialista, especialmente especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a realização das atividades inerentes à gestão. Assim, a este elemento, são acrescidas algumas responsabilidades, como a elaboração do plano de trabalho com a distribuição dos elementos de enfermagem para o próximo turno, tendo em atenção o grau de complexidade dos doentes, a previsão de admissões, altas da unidade ou transportes inter-hospitalares e, ainda, o grau de diferenciação dos enfermeiros do turno.

Assisti sempre a um especial cuidado na redação deste plano, de forma a conseguir distribuir-se a carga de trabalho da forma mais equitativa possível, tirando o maior usufruto dos recursos humanos e materiais existentes. Sempre que necessário, em caso de falta, era ainda da responsabilidade do enfermeiro responsável realizar a substituição de algum dos elementos, em articulação direta com a enfermeira chefe do serviço.

Para conseguir realizar esta gestão de forma fundamentada e com conhecimento de causa, o enfermeiro responsável deve munir-se de algumas estratégias. Uma delas é a comparência nas passagens de turnos que lhe permitem conhecer os doentes e registar, em documento próprio, o estado geral de cada um, as atividades programadas para o dia, a marcação de exames complementares de diagnóstico, o pedido de colaboração e articulação com outras equipas multidisciplinares, a preparação de altas ou transferências, de acordo com a disponibilidade dos serviços, e a necessidade de mobilização de recursos. A meio do turno, é realizado um *debriefing* com a presença de todos os elementos, que permite expor a evolução dos cuidados e necessidade de realização de alguma alteração. Igualmente, discutir sobre os doentes e seus planos de cuidados é uma ótima estratégia pois possibilita um melhor e mais adequado planeamento de intervenções em detrimento da situação clínica, havendo lugar para oportunidades de melhoria e potenciando o trabalho de equipa e em equipa.

O bom funcionamento de um serviço tem um dos seus pilares fundamentais na gestão que lhe está intrínseca, salientando-se o papel da enfermeira chefe nesta área. Fiz questão de realizar uma reunião informal em serviço com a enfermeira chefe, que me forneceu uma visão abrangente sobre as funções que desempenha, essencialmente no que diz respeito à gestão das equipas. É da sua responsabilidade a sua constituição, a distribuição pelas unidades a seu cargo (UCIP1 e UCIP2) e a elaboração mensal do horário de trabalho, garantindo, em cada turno, o número mínimo de enfermeiros especialistas exigido. Reconheço que este estágio se realizou num período de grande mudança, com elevada exigência emocional e intelectual, fruto da situação pandémica atual. Foi necessária uma reestruturação física, com condições para se receberem doentes positivos para o vírus SARS-CoV2, o reforço das equipas com um número considerável de novos elementos, a sua integração, adaptação e formação para o cuidado a doentes de elevada complexidade bem como a satisfação das suas necessidades. Senti uma especial atenção, dedicação e esforço por parte da enfermeira chefe na consecução destas tarefas, para conseguir liderar a equipa, com a melhor gestão possível e de acordo com as expectativas de cada um. Compreendi que a gestão de recursos humanos é uma competência árdua e complexa, pois urge a importância de se conciliarem as necessidades do serviço com as necessidades e potencialidades de cada enfermeiro, ambicionando uma relação harmoniosa, com o melhor usufruto para todas as partes.

Sendo um meio tão específico e ao mesmo tempo abrangente, a gestão dos meios pré-hospitalares sempre foi um assunto que me suscitou alguma inquietação. No decorrer deste estágio, tentei abordar este tema e conhecer todas as suas funcionalidades e especificidades. A recente integração da maioria das ambulâncias SIV e das VMER nos respetivos SU dos hospitais a que estão afetas, a gestão das equipas passou a ser da responsabilidade das chefias destes serviços. No entanto, existe, em cada meio, um enfermeiro especialista nomeado pelo INEM como responsável de meio, ao qual se acrescem as responsabilidades pela gestão das equipas e das dinâmicas pré-hospitalares. De forma similar às chefias de equipa, cada responsável tem em si delegadas várias competências como a realização do horário mensal, em articulação com outros meios, a gestão do material, da sua correta reposição, dos pedidos de reparação e da manutenção harmoniosa da base, com as tarefas implícitas.

Saliento, neste âmbito, a realização de um turno em *Back-Office*, nas instalações do INEM, com acompanhamento do enfermeiro gestor. De forma muito generalista, abordei temas como a gestão dos diversos meios, a distribuição e recrutamento dos elementos, a gestão de centros de custos, da organização dos materiais e das equipas. Além disso, percebi ainda os trâmites envolvidos na construção de formação certificada e tudo que ela envolve, desde a produção científica à gestão de recursos humanos e materiais envolvidos. Ainda, consegui colaborar nos rastreios de vigilância epidemiológica que o INEM faz a todos os seus colaboradores, em especial nesta época pandémica tendo criado, para o efeito, equipas específicas e condições de testagem dos seus elementos. Apesar de curta, foi uma experiência muito frutífera que me fez compreender que por trás de uma grande equipa reside um, ainda maior, esforço e trabalho para reunir condições que permitam o excelente exercício da profissão, a cada dia.

In loco, a gestão de recursos materiais é, maioritariamente, da responsabilidade do enfermeiro que presta cuidados. No entanto, em termos mais abrangentes, é papel delegado no enfermeiro responsável de cada turno a sua organização, distribuição e verificação. Em verdade, cada profissional é considerado um gestor de recursos na consecução das suas atividades diárias e responsável, também, pela sua manutenção, sem os tornar inviáveis (Conishi e Gaidzinsk, 2007). Na UCIP, em cada turno, é controlado o stock de hemoderivados e estupefacientes, realizados pedidos à farmácia, seja de medicação, nutrição parentérica e entérica ou fluidoterapia, ao armazém ou aprovisionamento ou pedidos e empréstimos de equipamentos ou outro material aos vários serviços, verificação de consumíveis de tratamento de substituição da função renal e, ainda, solicitação de reparação ou troca de equipamentos inutilizados. Neste serviço, ao invés de todos os outros com os quais contactei, a reposição da terapêutica farmacológica é executada unicamente pela farmácia, através do sistema *Pixys* que corresponde a uma gestão automatizada através de um sistema informático com o uso da

impressão digital de cada utilizador. Sempre que um fármaco é retirado, é criado um registo em sistema próprio para que a farmácia proceda à sua reposição, não sendo necessário qualquer pedido. Possibilita, ainda, verificar o stock de medicação a cada momento de forma rápida, útil e fiável, rastreando as necessidades daquele serviço. Não obstante, na UCIP2 ainda é realizada a verificação do stock através da leitura de cartões com códigos de barras próprios, sendo a sua reposição manual, estando prevista a implementação da *Pixys*.

No meio pré-hospitalar, esta gestão é realizada de forma algo diferente. Cabe a cada enfermeiro preparar todo o material e assegurar, de forma antecipada, a sua reposição em cada meio de socorro, para que não falte quando necessário. É nesta antecipação que reside o elemento chave da gestão destes meios: garantir uma preparação adequada para que cada ativação ocorra da forma mais segura possível, minimizando a ocorrência de falhas. Assim, além da *check-list* realizada diariamente, como já referido ao longo deste documento, era realizada, após cada saída, a reposição do material gasto em cada saco de transporte e ambulância, garantindo sempre níveis seguros de material, que nunca colocassem em causa a prestação de cuidados. Esta prática permite, também, que cada enfermeiro se familiarize e conheça de forma detalhada a disposição do material na ambulância, facilitando o seu uso em momentos de stress, como em cada ativação. O facto de ser eu a realizá-la acrescentou valor ao meu estágio na medida em facilitou a minha integração a um ambiente completamente estranho até então. Permitiu, também, que eu conhecesse e operacionalizasse toda a carga da ambulância, indo de encontro a um dos meus objetivos. Após cada gasto de material, é feito um pedido de reposição em sistema próprio, o *Adamastor*, para que este seja fornecido pelas unidades de gestão central e departamento de logística do INEM e armazenado na base de cada meio, segundo o stock pré-definido. Ressalvo, ainda, que é função dos enfermeiros a verificação e gestão das validades de todo o material, assegurando também o seu correto armazenamento.

A prática profissional do enfermeiro assenta sob vários princípios elementares, nomeadamente, a gestão de cuidados de enfermagem. É exigido, então, ao enfermeiro especialista a capacidade de garantir a execução destes cuidados com a maior qualidade e segurança possível (OE, 2019). Os sistemas de informação constituem uma ferramenta fulcral na gestão e organização destes cuidados de saúde, devendo ser considerados como aliados na construção de plano individualizados a cada doente. Além disso, estes sistemas reduzem incertezas sendo possível, através deles detetar focos prioritários, de acordo com um planeamento responsável, com implementação de ação e sua reformulação. Ainda, salienta-se a capacidade que cada enfermeiro tem na transformação de um dado recolhido em informação, através da sua análise e sua operacionalização (Rodrigues, Martins, Carvalho, *et al*, 2019).

Na unidade de cuidados intensivos está implementado o sistema *B-Simple*, muito intuitivo e ajustado à realidade pois permite a criação e agendamento de intervenções para datas específicas, bem como o registo do estado clínico e a sua evolução temporal. Possibilita, ainda, importar informações de outros equipamentos médicos, como monitores, ventiladores e bombas perfusoras, facilitando o registo constante e mais preciso dos dados clínicos do doente. Para além disto, permite uma organização dos cuidados respeitando o fluxo de trabalho e o definido nos protocolos clínicos em vigor, sendo uma ajuda útil para a tomada de decisão e organização dos cuidados. O facto de já ser um programa que me é familiar, por contactar com ele na UCISU, constitui um ponto facilitador e, ao mesmo tempo, permitiu-me aprimorar competências que posso transpor à minha prática profissional.

A evolução dos cuidados de enfermagem, cada vez mais com um carácter global, ativo e personalizado, exige a reinvenção dos enfermeiros de forma a que estes encarem cada doente como um ser único mas indissociável do seu meio. Neste pensamento, considero como bastante vantajosa a metodologia de trabalho adotada pela UCIP. A prestação de cuidados de enfermagem é sustentada num método de trabalho individual e de enfermeiro de referência. Este elemento assume, na medida do que lhe compete, a maior responsabilidade dos cuidados fornecidos ao doente, e, sendo a sua referência, faz a ligação entre si, a sua família e seu meio envolvente bem como a ponte entre as restantes equipas de saúde. Assim, é privilegiada uma relação de parceria, entre o doente e o enfermeiro que a si é designado, sendo que este é quem faz a sua admissão na unidade e o acompanha em todo o processo.

Esta prestação de cuidados é realizada de forma dissimilar em contexto pré-hospitalar, como as próprias circunstâncias assim o exigem. A gestão e organização dos cuidados no atendimento a uma vítima crítica, em fase aguda de doença, e num ambiente hostil e pouco controlado exige uma adaptação do processo de enfermagem. Durante o período de estágio, implementei todas as etapas deste processo de forma mental, planeando intervenções e avaliando o seu impacto e resultado, embora tudo de forma muito sucessiva e interligada. Foi privilegiada uma abordagem segundo a definição de prioridades, com base na avaliação primária e secundária, definidas pelo INEM (2012). Tratando-se de uma vítima crítica, recorri sempre à metodologia *Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure* (ABCDE) para correção de alterações que podem colocar em causa a manutenção das funções vitais e, por conseguinte, estabelecer prioridades de atendimento, de acordo com aquilo que é prioritário. Antes de se iniciar o transporte ou a mobilização da vítima, é promovida a sua estabilização, realizadas as intervenções necessárias e reavaliações frequentes, de acordo com o seu estado ou com os resultados obtidos. Os dados vitais e alterações observadas em cada doente eram registados em sistema próprio que, embora, não seja de acordo com todas as etapas do processo de

enfermagem permitem um registo uniformizado e uma documentação da sua evolução clínica, sendo possível a comparação entre dados de várias avaliações de acordo com um eixo temporal. É possível, ainda, o registo de informações provenientes da avaliação secundária, como as circunstâncias do acidente, a presença de antecedentes médicos pessoais, medicação habitual ou alergias conhecidas e ainda a hora de última refeição, para que se consiga um olhar mais abrangente do doente e transmissão de um maior número de informação útil à equipa seguinte, seja em meio hospitalar ou ainda pré-hospitalar, que dará continuidade aos cuidados prestados, em conformidade. Esta avaliação rápida e dirigida fomentou o aprimoramento do meu exercício mental, olho clínico e estabelecimento de prioridades, competências essenciais ao excelente exercício da profissão no meu contexto de trabalho.

Através de todas as experiências vivenciadas, partilhadas e refletidas em equipa, compreendi que a gestão é uma ferramenta imprescindível a todas as organizações de saúde, não só na sua sobrevivência mas como motor do seu sucesso. Igualmente, estas vivências foram essenciais neste caminho rumo à especialização em enfermagem, fomentando o meu crescimento pessoal e profissional com enriquecimento de conhecimentos nesta área, alguns deles adquiridos de novo, aliados à compreensão das diferenças e exigências dos diversos serviços. Consegui, com a riqueza deste estágio, adquirir capacidades essenciais à minha conduta como enfermeira e ainda, competências relativas à **gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde; e à gestão e adaptação dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.**

3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Já em 2002, Jean Watson defende que o exercício profissional de cada enfermeiro afeto à prestação de cuidados deve ser baseado numa práxis assente na formação, reflexão e ação no sentido de manter os conhecimentos o mais atualizados possível. Na verdade, a atualidade exige que a formação se perspetive em conjunto com outros saberes disciplinares, seja a nível pessoal, profissional ou institucional, através de uma fusão entre eles. Com isto, compreendemos que a formação não se realiza apenas por acumulação de conhecimentos mas sim pela capacidade reflexiva e partilha de experiências vivenciadas, por forma a consolidar as competências que vão sendo adquiridas ao longo de todo o processo formativo. É desta reflexão que emergem construções e reconstruções que atribuem significado ao que é vivenciado e ao conhecimento obtido para que este possa ser consolidado, constituindo uma aprendizagem profissional. É importante referir que não basta obter passivamente informações

mas sim procurar de forma ativa resolução para os problemas da prática clínica. Neste ponto, reforço a relevância da realização de estágios clínicos, incluídos nos planos de estudos académicos, e com base nestas ideologias. A meu ver, os estágios são potenciadores do desenvolvimento da análise crítico-reflexiva das práticas instituídas, privilegiando o pensamento crítico em prol da atualização e adequação dos cuidados de acordo com cada doente, sua individualidade e situação clínica. Desta forma, foram traçados objetivos a atingir na sua realização: **desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; e desenvolvimento de uma praxis clínica especializada e baseada em evidência científica.**

Assim, durante o tempo decorrido em contexto de estágio – UCIP e INEM – foram sempre fomentados momentos crítico-reflexivos, de crescimento e desenvolvimento da capacidade de interiorização e autocrítica. O progresso desta competência acompanhou a minha evolução pessoal, revelando ser mais trabalhada do que o expectável inicialmente. Consegui questionar cada intervenção planeada, cada procedimento realizado, o fundamento dos protocolos instituídos e das normas e regras institucionais com o intuito de encontrar oportunidades de melhoria e aprendizagem e, sobretudo, consolidar as práticas. Este exercício mental, realizado de forma repetida, acabou por se tornar uma ferramenta imprescindível que consigo, também, desenvolver a cada dia no contexto de trabalho. Além disso, conseguir questionar-me sobre mim própria demonstra uma capacidade de autoconhecimento, fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família.

A possibilidade de poder estagiar em ambientes totalmente desconhecidos até então, possibilitou encará-los com uma nova visão, diferente e renovada da dos colegas que lá exercem funções, podendo atentar em algumas situações para as quais eles não estariam tão despertos. Igualmente, o facto de ser enfermeira num contexto de cuidado ao doente crítico e, simultaneamente, em processo académico formativo, forneceu-me uma bagagem que constitui um aspeto facilitador na medida em que me permitiu dar um contributo positivo ao serviço, com a construção de uma relação mútua de crescimento e partilha de conhecimentos com a equipa, com a certeza que a cada dia, essa “bagagem” se tornava maior e mais rica. Considero, assim, que a minha presença foi frutífera e promotora de aprendizagens para ambas as partes, essencialmente pela proatividade demonstrada, na busca do saber e na criação de oportunidades de melhoria, sempre com base no conhecimento teórico obtido. Ressalvo a atitude acolhedora de ambas as equipas multidisciplinares, que consideraram a minha presença propícia para o enriquecimento coletivo, o que incentivou, ainda mais, a utilização das experiências pessoais e profissionais vivenciadas como contributo para o serviço, em momentos de discussão científica, baseada na evidência mais recente.

Assim, no decorrer dos estágios, procurei sempre momentos de discussão que pudessem constituir momentos de aprendizagem. Na UCIP, um dos temas residiu na manutenção da nutrição entérica em valores ideais ao doentes, realizada de forma taxativa a todos. São vários os benefícios atribuídos à terapia nutricional, quando executada de forma adequada, uma vez que influencia positivamente a integridade estrutural e funcional do doente, previne lesões físicas e metabólicas, melhora o sistema imunitário e a dinâmica ventilatória. Quando se retratam doentes críticos, com múltiplas morbilidades, o suporte nutricional adquire diversas particularidades, constituindo um desafio (Viana, Balinha e Afonso, 2017). Na maior parte dos doentes críticos presentes em cuidados intensivos, a alimentação por via entérica é iniciada nas primeiras 24-48 horas de internamento, como a evidência assim o sugere (Heyland, Dhaliwal, Drover, Gramlich e Dodek, 2003). Esta é mantida a débitos controlados e segundo protocolos específicos, geridos de acordo com a tolerância de cada doente. Não obstante, o débito segue 3 patamares definidos - 25mL/h, 50 mL/h e, o valor ideal, 63mL/h – iguais para todos os doentes, não sofrendo nenhuma alteração de acordo com a singularidade e especificidades de cada um. Sugeri que se tentasse uma adequação dos níveis de nutrição administrados, de acordo com as necessidades nutricionais de cada doente, a sua situação clínica, os gastos energéticos e, sobretudo, de acordo com objetivos terapêuticos definidos. Personalizar a prescrição e evitar défices ou excessos na administração de suplementação energética poderia contribuir para a evolução positiva do doente, a sua recuperação, prevenção de possíveis complicações e desmitificar possíveis dogmas enraizados nas práticas (Viana, Balinha e Afonso, 2017). Reconhecendo que a mudança de comportamento não é facilmente conseguida, sugeri o recurso a ferramentas validadas na comunidade científica como a Calorimetria Indireta ou a Equação de *Harris-Benedict* (Lambell et al., 2020). Se tal não fosse exequível, os cuidados beneficiariam, igualmente, com a inclusão de uma nutricionista na equipa multidisciplinar que desse resposta a estas questões, essenciais à recuperação de cada doente. Apesar disso, esta reformulação na equipa não está no feixe de responsabilidades do enfermeiro, não dependendo da sua atuação, pelo que seria necessária uma maior casuística.

Sendo esta uma temática de particular meu interesse, e das quais teria menor contacto prévio, dediquei especial atenção à aquisição de conhecimentos e aprendizagens com ela relacionadas. Pude observar, em diversos momentos, práticas distintas na monitorização da estase gástrica e reintrodução, ou não, do conteúdo gástrico, o que me fez refletir e questionar a enfermeira tutora sobre a sua realização e a relevância da introdução deste conteúdo estomacal no normal funcionamento gástrico. A composição deste, para além da alimentação administrada, é composta por proteínas, fluídos e enzimas essenciais ao processo digestivo e motilidade

intestinal pelo que, se não presente em demasia a cada 8 horas, nos momentos de vigilância, deve ser reintroduzido, mantendo as secreções gástricas e balanço eletrolítico, não existindo benefício comprovado no seu desperdício (Viana, Balinha e Afonso, 2017). Além disso, um volume residual gástrico elevado corresponde, em cerca de 80%, a um episódio isolado na monitorização e influenciado por vários fatores, pelo que não deve ser preponderante na suspensão da terapia nutricional entérica, tal como expresso pela Associação Portuguesa de Nutrição (Viana, Balinha e Afonso, 2017). Igualmente, privilegiei momentos de reflexão sobre a avaliação da tolerância da nutrição entérica e sugeri o recurso a novos métodos para a sua realização como a avaliação física dos doentes pelo seu trânsito intestinal, distensão abdominal, vômitos, flatulência, dor ou desconforto ou, então, o uso de diversas metodologias de forma concomitante.

Em outro espectro de ação, no estágio relativo à assistência pré-hospitalar, nos vários meios que contactei – SIV, SIV Rural, VMER e CODU – pude constatar um facto transversal a todos. Desde 1997 que o Número Europeu de Emergência está veiculado em território português e, ainda assim, existe muita desinformação quanto ao seu uso (INEM, 2018). Nas mais variadas ativações, constatávamos que os dados que eram transmitidos pelas vítimas ou populares ao CODU não correspondiam à realidade dos factos que se observavam, correspondendo, por vezes, a situações de maior ou menor gravidade que as descritas. O turno realizado no CODU veio comprovar isto mesmo: existe uma complexidade e dificuldade no técnico que realiza a triagem de chamadas na compreensão dos dados transmitidos e na ativação dos meios adequados, para não causar sobrecarga do sistema. Dado que a maioria dos turnos foram realizados em contexto de ambulância SIV, pude refletir sobre isso com a enfermeira tutora e tentar encontrar, nesta situação, uma oportunidade de melhoria e aprendizagem. Percebi que, além da dificuldade da população na realização de um pedido formal de ajuda, existe, ainda, um número elevado de falsas chamadas, cerca de 20.000, durante o ano de 2018, levando ao acionamento desnecessário de 7.500 meios de emergência pré-hospitalar, segundo os últimos dados avançados pelo INEM (2019b). Considero que o enfermeiro especialista, para além de facilitador dos processos de aprendizagem e motor no campo de investigação, dever ser também agente de saúde pública. Assim, seria importante a promoção de momentos formativos na população que enfatizassem quais os pontos chave a abordar numa chamada de pedido de ajuda e em que situações esta deve ser realizada para evitar sobrecarregar a linha com não-urgências. Gostaria de ter conseguido pôr em prática este tipo de intervenção na comunidade, mas tal não foi possível pelas restrições impostas pela situação pandémica atual. No entanto, fui capaz de aprofundar o assunto, dar o mote para a sua realização quando possível e, ainda, valorizar um tema que, por vezes, pode passar despercebido. Aliás, a ação dos meios INEM

tem a sua base na Cadeia de Sobrevivência, composta por quatro elos, sendo que cada um se articula com o seguinte e o seu funcionamento depende da eficácia e articulação entre todos. Esta temática adquire especial importância quando refletimos que o primeiro elo corresponde ao Reconhecimento Precoce com Acesso precoce ao SIEM – 112, e, é da população que ele emerge. É assim importante a sua consciencialização e formação numa área tão relevante e suscetível para os cuidados de saúde.

Ainda nestes meios, tive uma atuação diferente de todos os outros contextos em que me encontrei presente, pelo facto de só se encontrar presente um enfermeiro em cada turno. Tal é uma situação nova para mim pois, quer no meu contexto de trabalho quer no estágio anterior, a equipa de enfermagem é constituída por um elevado número de elementos, sempre com um sentimento partilhado de confiança e entre-ajuda. Sugeri, assim, a realização de uma pequena reunião informal periódica entre todos os elementos que poderia constituir um momento de partilha de aprendizagens, saberes e experiências. Seria importante na medida que permitiria, em conjunto, a discussão das ocorrências significativas, por vezes tão singulares, a uniformização de procedimentos, identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para o enriquecimento pessoal e coletivo da equipa.

Ao longo do período decorrido em ambos os contextos, compreendi que as equipas procuram manter-se sempre no nível mais atualizado possível, quer nos conhecimentos, nas práticas e nas ideologias. Na UCIP, pude presenciar a introdução do Catéter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) nos cuidados como uma ferramenta importante e com vários benefícios ao doente, quando se trata de internamentos prolongados. Esta técnica permite uma utilização similar a um acesso venoso central mas introduzido numa veia periférica de médio calibre e, por isso, com algumas vantagens associadas: fácil colocação e manuseio, menor dor e desconforto para o doente e menor risco de infeção (Santo, Takemoto, Nascimento, et al, 2017). Apesar de ser uma técnica já muito utilizada noutros países e noutros contextos, foi um procedimento novo e recentemente implementado na unidade pelo que a equipa sentiu necessidade de trabalhar o assunto, formalizar os procedimentos e esclarecer dúvidas existentes através da criação de um grupo de trabalho composto por médicos e enfermeiros. Na medida do que me competia, consegui contribuir e colaborar no desenvolvimento desta temática, em conjunto com a enfermeira tutora, elemento deste grupo. Este é um dos exemplos que exprimem a vontade expressa da equipa, na qual me incluí de forma temporária, no desenvolvimento e aprimoramento constante das aprendizagens profissionais.

Do mesmo modo, em contexto pré-hospitalar, pude verificar a preocupação constante de toda a equipa em manter o conhecimento mais atualizado e adequado possível. Dentro de várias

situações exemplares disso mesmo, posso identificar aquela que, na minha opinião, é o retrato do esforço despendido em manter o nível da excelência dos cuidados. Estão definidos protocolos de atuação, nas mais diversas áreas e circunstâncias, que servem de guia à ação dos enfermeiros e devem ser seguidos por estes em cada ativação, conforme o motivo que lhe deu origem. Com o surgimento do novo vírus SARS-CoV2 e a pandemia mundial por ele gerada, o INEM sentiu necessidade de adaptar o protocolo referente a situações de dispneia, quando necessário o uso de Ventilação Não Invasiva (VNI) para conseguir proteger os profissionais e manter o nível de cuidados. Em vigor, em meios de ambulância SIV, estaria o uso de VNI segundo o *CPAP-Bousignac*, quando a situação clínica do doente o justificasse, segundo as indicações que lhe dão fundamento. No entanto, pela elevada dispersão de partículas que lhe está associada, o seu uso não se constatou seguro em doentes com dificuldade respiratória e, nesta fase, naturalmente considerados suspeitos de infeção por SARS-CoV2. Assim, foi criado, em tempo útil, uma adaptação a esta metodologia que permitia, igualmente, a utilização de VNI com segurança para doentes e profissionais, com menor taxa de dispersão de partículas e menor risco de infeção, não influenciando o cuidado e tratamento adequado dos doentes.

Consciente que é dever do enfermeiro especialista a promoção do seu desenvolvimento e autoconhecimento, com a procura de informação atualizada e recente, tentei sempre encontrar justificação para as minhas intervenções na evidência científica. Sendo conhecedora das técnicas de VNI e suas variantes, como o *CPAP-Bousignac*, fui confrontada com a nova metodologia usada nos meios SIV, já supracitada. Por ser um tema novo e por sentir que seria sensível em contexto de prestação de cuidados, decidi, em conjunto com enfermeira orientadora, a realização de uma formação que pode ser extensível a todos os elementos prestadores de cuidados (ver Apêndice I). Esta aborda alguns temas como a VNI tradicional, as suas indicações, vantagens e desvantagens, modo de utilização, modalidades e modos ventilatórios, a vertente da *CPAP-Bousignac* e, acima de tudo a nova metodologia adotada. Esta é conseguida pela utilização de válvula pressão PEEP acoplada a um insuflador manual, que cria uma pressão à expiração mantendo sempre um nível de pressão positiva pulmonar. Igualmente, é conseguido um circuito fechado, que evita a propagação de partículas para o ambiente, ultrapassando a lacuna existente no método anterior. Foi meu objetivo acrescentar algo à prática da equipa e, a acumular à divulgação desta metodologia pelos vários elementos, terminei a formação com a apresentação de um meio ventilatório que creio que pode ser inserido por ser eficaz no tratamento de doentes sob Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) no atendimento pré-hospitalar. Trata-se da Oxigenoterapia de Alto Fluxo, com a qual contactei pela primeira vez no estágio anterior uma vez que, durante esse período, foi implementado o seu uso em contexto de cuidados intensivos. Já nesse estágio tive a oportunidade de realizar

um documento sobre esse tema (ver Apêndice II) para exposição aos colegas da UCIP e posterior consulta no serviço, por ser um tema novo para todos e, por isso, necessitava de investigação, explicação e esclarecimento de dúvidas. Este expõe algumas considerações sobre o fundamento da técnica, quais as suas indicações e os efeitos fisiológicos que se obtém, as vantagens e desvantagens, o modo de funcionamento e os cuidados de enfermagem a ter em conta, tornando o documento com uma grande aplicabilidade prática, sendo uma ótima ferramenta. Ressalvo que esta é uma técnica recentemente utilizada em Portugal mas muito elogiada por ser não invasiva para o doente e, ainda assim, permitir o fornecimento de oxigénio a altos fluxos, num máximo de 60L/m, associado a um controlo exato da FiO₂, que pode ser até 100%, fazendo emergir um novo paradigma no tratamento da insuficiência respiratória aguda das diversas etiologias (Pires, Marques e Masip, 2018). A construção deste trabalho constituiu um bom contributo para mim e a equipa, forneceu-me competências acrescidas no manuseio e uso deste novo equipamento e na vigilância do doente, deixando-me alerta para sinais de sucesso ou falência da técnica e possíveis complicações, sendo capaz de esclarecer alguma dúvida que surgisse. Tal potenciou o meu desenvolvimento profissional, sustentado em novas aprendizagens, que me permitiram, igualmente, consolidar e mobilizar conhecimentos a outros contextos, como o estágio seguinte, em meios INEM, e à minha prática diária no SU e isso, a meu ver, é o reflexo do meu empenho e valorização da aprendizagem profissional como motor dos cuidados de excelência.

Ora, se a promoção do autoconhecimento é um dos pilares no desenvolvimento do enfermeiro especialista, considero que este se deve munir de uma prática assente na literatura mais recente. A par das alterações técnicas supracitadas, que visam a adequação e melhoria dos cuidados prestados, o enfermeiro deve também reinventar-se a si e ao seu modo de prestação de cuidados, sempre que a situação o justifique, em prol do doente. Mais uma vez, a situação pandémica atual assumiu-se como um desafio imposto na sociedade, principalmente na área da saúde. Desconhecido por todos, o vírus SARS-CoV2 exigiu a reestruturação funcional e organizacional das instituições de saúde e creio que a postura dos profissionais não pode ser exceção. Ciente que os doentes internados possuem diversas necessidades, como já abordado, questionei-me acerca da implicação do isolamento social, seja em regime de internamento ou ambulatorio. Nesta linha de pensamento, foi construído um artigo científico (Ver Apêndice III), em conjunto com uma colega de curso, que visa expor as necessidades dos doentes em isolamento social e as estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde no sentido de as colmatar. Embora toda a realização do artigo tenha sido um processo próximo de ambas, ficou a meu cargo a definição deste último tópico – as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de doentes em isolamento social. Procurei sintetizar

algumas técnicas ou comportamentos, como a inclusão da família nos cuidados, o fornecimento atempado de informações clínicas, quer ao doente quer aos familiares, a realização de chamadas telefónicas que promovam o contacto doente-família, e a facultação de métodos de distração, como *tablets*, jornais ou televisões, que, de uma forma simples, permitem minorar os efeitos nefastos do isolamento social nos doentes, indo de encontro às necessidades por eles evidenciadas. Com isto, quero salientar que a aprendizagem ganha sentido quando, através dela, se produzem mudanças de atitudes que trazem benefícios ao doente e sua situação clínica e, que, é papel do enfermeiro especialista encarar cada nova situação como oportunidade de crescimento e melhoria, reinventando-se e ajustando-se a cada momento. As ilações retiradas deste documento permitiram-me, assim, adequar a minha prática quer em regime de estágio, quer em contexto de trabalho, atentando em alguns pontos essenciais que até ao momento não estaria tão desperta.

Em suma, considero que foram dois contextos ricos em novas experiências profissionais que permitiram o incremento de aprendizagens referentes à prestação de cuidados ao doente crítico, desde o seu planeamento, execução e avaliação até à sugestão de oportunidades de melhoria. Todas as intervenções foram realizadas com base na evidência mais recente e atualizada, seja ela científica ou não, remontando aos primórdios da Enfermagem como disciplina e ciência. Assim, neste estágio foram adquiridas várias competências neste domínio como o **desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; e o desenvolvimento de uma praxis clínica especializada e baseada em evidência científica**, promovendo atividades formativas.

Resta-me salvaguardar que ao longo deste longo capítulo e respetivos subcapítulos foram sendo descritas várias competências alcançadas ao longo dos estágios clínicos realizados e que, uma parte delas, se encontra intimamente relacionada, sendo, por isso transversais a vários domínios. Em seguida, será feita uma exposição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atingidas pelas experiências e atividades realizadas, também elas relacionadas com as competências já supracitadas, considerando que a aprendizagem não é estanque mas sim um processo vivo, em constante atualização.

4. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A construção de um percurso formativo coeso requer dedicação, esforço e trabalho diário. Igualmente, almejar ser Enfermeira Especialista exige a aquisição de competências pela aplicação dos conteúdos teóricos à prática, em contexto clínico e de prestação de cuidados, sejam eles diretos ou indiretos. A par do que é comum a todas as especialidades de enfermagem, é necessário que cada enfermeiro aprofunde o seu quadro de conhecimentos e competências em determinada área, tornando-se capaz de assumir cuidados de qualidade nessa mesma área. No caso, especializar-me em Enfermagem Médico-Cirúrgica trar-me-á o reconhecimento das capacidades de conceber, implementar e avaliar, posteriormente, planos de intervenção que respondam às necessidades de cada indivíduo e sua família, alvo dos cuidados. Com a finalidade máxima de melhorar a qualidade de vida de cada pessoa, é necessária uma atenção especial na observação, procura e colheita de dados para tornar possível a deteção precoce de possíveis complicações, sendo que os cuidados assentam na estabilização, recuperação e manutenção das funções vitais, através de meios de monitorização, vigilância e terapêutica (OE, 2018b).

Os estágios clínicos preconizados no plano de estudos e realizados em contexto de cuidados intensivos e assistência pré-hospitalar enquadram-se na vertente de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Como a própria definição assim o evoca, um doente crítico é aquele que tem uma ou mais funções vitais em risco, quer por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de forma a permitir manter as funções básicas de vida, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018b). Nesta linha de pensamento, durante o período de prática clínica, foi privilegiado o desenvolvimento de competências em três áreas major de ação: o cuidado ao doente crítico e sua família; a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; e a prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. Estas áreas são o eixo central de ação e crescimento definidos pela OE no que diz respeito às competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica e, por isso, serão explanadas neste capítulo. Além disso, foram formulados alguns objetivos que vão de encontro à prática especializada nestas áreas de ação: **gerir, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida**

e da sua formação pós-graduada; abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e sua família; aprofundar os conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, aplicando-os à prática clínica; prestar cuidados diferenciados a pessoas em situação emergente, instável e em risco de falência orgânica; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; compreender o papel de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; desenvolver conhecimentos na área de Assistência Pré-Hospitalar, no atendimento à pessoa em situação crítica; e, ainda, desenvolver conhecimentos na área de Cuidados Intensivos, no cuidado ao doente crítico.

As competências que ditam a excelência na prática de cuidados emergem quando se adquire perícia profissional, conseguida através de uma aprendizagem experiencial, conforme expõe a OE (2018b). Cada enfermeiro deve aprender, através desta experiência, a atentar de forma imediata naquilo que é pertinente em cada situação e a atribuir-lhe o seu significado. Pelas características inerentes, a UCIP é um dos locais onde são evidenciados diferentes níveis de proficiência, que são o resultado dos saberes e da experiência que emergem ao longo do percurso profissional. Igualmente, exercer funções numa área tão específica e exigente como o atendimento em ambiente pré-hospitalar, em situações maioritariamente urgentes e emergentes, confere um grau de diferenciação e capacidade de ação-reação essenciais no cuidado ao doente crítico, com toda a sua imprevisibilidade. Foram, assim, campos de estágio potenciadores do desenvolvimento de várias esferas do saber – o saber-ser, saber-saber e saber-fazer – num processo de evolução contínua, estando todos os domínios expressos neste relatório sob o mesmo fio condutor, alicerçados no mesmo objetivo comum – atingir a qualidade máxima nos cuidados prestados, de forma especializada.

Como já enunciado, a essência dos estágios residuiu, de uma maneira geral, no **atendimento à pessoa em situação crítica e sua família, em situações de falência orgânica**, e aprimoramento do olho clínico na antecipação e resolução de focos de instabilidade. No que concerne ao estágio realizado em contexto de cuidados intensivos, pude verificar que esta é uma realidade vigente pois são encaradas, diariamente, situações inesperadas e que carecem de uma intervenção segura, rápida e em tempo útil. Enquanto profissional de saúde num SU, possuo uma visão acerca da prestação de cuidados a doentes críticos, em risco de falência orgânica, que pode, enquanto aluna nesta unidade, ser aumentada e aprimorada. Por ser polivalente, esta unidade aumentou o meu campo de ação, através do tratamento de doentes com inúmeras condições clínicas e patologias, sob a alçada de várias especialidades médicas ou cirúrgicas, exigindo, assim, a mobilização de um maior número de conhecimentos e competências.

Como a própria definição assim o supõe, uma unidade de cuidados intensivos apresenta uma vasta oferta de medidas estruturais, físicas e organizacionais que permitem uma atenta e permanente vigilância de cada doente, através de equipamentos específicos. Ao longo do período de estágio na UCIP contactei com algumas medidas como o sensor BIS, o sensor de Pressão Intra-Craniana (PIC), algumas técnicas de substituição da função renal, medida de Pressão Intra-Abdominal (PIA), PICC e equipamentos para hipotermia terapêutica, desconhecidas para mim até então. Ressalvo como aspeto facilitador à realização deste estágio o facto de trabalhar num SU polivalente e ser elemento da equipa de emergência pois possibilita o meu contacto, no dia-a-dia, com alguns equipamentos também utilizados na UCIP, tornando o ambiente um pouco mais familiar para mim. Assim, na impossibilidade de relatar na íntegra todas as experiências vivenciadas, será feita apenas referência àquelas que se apresentaram como novidade e que, de alguma forma, contribuíram positivamente na minha prática enquanto prestadora de cuidados.

Saliento o contacto com doentes do foro neurocrítico como uma experiência frutífera e estimulante, sendo de meu especial interesse e gosto pessoal as particularidades verificadas nas medidas de neurointensivismo. Estes doentes exigem uma atenção redobrada a fim de se encontrar o equilíbrio entre os diversos sistemas orgânicos e respetivos mecanismos de autorregulação. Intimamente relacionados, percebi que encontrar a homeostasia entre estes sistemas permitirá atingir a estabilidade hemodinâmica do doente, dirigindo a menores taxas de morbidade, mortalidade e, conseqüentemente, um melhor *outcome* neurológico final (Barreto, 2017). Tal carece de um estado de alerta permanente pela equipa de enfermagem para se detetarem precocemente focos de instabilidade e intervir adequadamente perante eles. Se a situação clínica do doente sofrer uma agudização, são implementadas medidas não farmacológicas para controlar e estabilizar a PIC e a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), condições essenciais à manutenção de um bom prognóstico vital e funcional (Barreto, 2017). Em caso de falência destas medidas, é usado o recurso a terapêutica farmacológica, prescrita maioritariamente em SOS. Esta gestão é intrínseca à prática de enfermagem, e pude, durante o estágio, aperfeiçoar estas competências e desenvolver juízo crítico que me permitiu agir e orientar as minhas intervenções no sentido de manter PIC e Pressão Arterial Média (PAM) para o atingimento de PCC adequadas, através da vigilância clínica e da neuromonitorização. É, de facto, uma área extremamente sensível aos cuidados de enfermagem e, também por isso, um desafio estimulante, no qual podemos marcar a diferença, através de cuidados adequados e fundamentados. As intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros correlacionam-se com o estado hemodinâmico do doente neurocrítico, como, por exemplo, a elevação da cabeceira e correto posicionamento e alinhamento da cabeça e tronco, o controlo

da temperatura, seja por administração de fármacos ou pela promoção de arrefecimento corporal passivo, a gestão da sedação e analgesia, em perfusão ou bólus de resgate, controlo de estímulos externos, como aspiração de secreções, estímulos sonoros ou táteis, gestão de parâmetros ventilatórios ou estado gasimétrico, entre outros (Barreto, 2017). Estas são situações que me incutiram algum *know-how* por serem exemplares da importância da aplicação da teoria à prática, mas sempre adaptada às experiências profissionais, valorizando cada sinal que o doente transmite, ajustando os cuidados à realidade vivenciada.

Não obstante, durante o estágio clínico não tive oportunidade de presenciar a realização das provas de morte cerebral em doentes com critérios para tal, como havia previsto inicialmente. Não considero tal como uma falha, uma vez que a sua realização não deriva diretamente da minha prática nem sofre influência com ela. Em alternativa, pude consultar e analisar os protocolos com a enfermeira tutora, percebendo o fundamento da sua aplicação e em que trâmites ela se realiza, aprofundando, igualmente, conhecimentos nesta área.

Um dos objetivos basilares para a realização deste estágio está relacionado com a prestação de cuidados autónomos ao doente com entubação endotraqueal e submetido a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), em situação crítica de saúde e, em retrospectiva, posso aferir que foi alcançado de forma satisfatória. Constantemente, ao longo dos turnos, pude explorar o material referente à abordagem avançada da via aérea, e situações que necessitaram a sua colocação, manutenção e, ainda, desmame ventilatório. Usufruí de múltiplas oportunidades que me permitiram reforçar os conhecimentos sobre o doente entubado, com VMI instituída, diferentes interfaces, modos ventilatórios, cuidados de enfermagem e sinais de alerta. Pude, ainda, aprimorar o traquejo necessário para me sentir capaz de cuidar de um doente submetido a VMI, de forma autónoma e com segurança nas práticas. Assumo que um determinado nível de perícia só seria alcançado com um maior investimento, nomeadamente em horas de contacto, mas que foram desenvolvidas habilidades que se traduzem em bons cuidados de enfermagem, de forma satisfatória, e que podem ser aplicados ao meu contexto de trabalho, quando necessário. Consegui compreender, *in loco*, que associado às inúmeras vantagens implícitas da ventilação invasiva surgem algumas desvantagens e/ou complicações. A mais significativa talvez resida no risco acrescido de desenvolvimento de uma infeção respiratória, que atinge cerca de 30% dos doentes sob VMI (Matos e Sobral, 2010). Tal pode ser devido à imobilidade do doente, à presença de uma interface na sua árvore brônquica, à ausência do reflexo de tosse que impossibilita a limpeza das vias aéreas superiores, ao acúmulo de secreções ou à inevitável iatrogenia das intervenções (Cruz, 2018). Nesta temática, como em todas as outras, a equipa da UCIP demonstrou consciência no cumprimento de normas e protocolos, pela importância que detêm, dos quais saliento, neste contexto, a *bundle* referente à pneumonia associada à

intubação, emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2015). Pautei a minha prestação de cuidados com estas premissas, e tentei sempre fazer juz ao preconizado como, a título de exemplo, a elevação da cabeceira a 30°, a manutenção de técnica assética, a verificação da possibilidade de desmame ventilatório precoce, a lavagem da cavidade oral com clorohexidina 2% e verificação da pressão do *cuff*, para que se proporcionassem cuidados de qualidade, isentos de riscos para o doente.

Equitativamente, os dispositivos de VNI são-me familiares pelo contacto que tenho com eles no meu contexto de trabalho. Ainda assim, este estágio foi potenciador de enriquecimento de competências nessa área, pelo cuidado a doentes sob esta modalidade ventilatória, permitindo-me otimizar algumas práticas. Foi através dos ensinamentos realizados, do incentivo ao relaxamento e posicionamento adequado que se atingiu o sucesso da técnica, possibilitando a adaptação do doente. Estas técnicas, para além de transponíveis à minha prática, revelaram-se essenciais no estágio seguinte, no que respeita a doentes com dificuldade respiratória, no âmbito da assistência pré-hospitalar. As ativações deste meio para ocorrências de dispneia eram das mais frequentes, principalmente nesta altura de pandemia, onde existe um maior número de doentes acometidos por infeções respiratórias. Isto exigiu a mobilização de conhecimentos da minha parte, para a realização de uma abordagem sistematizada na busca de sinais de gravidade que, neste caso específico, poderiam conduzir a uma situação de falência respiratória. A monitorização destes doentes e vigilância destes parâmetros ditava a necessidade de suplementação de oxigenoterapia adicional e/ou meios de VNI disponíveis, como o *CPAP-Bousignac*, já exposto ao longo deste documento. Reforço que cada doente é único, com sintomatologias diversas, o que exige uma atenção acrescida com um olho clínico aprimorado na deteção de possíveis complicações, competências que pude desenvolver neste estágio.

É impossível falar da deteção atempada de complicações sem mencionar o papel fulcral do enfermeiro especialista nesta área. Num ambiente tão específico, particular e, ao mesmo tempo, complexo, é expectável que o enfermeiro assuma a prestação de cuidados em situações de gravidade de forma segura e fundamentada. Corroborando a opinião expressa por Oliveira e Martins, considero que o contexto pré-hospitalar, nomeadamente em ambulâncias SIV, fornece uma exigência e responsabilidade acrescida ao trabalho do enfermeiro pela necessidade de ter que se agir ao segundo, com mobilização e aplicação de vastos conhecimentos e capacidades, com sentido de atuação e tomada de decisão (Oliveira e Martins, 2013). Neste estágio, pude aprimorar competências no que compete à avaliação de situações críticas, formulação de diagnósticos e aplicação de intervenções de forma ágil, recorrendo ao conhecimento técnico e científico previamente adquiridos. Este diagnóstico de situação e constante reavaliação das medidas aplicadas foi adquirindo importância na minha atuação até se tornar o seu foco

central, à medida que ia alcançando autonomia. Estas competências foram essenciais no atendimento ao doente crítico, numa situação urgente ou emergente, pautada sempre pela celeridade e espírito crítico, em prol do doente e da sua recuperação. Igualmente, num meio em que a equipa é constituída apenas por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, cabe ao enfermeiro a liderança na prestação de cuidados bem como a delegação de tarefas e sua supervisão, e a garantia da execução protocolos e procedimentos pré-definidos pelo INEM, aos quais se acrescem a validação pelo médico do CODU a cada momento.

Transversal à escolha do protocolo de atuação mais adequado, segundo a queixa, sinal ou sintoma principal do doente, é privilegiada uma abordagem sequencial e lógica, que permitem a identificação de prioridades com carácter vital ao doente. Inicialmente, é realizada uma preparação e organização mental pelas informações transmitidas pelo CODU acerca da ocorrência e das condições em que ocorrem. Estas permitem antecipar um possível cenário e, com isso, antever as intervenções ou focos de atenção, criando um linha orientadora de ação que, além de segurança, possibilita uma resposta mais célere. Na chegada ao local, a avaliação deste dá-se de forma dinâmica com a avaliação da vítima, após garantidas as condições de segurança e inferida a necessidade da utilização de medidas adicionais de precaução universal. Neste contexto, a avaliação primária da vítima é realizada na vertical, através das prioridades sugeridas pela metodologia ABCDE (INEM, 2012). Se existir algum distúrbio potencialmente ameaçador das funções vitais, deve ser resolvido de imediato, antes de se avançar para o próximo passo da avaliação, à exceção das hemorragias exsanguinantes, situação com a qual não tive oportunidade de contactar ao longo do período de estágio. Em seguida, após a estabilização inicial da vítima, dá-se a avaliação secundária que alberga o processo de reavaliação sistematizada, com um exame físico pormenorizado segundo os segmentos corporais e recolha do máximo de informações pertinentes. Compreendi que a avaliação é um processo fulcral, que pode ditar o curso da recuperação do doente, e tal, exigiu de mim a mobilização de conhecimentos e habilidades que a permitissem realizar de forma ágil e segura, uma vez que avaliação inicial deve ser realizada em 60-90 segundos, salvo interrupções essenciais, como preconiza o INEM (2012). Adquiri, assim, agilidade de pensamento com aplicação deste à prática, objetivando, neste contexto, a garantia da segurança de todos os intervenientes (equipa, vítima e terceiros), a identificação e correção de situações potencialmente fatais, o desperdício de tempo no local, realizando a estabilização da vítima e transporte em segurança, e a recolha dos dados relevantes segundo a mnemónica CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição), indo de encontro ao previsto pelo INEM (2012). A aquisição destas competências foi essencial ao longo do estágio, na

abordagem de todas as vítimas, e, ainda, me permitiu refletir e modificar alguns pontos na minha prestação enquanto enfermeira, uma vez que lido diariamente com vítimas críticas.

Por fim, o transporte da vítima pode ser visto como a etapa final da prestação de cuidados da equipa pré-hospitalar. Em contexto SIV, este nem sempre foi realizado pela nossa equipa, pela necessidade de cuidados mais diferenciados, utilizando o recurso à VMER, por exemplo. Ainda assim, consegui acompanhar diversas vítimas à unidade de saúde mais adequada, garantindo a vigilância durante o transporte, fosse ele primário ou secundário, assegurando, neste percurso, as funções vitais do doente e os cuidados de enfermagem necessários. Já durante o período decorrido na UCIP, tive oportunidade de realizar vários transportes de doentes críticos no seio intra-hospitalar, seja como transferências entre serviços, acompanhamento ao BO ou à realização de meios complementares de diagnóstico. São momentos de grande instabilidade que exigem uma decisão e planeamento adequados com antevisão das necessidades que possam ser sentidas durante o transporte, para a sua efetivação em segurança, tal como evidencia a Ordem dos Médicos, em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). De forma autónoma, em ambas as situações, fui capaz de realizar esta gestão, assegurando-me que o doente em nada seria prejudicado e que o nível de cuidados se mantinha em cada etapa, antevendo possíveis complicações e garantindo que existem os meios necessários para a sua resolução.

De uma forma geral, a maioria dos doentes presentes na UCIP encontra-se em falência multiorgânica, sendo o compromisso cardiovascular o mais frequente. Em diversas oportunidades pude aperfeiçoar as habilidades no manuseamento e preparação de terapêutica dedicada ao suporte aminérgico e vasopressor, no cuidado ao doente com instabilidade hemodinâmica. Como já enunciado, o organismo é constituído por um conjunto de sistemas em sintonia e é necessário agir atempadamente no sentido de se conseguir encontrar o equilíbrio mais benéfico ao doente. Também em ambiente pré-hospitalar, pude verificar que a disfunção cardiovascular acomete uma grande porção da população, sendo que a dor torácica, associada à dispneia, é das causas mais frequentes de ativação de meios de socorro, segundo dados do Centro de Estatística do INEM. Aliás, segundo os registos da plataforma de Registo Nacional de Paragem Cardio-respiratória Pré-hospitalar existiram, em 2020, 19791 PCR confirmadas apenas em contexto pré-hospitalar. Este facto deve ser tido em consideração, principalmente quando se constroem planos formativos que tem como fundamento a certificação de competências de todos os elementos de uma equipa multidisciplinar. Apesar de ter frequentado um curso que me permitiu adquirir competências neste âmbito, como já supra referido, considero que poderiam existir momentos para a simulação destas capacidades, associado ao treino de várias habilidades, como as compressões torácicas manuais e as insuflações manuais,

tão essenciais ao sucesso de uma reanimação. Tal facto é também evidenciado num estudo realizado por Meaney, Bobrow, Mancini et al (2013), que concluem que a melhoria do desempenho numa Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) baseia-se no treino de competências que comprovadamente tem um impacto positivo na sobrevivência dos doentes vítimas de PCR, sendo que este preenche lacunas de conhecimento e melhora as capacidades técnicas. Apesar de lidar com PCR em contexto hospitalar, as situações que vivenciei neste estágio permitiram melhorar a minha performance, seja na execução das intervenções, seja como team leader, principalmente num contexto tão inesperado e fora do meu controlo, ao qual não estou habituada. Considero que este crescimento e desenvolvimento de competências são essenciais na construção do meu perfil enquanto enfermeira especialista, na assistência ao doente crítico e sua família.

Ao longo deste relatório, mantive sempre presente a reflexão acerca da relevância da humanização dos cuidados, principalmente quando se lida com pessoas que vivenciam transições agudas de saúde-doença. Tentei sempre olhar além do equipamento tecnológico e assentar a minha ação num cuidado humano, para poder ver o doente na sua essência, débil e frágil segundo a sua condição clínica, nunca permitindo que fosse subvalorizado em detrimento da sua monitorização, equiparando o seu grau de importância. No seio de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve retirar a máxima vantagem da posição privilegiada que ocupa, alicerçada numa relação de proximidade junto do doente e sua família, criando uma aliança terapêutica com ambos. Na verdade, a prestação de cuidados de forma humana, que tanto é almejada pelos profissionais, deve ter a sua base na tríade enfermeiro – doente – família, nunca desvalorizando uma das partes em detrimento doutra. Ambos os contextos onde foram realizados os estágios, tem muito presente uma filosofia biomédica, pelas características que lhes estão inerentes. Foi um desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de crescimento e remodelação pessoal criar oportunidades para a inclusão da família nos cuidados. Atento que tal foi conseguido pela sistematização dos cuidados de enfermagem, através da aplicação do processo de enfermagem a todas as situações, sendo indispensável para a organização das ações e a satisfação das necessidades de cada doente. Mesmo num meio tão vasto, como o pré-hospitalar, é imperativo que o enfermeiro consiga dar voz às suas intervenções autónomas e foi nesse sentido que a minha prestação foi organizada, almejando o atendimento holístico à pessoa e sua família, sendo essa também uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como evidencia a OE (2018b).

Ainda no que concerne à humanização dos cuidados, considero que o controlo da dor deve ser visto como uma prioridade no atendimento dos doentes em situação crítica, sendo que é o sintoma mais frequente e que melhor expressa o sofrimento humano. Na UCIP, a abordagem

que é feita na avaliação, monitorização e controlo da dor está em todo relacionada com as boas práticas emanadas pela DGS (2018), sendo preconizado o recurso a escalas, numéricas ou comportamentais da dor. A tipologia dos doentes exige que se criem alternativas na mensuração da dor dado que estes se encontram incapazes de verbalizar as suas queixas. Assim, são valorizados aspetos como os sinais vitais, a expressão facial, movimentos musculares involuntários ou a adaptação ventilatória, para definir estratégias de atuação no controlo da dor. Estes são parâmetros presentes na escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) utilizada em todos os doentes ventilados e sedo-analgesiadados, como medida protocolada do serviço, intimamente ligada à qualidade dos cuidados. É através desta documentação da dor que se consegue obter uma continuidade de cuidados, possibilitando, a avaliação da eficácia da analgesia instituída, pois, tal como defende a OE (2008), é boa prática a valorização, diagnóstico, avaliação e registo da dor, fatores incluídos na sua gestão. Para além destas medidas farmacológicas foram ainda realizadas algumas intervenções que podem contribuir para o conforto e distração do doente e, conseqüentemente, uma sensação dolorosa inferior como é o caso dos corretos posicionamentos, de massagens terapêuticas e da colocação de música ambiente na unidade do doente. Mas se o controlo da dor é um dos elementos chave da prestação da equipa de enfermagem, acredito que grande parte desta atenção deve ser também prestada à sua prevenção. Apesar de não existirem protocolos definidos para a instituição e controlo dos níveis de sedo-analgesia administrados, esta é cuidadosamente gerida pelos enfermeiros na prestação de cuidados, tendo eu adquirido também esta sensibilidade na gestão terapêutica. São, frequentemente, administrados bólus de fármacos analgésicos, antevendo situações que possam causar sofrimento ao doente, como procedimentos invasivos, agindo de forma antecipatória. Saliento sempre esta postura atenta e preocupada de todos os enfermeiros acerca desta temática mas considero que seria importante a criação de um protocolo de analgesia e sedação, para toda a equipa multidisciplinar, que fosse baseado em metas e objetivos terapêuticos para cada doente internado na UCIP.

De igual forma, em meio pré-hospitalar é privilegiada a ação do enfermeiro no tratamento e prevenção da dor, sendo que, na maioria das vezes, este é o profissional mais qualificado da equipa. Evidencio a sensibilidade que é necessária para, num momento tão stressante e fugaz, identificar no doente os sinais e sintomas úteis e sugestivos dos vários tipos de dor e para conseguir tratá-la, com os poucos recursos físicos e farmacológicos existentes na carga de uma ambulância. Apesar da administração de fármacos, em contexto SIV, carecer de validação por parte do médico do CODU, a sua gestão e iniciativa fica ao cargo do enfermeiro que, para além disso, tenta tranquilizar e transmitir calma ao doente, gerindo as suas emoções de forma racional. É um processo complexo do qual pude fazer parte e compreender que a prática

especializada de enfermagem pode mesmo marcar a diferença e influenciar positivamente o estado de saúde de um doente crítico e a sua recuperação.

Numa outra vertente, a **dinamização da resposta em situações de exceção, emergência e catástrofe** faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018b), sendo que esta é área com a qual tive um menor contacto ao longo da minha vida profissional. Importa, assim, referir que uma situação de exceção corresponde a um desvio da normalidade, do que é expectável que aconteça, situando-se como um caso excecional e inesperado. Igualmente, uma situação de catástrofe remete a um acidente ou série de acidentes graves, passíveis de provocarem vítimas e um elevado prejuízo material, o que afeta, por si só, as condições socioeconómicas e de vida de uma porção ou da totalidade do território nacional, como expresso na Lei n.º 27/2006. Nos diversos contextos de atuação, sejam intra ou extra-hospitalares, o surgimento de uma situação de exceção, catástrofe ou emergência corresponde a um desafio, pelo que é necessário um planeamento prévio que garanta a execução de planos dedicados à atuação célere e segura. Tal só funciona se, adicionalmente, existirem equipas de profissionais dotadas e treinadas, com formação pertinente na área, capazes de prestar um atendimento adequado, com recurso a equipamentos tecnológicos avançados.

Na UCIP procurei conhecer os protocolos de atuação e refletir sobre a sua operacionalidade com as enfermeiras tutoras. Incluído no plano de emergência e catástrofe hospitalar, a UCIP possui um plano setorial construído com base nas suas especificidades, que origina ligeiras adaptações aos procedimentos gerais. Sendo um serviço com grande diferenciação, devido à complexidade dos doentes e diversidade de equipamentos existentes e, ainda, aos riscos inerentes à sua mobilização, a resposta em situações desta natureza constitui um desafio. Urge a importância de dar a conhecer aos profissionais o plano de Emergência Setorial presente no portal de qualidade, de forma a tornar possível a sua concretização, com a maior eficácia exequível. Assim, este foi um dos meus principais objetivos para, se necessário, agir em conformidade e oferecer o meu contributo de forma positiva à equipa.

Em meio pré-hospitalar, a minha postura pautou-se pelo mesmo princípio: conhecimento atempado dos protocolos de atuação para poder, caso surgissem situações inesperadas desta índole, agir em conformidade com a equipa e de forma coordenada e organizada. Embora não tivesse oportunidade de assistir a nenhum simulacro, saliento a sua realização, uma vez que permitem que se recriem cenários hipotéticos e, segundo eles, treinar o modo de atuação e interligação das várias equipas de Saúde Pública.

Ressalvo, neste contexto, a ocorrência de uma situação nova para mim e que foi de encontro aos objetivos pré-definidos: um acidente de viação com multivítimas. A prestação do socorro foi realizada pela equipa da SIV, onde me incluía, a par com a equipa da VMER geograficamente disponível de forma metódica e de acordo com a gravidade de cada vítima, a fim de se proceder à sua estabilização, transporte e recuperação. Tal como define a OE (2017), o socorro a incidentes com um elevado número de vítimas, exige o recurso a uma série de procedimentos médicos e de emergência com o intuito de proporcionar o melhor tratamento às vítimas, com o uso dos recursos disponíveis, salvando o maior número de vidas possível. Apesar de única, foi uma situação frutífera para mim pela casuística que acarreta e pela possibilidade de conhecimento de causa, dinamização de uma resposta eficaz e amadurecimento de competências no estabelecimento de prioridades segundo critérios de gravidade de acordo com diagnósticos clínicos, maximizando o trabalho em equipa e a racionalização de recursos.

Ainda neste âmbito, saliento a proatividade e a preocupação do INEM e toda a sua equipa na adequação de uma resposta a situações adversas como é o caso da situação pandémica atual. Assisti, assim, a um esforço coletivo na criação de meios de exceção que constituíam uma retaguarda hospitalar, no que diz respeito a hospitais de campanha, equipas diferenciadas ou novos meios SIV que permitem a transferência de doentes de forma inter-hospitalar mantendo o nível de cuidados em todo o processo.

Como terceiro eixo major de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se a **prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos**, sendo que as infeções associadas aos cuidados de saúde assumem uma crescente preocupação a nível mundial. Desta forma, estas condições devem ser tidas em conta por todas as instituições prestadoras de cuidados sendo que uma das áreas transversais à prática de todos os enfermeiros reside na prevenção e controlo de infeção (DGS, 2017). Na UCIP são privilegiadas medidas gerais e transversais que permitem um conjunto de boas práticas como a higienização das mãos de forma recorrente, uso de equipamentos de proteção individual e isolamento para se prevenirem infeções cruzadas, utilização de técnica asséptica sempre que necessário, entre outras. Estas encontram-se englobadas nos feixes de intervenção emanados pela DGS, sendo que o seu cumprimento é função partilhada pela equipa.

Em termos funcionais, a UCIP na qual se realizou o estágio, por ser moderna e recente, dispõe de condições físicas que possibilitam a existência de 4 unidades de isolamento, para doentes que assim o exijam, presença de vários lavatórios dispersos pelo serviço e vários pontos de desinfeção, fácil acessibilidade ao doente, seus equipamentos e tratamento de resíduos. São

medidas simples mas que permitem, em conjunto com o esforço dos profissionais, tornar o ambiente seguro no respeito à transmissão cruzada de microorganismos.

Além disso, alguns elementos da equipa multidisciplinar, entre médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, através de reuniões periódicas, constituem o elo de ligação com o grupo local hospitalar do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Estes profissionais são os responsáveis pela sensibilização para esta temática bem como a elaboração e operacionalização de normas no serviço. É de notar o trabalho de toda a equipa nesta matéria, baseado na sensibilidade e rigor científico, e, especialmente, na responsabilidade acrescida do enfermeiro na execução, orientação e correção e promoção de boas práticas.

Em termos funcionais e físicos, posso afirmar que as condições em que a prestação de cuidados ocorre no meio pré-hospitalar são como que o espelho das experienciadas numa unidade de cuidados intensivos, ainda mais quando se reflete que estes são prestados, maioritariamente, em contexto de “rua”. Tal comporta um risco adicional no que concerne à imprevisibilidade e gravidade das situações, existindo uma maior propensão para riscos biológicos, ambientais e toxicológicos. Aliado a este facto, acresce-se uma propensão para a existência de riscos infecciosos decorrentes da ação rápida em situações de emergência, a doentes desconhecidos até então e aos quais não é possível, naquele contexto, o acesso a antecedentes clínicos. Assim, deve ser sempre privilegiada uma postura preventiva a antecipatória, com recurso a boas práticas com cada doente que se contacta, uso exímio de equipamentos de proteção individual, acondicionamento correto de resíduos, desinfeção e esterilização de material, com especial atenção ao material reutilizável e manutenção da célula sanitária da ambulância devidamente higienizada, seguindo, ainda, as normas em vigor. Estas medidas adquirem maior importância na situação pandémica em que vivemos, pelo risco acrescido de contaminação e infeção cruzada. Saliento as medidas implementadas pelo INEM para contornar esta condição como, nomeadamente, a criação de kits específicos com material necessário, terapêutica e equipamentos de proteção individual, a ser usado nas ativações por dispneia, para que se evite a contaminação do restante equipamento, a disponibilidade de normas de proteção e desinfeção atualizadas bem como momentos formativos sobre esta temática, disponível para toda a equipa multidisciplinar.

Ainda neste âmbito, relativo à infeção por SARS-CoV2, saliento que o enfermeiro deve ter um papel ativo na transmissão de informação sobre a sua transmissibilidade, sintomatologia e cuidados a ter à população que socorre, usando, para além da componente científica, a responsabilidade civil que detém.

Estes estágios contribuíram para uma reflexão acrescida nesta temática, com aquisição de competências referentes às intervenções autónomas de enfermagem e ao papel dinamizador que pode ser adquirido neste âmbito, conseguidas através da leitura e análise das diferentes normativas e da sua aplicação à prática nos diversos meios. Em suma, quero destacar o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na realização de auditorias internas que visem a avaliação da implementação dos feixes de intervenção, medidas de proteção individual e limpeza e desinfeção e manutenção de cuidados de excelência, contribuindo para o bem-estar e recuperação funcional dos doentes, com o mínimo de riscos associados.

De uma forma geral, estagiar em ambientes tão complexos e ricos nas mais variadas vertentes como a UCIP e o INEM – Assistência Pré-hospitalar, permitiu um crescimento exponencial das minhas competências enquanto enfermeira. A par e passo, foram sendo atingidos os objetivos pré-definidos e a aprendizagem obtida revelou-se muito mais frutífera e fértil do que o que pude imaginar numa fase mais remota. Acrescentaram-se oportunidades de desenvolvimento às previstas inicialmente e, associada à postura proativa na aquisição de conhecimentos que demonstrei, foram alcançadas **competências essenciais no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica como a prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; a dinamização de respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe; e a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil.**

Em retrospectiva posso considerar que a riqueza deste estágio foi alicerçada num esforço comum, entre mim, as enfermeiras orientadoras, a equipa multidisciplinar e, ainda, a equipa docente. Em conjunto, foi traçado um percurso formativo adequado aos meus objetivos, expectativas e resoluções, culminando no meu crescimento pessoal e, sobretudo, profissional. Em prospectiva, estou certa que todas estas competências trarão implicações positivas na minha carreira enquanto enfermeira, que será encarada com um olhar mais maduro, competente e profissional. Aliás, muitas delas foram já aplicadas, de forma adequada, ao meu contexto de trabalho, nomeadamente no cuidado ao doente crítico, à inclusão da sua família e à gestão de situações de stress e conflitos no quotidiano. São, assim, aprendizagens fundamentais na construção de um perfil de enfermeira especialista ambicionando a excelência e qualidade dos cuidados por mim prestados, acrescentando valor e significado à equipa.

5. CONCLUSÃO

A enfermagem, para além de ciência, arte e disciplina, tem vindo a afirmar-se como uma profissão, com autonomia própria na área de prestação de cuidados de saúde, através do seu corpo de conhecimentos e saberes. Este baseia-se na resposta humana aos processos de saúde-doença e objetiva, em última instância, a recuperação funcional e promoção da qualidade de vida de cada indivíduo. Emergem, assim, quatro padrões de conhecimento fundamentais: estético, empírico, pessoal e ético que culminam num cuidado holístico a cada pessoa e sua família, na assistência das suas necessidades.

Em torno disto, o enfermeiro especialista assume especial relevância uma vez que é o profissional de eleição pelo conhecimento aprofundado que detém, nos domínios específicos de enfermagem que se traduz num conjunto de competências especializadas num determinado campo de ação. Por sua vez, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são reconhecidos saberes técnicos, científicos e relacionais especializados que permitem a resolução de situações-problema, através da identificação das necessidades da pessoa em situação crítica e sua família, atingindo em elevado nível de qualidade e proficiência. Saliento que neste processo a formação contínua e atualizada se manifesta como um catalisador no desenvolvimento profissional e na aquisição de uma capacidade crítica, analítica e reflexiva.

Neste ciclo formativo, a procura de conhecimento de forma autónoma deve ser aliada à prática em contexto clínico, pautada pela vivência de experiências ricas e frutíferas. No que diz respeito à formação académica, os estágios apresentam-se como um meio potenciador de aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas pelo contacto com a realidade de forma elucidativa, fomentando o uso das aptidões necessário para o exercício profissional independente. Tal como defende Patrícia Benner (2005), é pela aprendizagem experiencial prolongada no tempo que se adquirem conhecimentos práticos e competências, sendo que o nível de perícia está intrinsecamente ligado à prática em enfermagem.

Retrospectivamente, no término deste período, posso concluir que os estágios realizados foram determinantes na maturação e aquisição de capacidades e competências relativas ao cuidado ao doente crítico, nas diversas fases do seu atendimento. Este relatório visou espelhar, de uma forma sucinta, as atividades realizadas que constituíram momentos de aprendizagem e crescimento pessoal através de momentos introspetivos e reflexivos, com vista ao reconhecimento do vivenciado, dificuldades sentidas e aspetos facilitadores no caminho rumo à especialização. Como

reflexão final, a construção deste documento constitui, por si só, um momento de aprendizagem pois apresenta-se como cúmulo reflexivo, que incita, também, a capacidade de análise e pensamento crítico. Em verdade, é pela reflexão sobre a aquisição de competências que se abre caminho a novos olhares da realidade e, conseqüentemente, novas formas de construir conhecimentos. E, reforçando a ideia transmitida por Jesus, é neste novo conhecimento que se devem designar as coisas da enfermagem para que se possa controlá-las, ensiná-las, investigá-las e, em última instância, inclui-las nas decisões das políticas de saúde, tornando a Enfermagem preponderante no processos de saúde da população (Jesus, 2004).

A elaboração deste relatório seguiu uma metodologia descritiva e, essencialmente, crítico-reflexiva, na explanação das competências adquiridas ao longo do período de estágio, fazendo uma relação com os objetivos e atividades pré-delineadas no projeto de estágio, construindo uma ponte entre o previsto e o realizado nos meios privilegiados para o estágio – contexto de cuidados intensivos e assistência pré-hospitalar. Para além de todas as competências técnicas desenvolvidas num contexto repleto de sofisticação tecnológica e no qual está implícita a enfermagem avançada, aprofundi a componente humana e relacional, com cuidados de enfermagem holísticos e biopsicossociais. Estes foram sempre baseados nas competências que emergiram da experiência situacional que promoveu, também, a mobilização de um manancial de informação científica, tecnológica, humana e técnica, atingindo os padrões de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica emanados pela OE (2018b).

Igualmente, em ambiente pré-hospitalar, totalmente novo para mim nos diversos meios – SIV, VMER e CODU, foram vividas experiências ricas, individuais e especializadas que me permitiram adquirir uma visão mais abrangente sobre situações reais de emergência. Através da aplicação de diversos protocolos foi conseguida uma postura autónoma e proativa no socorro a doentes nas mais diversas ocorrências, sempre com base numa prática fundamentada. Foi aplicada uma abordagem sequencial e metodológica, com aprimoramento da capacidade de estabelecimento de prioridades, olho clínico, estabelecimento de diagnósticos e implementação de intervenções rápidas e segura em ambientes de grande adversidade e stress. Ao longo de todo o estágio foram seguidas as diretrizes emanadas pela OE, relativamente à atuação do enfermeiro em regime pré-hospitalar, nomeadamente no que concerne a uma atuação segura, e de acordo com o enquadramento legal, no socorro, estabilização, transporte e das vítimas, com transmissão da informação adequada que permita a continuidade de cuidados, com acompanhamento, de igual forma, das suas famílias (OE, 2007).

De forma comum aos vários estágios, marquei a minha prestação pelo fomento de momentos de partilha de conhecimentos, experiências e sentimentos, potenciando a reflexão em grupo, com as enfermeiras tutoras, como meio de crescimento, aliado ao debate de ideias e pensamentos. Esta discussão foi sustentada e argumentada pela evidência científica mais recente, potenciando

momentos formativos através da identificação de oportunidades de melhoria. Em prol do meu crescimento, considere que cada estudante deve adotar uma postura ativa na busca do conhecimento e, ao mesmo tempo, produzir indicadores de qualidade que confirmam valor e saberes à Enfermagem.

Neste sentido, foram construídos documentos científicos, remetidos, posteriormente, nos apêndices, que espelham o aprofundamento de temas desenvolvidos ao longo dos estágios e que, de alguma maneira, suscitaram interesse e momentos de aprendizagem. Estes serviram de ajuda à realização de certas atividades com perícia, permitindo explorar assuntos relevantes à prática de acordo com as necessidades identificadas nos serviços. Após a pesquisa científica, foi realizada uma exposição à equipa multidisciplinar, baseada no trabalho redigido acerca da Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo, fomentando o esclarecimento e partilha de saberes, dando o meu contributo positivo aos locais de estágio, contribuindo para a melhoria e excelência dos cuidados prestados através do incremento de atividades formativas.

Considero que, em suma, o estágio foi realmente frutífero, desde o seu planeamento, realização e, nesta instância, reflexão e documentação de tudo o que foi sendo adquirido durante este percurso. Na generalidade, todos os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, sendo que este período foi mais proveitoso do que o pude imaginar numa fase inicial. De facto, o contacto com doentes reais, no seu contexto, foi propício à aquisição de competências essenciais ao exercício profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, de acordo com os três eixos major de ação: o cuidado ao doente crítico e sua família; a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; e a prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. Igualmente foram adquiridas capacidades no que corresponde a funções de gestão, assessoria e formação nas variadas vertentes. Estas competências adquiridas são fulcrais e transponíveis à minha vida profissional, sendo aplicadas e implicadas, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados ao doente crítico de forma constante e fundamentada no meu quotidiano.

Equitativamente, os estágios e a sua documentação, através deste relatório, permitiram o desenvolvimento de capacidades de mestria e competências inerentes ao grau de Mestre como a capacidade de formular diagnósticos e analisar questões de maior complexidade, com recurso ao juízo crítico, procurando o autodesenvolvimento pessoal e profissional, comunicar aspetos complexos através de um discurso fundamentado, assertivo e profissional, seja a outros profissionais ou ao público em geral, validando várias perspetivas, refletir sobre e na prática, valorizando a tomada de decisão na interpretação e resolução de problemas de forma criativa, sejam eles previsíveis ou não, privilegiando, a todo o momento, a prática baseada na evidência.

É importante referir que ao longo de todo o percurso foram ultrapassadas algumas dificuldades, sendo que a principal residiu na gestão horária que era necessária realizar entre os turnos no hospital, agravados nesta situação pandémica, os turnos de estágios e o tempo dedicado ao estudo e investigação científica de forma singular. Ainda, a vivência de uma situação de sobrecarga física e emocional a nível hospitalar, em todo o país, influenciou a construção deste relatório, pela diminuição da disponibilidade e capacidade de concentração. Todavia, a sua consecução foi possível pelo esforço e dedicação empregues em todo o processo, apesar do cansaço sentido, como forma de reconhecimento da importância que este marco representa na minha vida profissional e no desenho do meu perfil enquanto enfermeira.

Em jeito de conclusão, resta-me afirmar que este relatório cumpriu a sua função: constitui um documento explicativo de todo o percurso académico e formativo, com a representação das competências adquiridas, respondendo de forma favorável ao objetivo máximo delineado. Considero que toda esta caminhada conduziu ao meu crescimento enquanto pessoa, profissional e, sobretudo, enfermeira traduzindo-se em ganhos em saúde para os doentes na busca pela prestação de cuidados especializados e diferenciados de excelência, com perícia e mestria.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., (2017), Satisfação das Necessidades de Cuidado em Fim de Vida: Perceção do doente e do enfermeiro. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Assembleia da República, (2006). Lei n.º 27/2006 publicado em Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03.
- Assembleia da República, (2009). Lei n.º 111/2009 publicado em Diário da República n.º180/09, Série I de 2009-09-16.
- Barreto, M., (2017). Cuidar da pessoa em Situação Crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem. Funchal - Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Benner, P., (2005). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2.ª edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Coelho, M., (2015). Comunicação terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Conishi, R., e Gaidzinski, R., (2007). *Nursing Activities Score (NAS)* como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Revista Escola de Enfermagem USP: 41 (3): 346-54.
- Cruz, J., (2018). Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Invasiva Cuidados De Enfermagem. Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico de Bragança.
- Deodato, S., (2010). Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.
- Direção Geral da Saúde, (2015). Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa.

Direção Geral da Saúde, (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. Lisboa.

Direção Geral da Saúde, (2018). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD.

Grilo, E., (2014). O Cuidar de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.

Heyland, D., Dhaliwal, R., Drover, J., Gramlich, L., e Dodek, P., (2003). *Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients*. J Parenter Enteral Nutrition: 27(5):355-73.

Horta, W., (1968). Conceito de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2 (2), setembro de 1968.

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2012). Abordagem à vítima. Versão 2.0, 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-12-5.

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2018). Dia Europeu do 112: o número que salva vidas!

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2019a). Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 1.0 - Lisboa: INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2019b). Ligue 112 só em caso de emergência.

Institute of Medicine, (2004). *Keeping patients safe – Transforming the work environments of nurses*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jesus, É., (2004). Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Universidade do Porto. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Lambell, J., et al., (2020). *Nutrition therapy in critical illness: a review of the literature for clinicians*. Critical Care 24, 35.

Lúcio, M., Gusmão, C., e Torres, M., (2013). Riscos Ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. Aracaju: Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente. V.1, nº3. ISSN2316-3313.

Macedo, A., (2007). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia.

Martins, M., e Dias, M., (2010). Representação Socioprofissional dos Enfermeiros – Perceção dos Utentes. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde.

Matos, A., & Sobral, A. (2010). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 17(1).

Meaney, P., Bobrow, B., Mancini, M., et al., (2013). *CPR Quality: Improving Cardiac Resuscitation. Outcomes Both Inside and Outside the Hospital*. American Heart Association, Inc. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31829d8654.

Meleis, A., (2005). *Theoretical Nursing : Development & Progress (3rd. Edition)*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, (2006). Decreto-lei 74/2006 publicado em Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24.

Ministério da Saúde, (2007). Decreto-Lei n.º 220/2007 publicado em Diário da República n.º 103, 1.ª Série de 29 de Maio de 2007.

Ministério da Saúde, (2011). Despacho n.º 4898/2011- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, 2.ª série - N.º 211. 3 de Novembro de 2011.

Ministério da Saúde, (2013). Avaliação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Lisboa.

Ministério da Saúde, (2019). Despacho n.º 4163/2019 publicado em Diário da República n.º 75/2019, Série II de 2019-04-16.

Namigar, T., Serap., K, Esra, A., et al, (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Revista Brasileira de Anestesiologia: 67(4):347-354.

Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K., e Silva, G., (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem. 12(1), 120-132.

Oliveira, A. e Martins, J., (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. Revista de Enfermagem Referência, série III, (9), 115-124.

Oliveira, A., Urbanetto, J., e Caregnato, R., (2020). *National Early Warning Score 2*: adaptação transcultural para o português do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem: 41:e20190424.

Oliveira, D., *et al.*, (2008). Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629, nº 28.

Ordem dos Enfermeiros, (2007). Enfermagem no Pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar.

Ordem dos Enfermeiros, (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. ISBN: 978-972-99646-9-5.

Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria.

Ordem dos Enfermeiros, (2018a). O papel dos enfermeiros. Direção Regional do Norte.

Ordem dos Enfermeiros, (2018b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série – nº 135, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros, (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série – nº26, Lisboa.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações.

Organização Mundial da Saúde, (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Peixoto, N., e Peixoto, T., (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem de Referência – Série IV – nº11. ISSN 0874.0283.

Pires, P., Marques, C., e Masip, J., (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Publicação Trimestral, Vol. 25, Nº 2, Abril: 2018.

Queijo, A., e Padilha, K., (2009). *Nursing Activities Score* (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Revista Escola de Enfermagem USP: 43(Esp):1018-25.

Queiroz, L., Arantes, L., Fonseca, N., et al. (2011). Uso correto do monitor de consciência. Revista Médica de Minas Gerais: Volume 21 (2 suplemento 3). ISSN:2238-3182.

Rabim, F., (2017). Perspetiva especializada em enfermagem na abordagem ao doente crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiorrespiratórios. Funchal - Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

Rego, C., (2015). Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade. Porto – Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ribeiro, R., (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

Rodrigues, W., Martins, F., Carvalho, F., et al., (2019). A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. Revista Saúde em Foco – Edição n.º 11.

Timby, K., (2009). *Fundamental nursing skills and concepts (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Santo, M., Takemoto, D., Nascimento, R., et al, (2017). Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular?. *Jornal Vascular Brasileiro*: Apr.-Jun.; 16(2):104-112.

Servellen, G., (2009). *Communication Skills for the Health Care Professional Concepts, Practice, and Evidence*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers. ISBN: 978-0- 7637-5557-7.

Sousa, A., e Veludo, F., (2012). O sono nos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Viana, J., Balinha, J., e Afonso, C., (2017). Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. Associação Portuguesa de Nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*: 10 (2017) 38-42

Vieira, M., (2010). Sigilo profissional em Enfermagem: perspetiva ética. *Revista nº 34 da Ordem dos Enfermeiros*.

Watson, J., (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-33-9.

Wold, G., (2013). *Enfermagem Gerontológica (5ª ed.)*. São Paulo: Elsevier Editora.

7. ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “MONITORIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO”

Certifica-se que, **Ana Raquel Marques Ferreira**, nascido(a) em **27/2/1994**, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14586372**, frequentou a seguinte ação de formação:

Monitorização do Doente Crítico

que decorreu a 14 de Outubro de 2020,
com a duração total de 8 horas

Braga, 14 de Outubro de 2020

HOSPITAL DE BRAGA, EPE
FORMAÇÃO

Paula Costa
(Técnica Superior)
Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Certificado nº 7123 / 2020 de acordo com o modelo publicado na portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Módulos (quando aplicável) Conteúdos Programáticos Curso	T	Tempo estimado (minutos)
	T/P	
	P	
1. Introdução	T	15
2. Monitorização não Invasiva e Invasiva Monitorização não invasiva Electrocardiografia Pressão arterial Temperatura axilar, auricular e esofágica Frequência respiratória Oximetria Capnometria Escala de Ramsay Índice bispectral sedação PSI - <i>Patient State Index</i> Bloqueio neuromuscular Oximetria cerebral Monitorização invasiva Pressão arterial Pressão intra-abdominal Pressão venosa central Pressão intracraniana Balão intra-aórtico PICCO	T	330
3. Casos Clínicos	P	120
4. Conclusão	T	15

Legenda: T – teórica; T/P – teórico-prática; P – prática

ANEXO II
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “SBV-DAE”



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Ana Raquel Marques Ferreira, nascido(a) a 27-02-1994, em Guimarães, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 14586372, concluiu com aproveitamento, em 03-11-2020, o Curso de Formação Profissional.

SBV DAE Suporte Básico de Vida - Desfibrilhação Automática Externa

que decorreu de 03-11-2020 a 03-11-2020, com a duração total de 7,00 horas, tendo obtido a classificação final de 20.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Norte, 02-12-2020



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Mázia Cardoso Pinto)

Cofinanciado por:



Certificado N.º 21/4 / 100-1.2-0317/25390/113908/2020

Válido até Novembro de 2025

Mod. INEM.061/2

SUORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (7 horas)

Modalidade da Formação:

Formação inicial

Área de Formação:

Emergência Médica

Plano Curricular:

- Suporte Básico de Vida Adulto
- Sessão Prática I - Suporte Básico de Vida, Posição Lateral de Segurança e Desobstrução da Via Aérea
- Desfibrilhação Automática Externa
- Workshop: Comandos do DAE e Colocação de Eléttodos
- Sessão Prática II: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso imediato)
- Sessão Prática III: Casos clínicos SBV DAE (Choque não recomendado)
- Sessão Prática IV: Casos clínicos SBV DAE (Insucesso)
- Sessão Prática V: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso tardio)
- Situações Especiais com o DAE

Competência Adquirida:

Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa

8. APÊNDICES

APÊNDICE I

TRABALHO REALIZADO “VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA: ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

ANA RAQUEL FERREIRA, N.º396419018

ORIENTAÇÃO E TUTORIA:
PROFESSORA DR.ª ANA SABRINA SOUSA

NOTA INTRODUTÓRIA

A abordagem da via aérea e da ventilação em doentes com dispneia é um dos focos de atenção de todos os sistemas de emergência médica, em qualquer parte do mundo.

Vários registos revelam casos que não responderam eficazmente à oxigenoterapia e tratamento farmacológico *standard*, levando ao agravamento clínico e necessidade de suporte ventilatório.

(Pinto, 2016)

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

A falência respiratória aguda com sinais e sintomas de dispneia moderada a severa é uma condição comumente encontrada pelos profissionais de emergência pré-hospitalar atendendo à prevalência crescente dos quadros de dispneia por EAP e por DPOC agudizada.

A ventilação não invasiva surge como uma opção terapêutica viável, segura e eficaz na assistência pré-hospitalar.

(Pinto, 2016)

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Consiste numa terapia de suporte vital em doentes suscetíveis à Insuficiência Respiratória Aguda ou Insuficiência Respiratória Crónica Agudizada.

Visa facultar suporte ventilatório a fim de suprimir as necessidades metabólicas e hemodinâmicas do organismo.

(Carvalho, 2007)

VENTILAÇÃO MECÂNICA

É dividida em dois grandes grupos:

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA – Suporte ventilatório que fornece oxigénio através de uma prótese artificial introduzida na via aérea (tubo orotraqueal, tubo nasotraqueal ou cânula de traqueostomia);

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA – Suporte ventilatório sem recursos a métodos invasivos. É realizado pelo uso de uma máscara (facial ou nasal) como interface entre o doente e o ventilador.

(Carvalho, 2007)

VNI: OBJETIVOS

- Diminuir o trabalho respiratório;
- Melhorar/estabilizar trocas gasosas (hipoxemia/hipercapnia);
- Melhorar ventilação alveolar;
- Melhorar os volumes pulmonares;
- Diminuir a dispneia, promovendo conforto ao doente;
- Eliminar a necessidade de entubação endotraqueal.

(Carvalho, 2007)

VNI: INDICAÇÕES

- IRA crónica e agudizada, visando evitar a ET;
- Situações de falência respiratória pós-extubação e desmame ventilatório;
- Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica;
- Asma, fibrose quística e bronquiectasias;
- Edema agudo do pulmão cardiogénico;
- Síndrome de hipoventilação associado à obesidade ou a doenças restritivas;
- Como nível máximo de suporte em doentes com contra-indicação para ET;
- Alívio da dispneia em doentes crónicos em fase terminal da doença.

(Carvalho, 2007)

VNI: VANTAGENS

- Fácil instituição e manuseamento;
- Preserva os mecanismos de defesa das vias aéreas;
- Possibilita a tosse eficaz;
- Permite alimentação por via oral;
- Reduz o tempo de internamento, os custos e a sua mortalidade associados;
- Diminui a incidência de infeções nosocomiais;
- Abrevia o período de ventilação mecânica;
- Proporciona conforto, reduzindo a necessidade de entubação.

(Ferreira e Santos, 2008)

VNI: CONTRAINDICAÇÕES

- Paragem cardiorrespiratória;
- Obstrução mecânica da via aérea superior;
- Depressão do nível de consciência, coma, agitação ou falta de cooperação;
- Instabilidade hemodinâmica grave (necessidade de amins vasopressoras);
- Trauma facial extenso ou obstrução da via aérea superior;
- Cirurgia gastrointestinal ou das vias aéreas superiores, recente;
- Hemorragia gastrointestinal, hemoptises ou epistáxis maciça;
- Incapacidade de mobilizar secreções.

(Ferreira e Santos, 2008)

VNI: POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- Distensão abdominal;
- Congestão nasal e secura das mucosas;
- Conjuntivite;
- Aspiração de conteúdo gástrico;
- Necrose da pele, eritema e/ou ulceração do dorso do nariz;
- Fugas de ar;
- Estase de secreções.

(Ferreira e Santos, 2008)

MODOS VENTILATÓRIOS

Existem 2 modos ventilatórios: **volumétricos** e **pressumétricos**. Como tal, podem ser regulados por volume ou por pressão ou a sua conjugação.

Os ventiladores regulados por pressão fornecem 2 níveis de pressão: positiva ou negativa. O fornecimento de pressão positiva é feita de duas formas:

- **BiPAP** - *Bilevel positive airway pressure*;
- **CPAP** - *Continuous positive airway pressure*.

Estes apresentam algumas vantagens, são portáteis, mais baratos, com menos fugas e maior tolerância do doente.

(Martins, Amaro, e Aragão, 2011)

MODOS VENTILATÓRIOS

BiPAP - *Bilevel positive airway pressure*

Fornecer uma ventilação por pressão positiva com dois níveis de pressão: **IPAP** (*inspiratory positive airways pressure*) que funciona como um nível de suporte inspiratório, e o **EPAP/PEEP** (*expiratory positive airways pressure*) que mantém um nível de pressão positiva no final da expiração.

CPAP - *Continuous positive airway pressure*

Aplica uma pressão contínua durante todo o ciclo respiratório (inspiração = expiração), não assistindo ativamente a inspiração. Os alvéolos estão abertos durante todo o ciclo.

(Martins, Amaro, e Aragão, 2011)

MODALIDADES VENTILATÓRIAS

- **T - Controlada:** não há colaboração do doente, o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios e todas as fases do ciclo;
- **S/T - Assistida/Controlada:** ciclagem pelo ventilador.
- **S - Assistida e/ou espontânea:** ciclagem pelo doente – o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios.

As modalidades S e S/T implicam que o doente apresente boa drive respiratória, ou seja, que apresente o estímulo neuromuscular inspiratório capaz de produzir movimentos respiratórios.

(Martins, Amaro, e Aragão, 2011)

REALIDADE PRÉ-HOSPITALAR

Os meios de Assistência Pré-Hospitalar, nomeadamente em contexto SIV, não dispõem de ventiladores que permitam a execução de uma ventilação não invasiva.

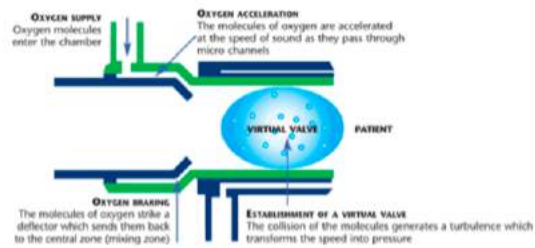
Possuem, apenas, de uma metodologia CPAP através da **máscara de Boussignac.**

Simple e fácil de usar, com excelente portabilidade e que apenas necessita de fonte de oxigénio com debitómetro.



CPAP - BOUSSIGNAC

Boussignac CPAP works the same way as the turbines of a jet engine.



Por causar pressão positiva contínua na via aérea, a máscara Boussignac permite:

- Reduzir o edema alveolar;
- Executar recrutamento alveolar, melhorando a oxigenação;
- Reduzir a pré-carga e a pós-carga cardíaca;
- Melhorar as trocas gasosas;
- Reduzir a fadiga respiratória.

(Pinto, 2016)

CPAP - BOUSSIGNAC

TERAPIA DE PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS (CPAP) – PROTOCOLO AMBULÂNCIA SIV

A utilização de um válvula PEEP regulável entre 5, 7.5, 10 e 12.5 cm H₂O, com um débito constante de oxigénio a 12L/m, permite manter uma pressão contínua na via aérea e de acordo com as necessidades do doente.

Ligar o sistema a debitómetros de O₂ a 12 L/min e seleccionar PEEP inicial de 5 cm H₂O.

De acordo com resposta clínica do doente (GCS, FR, SpO₂, FC, TA), se necessário, aumentar PEEP até 12,5cm H₂O.

Em cada nível de pressão, estima-se que a FiO₂ fornecida ao doente ronde os 40%.

CPAP - BOUSSIGNAC



CPAP - BOUSSIGNAC



CPAP - BOUSSIGNAC

A segurança de profissionais e doentes é um conceito primordial na área da saúde. Em contexto de pandemia mundial, foram necessários alguns ajustes e reformulações que permitissem manter o nível de cuidados da forma mais segura possível.

No que respeita à VNI, a máscara de Boussignac mostrou ser um meio pouco seguro em doentes com dispneia de diversas etiologias, com elevada dispersão e propagação de partículas.

CONTEXTO PANDÉMICO COVID-19

A fim de ultrapassar essa condição, os meios INEM tentaram arranjar soluções que não condicionem o tratamento efetivo dos doentes.



EM ALTERNATIVA...

A nível hospitalar, tem sido utilizada a oxigenoterapia de alto fluxo como alternativa a meios ventilatórios invasivos.

É uma metodologia não invasiva, simples, de fácil manuseamento e que se tem demonstrado como uma mais valia no tratamento de diversas causas de IRA, com efeitos benéficos no doente e que preenche as lacunas existentes entre a oxigenoterapia convencional e a ventilação mecânica invasiva.



OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

Utilização de um gerador de fluxo integrado que fornece um elevado fluxo de gases respiratórios humidificados e aquecidos.

Permite fornecer um fluxo máximo de 60L/m, associado a uma FiO_2 até 100%, sendo esta a principal vantagem em relação à oxigenoterapia convencional. São necessários quatro componentes:

- Fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar;
- Humidificador;
- Circuito inspiratório aquecido;
- Interface facial adequada.

(Pires, Marques, e Masip, 2018)



INDICAÇÕES CLÍNICAS

1. Insuficiência Respiratória Hipoxémica
2. Insuficiência Respiratória Hiperzápnica
3. Desmame Ventilatório
4. Apoio na Realização de Técnicas Invasivas
5. Patologia Respiratória Crónica

(Pires, Marques, e Masip, 2018)



EFEITOS FISIOLÓGICOS

De uma forma geral, a oxigenoterapia de alto fluxo permite:

1. Melhorar a ventilação e as trocas gasosas,
2. Reduzir a frequência respiratória;
3. Aumentar o volume corrente;
4. Reduzir a re-inalação do ar expirado;
5. Reduzir o nível de dióxido de carbono residual;
6. Aumentar o volume expiratório final nos pulmões;
7. Melhorar a oxigenação;
8. Melhorar a humidificação e excreção de secreções.

(Fisher & Paykel Healthcare, 2019)



EFEITOS CLÍNICOS

1. Diminuição da frequência cardíaca após 10 minutos;
2. Diminuição da frequência respiratória entre os primeiros 5 a 15 minutos;
3. Melhoria da dispneia entre 10 a 30 minutos;
4. Aumento da oxigenação após 10-15 minutos;
5. Diminuição da tiragem supraclavicular, se existente, em 30 minutos;
6. Melhoria da assincronia toraco-abdominal, se existente, em 30 minutos.

(Fisher & Paykel Healthcare, 2019)

VANTAGENS E DESVANTAGENS

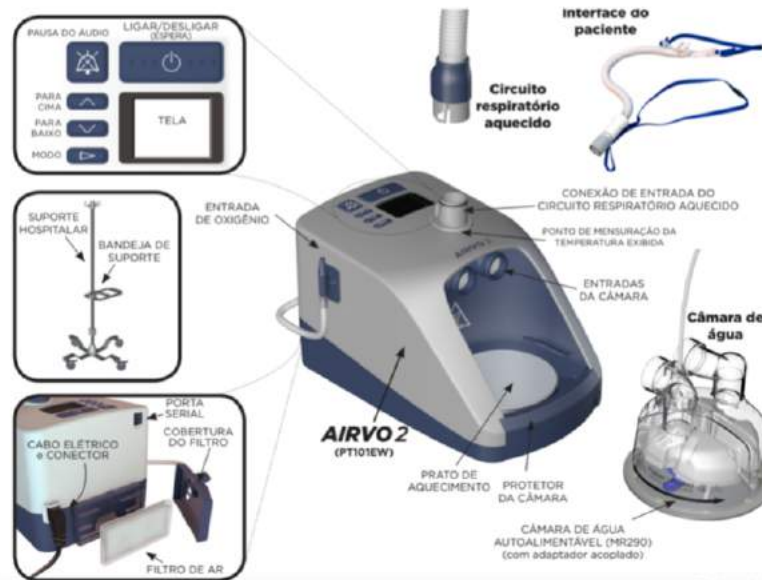
1. Melhor controlo sob FiO_2 fornecida;
2. Efeito PEEP;
3. *Washout* de Dióxido de Carbono e Diminuição do Espaço Morto Anatómico;
4. Humidificação e Aquecimento do Ar Inalado;
5. Conforto.

(Pires, Marques, e Masip, 2018)

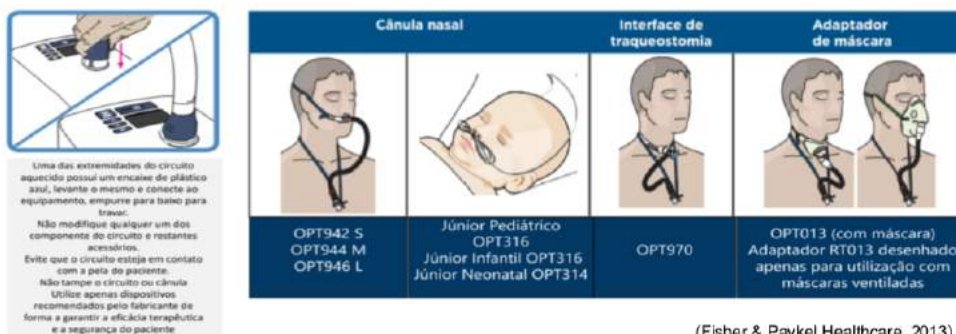
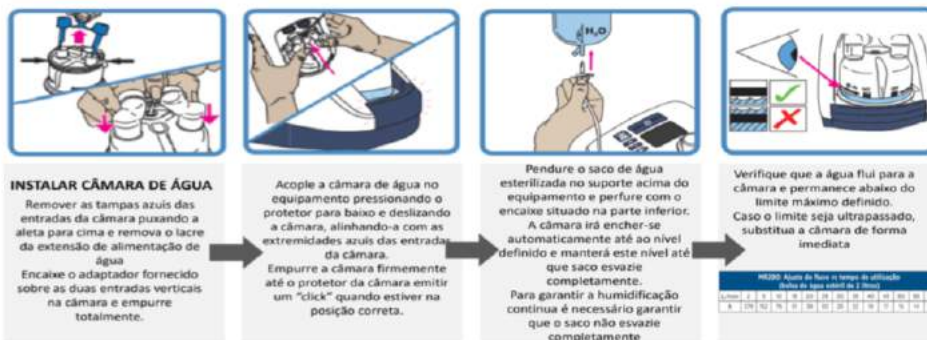
ATENÇÃO

Técnica com elevado conforto e tolerabilidade

EQUIPAMENTO A SER USADO



(Fisher & Paykel Healthcare, 2013)



(Fisher & Paykel Healthcare, 2013)

AJUSTE DE PARÂMETROS

Temperatura

Há 3 temperaturas *standard* disponíveis: 37°C, 34°C (se não se conseguir uma adaptação à temperatura de 37°C) e 31°C apenas usado em máscaras faciais pelo risco de queimadura.

Fluxo

O fluxo pode ser programável de acordo com os objetivos definidos para cada doente, de acordo com o seu estado clínico. Este fluxo pode variar entre 10L/m a 60L/m.

FiO₂

O equipamento usado para administração de oxigenoterapia de alto fluxo possui um analisador de oxigénio capaz de determinar a FiO₂ exata que está a ser administrada ao doente, que pode ser até 100%.

(Fisher & Paykel Healthcare, 2013)

EM SUMA...

- Método eficaz, fácil e simples de usar;
- Excelente efeito terapêutico nos doentes;
- Baixa taxa de propagação de partículas;
- Sistema não gerador de aerossóis;
- Possibilidade de colocar de máscara cirúrgica ao doente;
- Adequado à situação pandémica atual.

FERRAMENTA ÚTIL NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, C. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.
- Ferreira, H., e Santos, F., (2008). Aspectos Gerais da Ventilação Não Invasiva. Revista Científica do HCE.
- Fisher & Paykel Healthcare., (2019). Optiflow – Alto Fluxo Nasal. PM-610936
- Fisher & Paykel Healthcare., (2013). AIRVO 2 Manual User. REF 185045494 REV F 2013-Aug.
- Martins, A., Amaro, P., e Aragão, I., (2011). Orientações genéricas para programar a ventilação não invasiva. Manual do Curso de Evidência na Emergência. 4ª Edição. ISBN: 978-989-96821-0-8.
- Pinto, P., (2016). Ventilação Não-Invasiva: Opção terapêutica nos cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar. Revista Nursing Magazine Digital.
- Pires, P., Marques, C., e Masip, J., (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Publicação Trimestral, Vol. 25, No 2, Abril – 2018.

APÊNDICE II

TRABALHO REALIZADO “OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

Porto, Outubro de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

ESTUDANTE: ANA RAQUEL MARQUES FERREIRA, 396419018

SOB ORIENTAÇÃO DE: PROF.ª DOUTORA ANA SABRINA SOUSA

Porto, Outubro de 2020

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

FiO₂ – Fração inspiratória de oxigénio

L/m – Litros por minuto

PEEP – Pressão expiratória final positiva

VNI – Ventilação não invasiva

VMI – Ventilação mecânica invasiva

°C – Graus Centígrados

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	113
2. A EVOLUÇÃO DA OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL	114
3. EFEITOS FISIOLÓGICOS E CLÍNICOS	116
4. INDICAÇÕES CLÍNICAS.....	117
5. VANTAGENS E DESVANTAGENS.....	119
6. FATORES PREDITORES DE FALÊNCIA TÉCNICA / EFEITOS OBTIDOS	122
7. QUE EQUIPAMENTO USAR?	123
7.1. INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTO	123
7.2. AJUSTE DE TEMPERATURA	124
7.3. AJUSTE DE FLUXO	125
7.4. AJUSTE DE FiO ₂	125
7.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM	126
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
9. BIBLIOGRAFIA	128

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Vantagens e desvantagens das várias modalidades ventilatórias	121
--------------------------------------------------------------------------------	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Imagem 1 - Equipamento AIRVO e respetivos consumíveis	123
Imagem 2 – Etapas da instalação do equipamento	124
Imagem 3 – Ajuste de temperatura	124
Imagem 4 – Ajuste de fluxo	125
Imagem 5 – Ajuste de FiO_2	126

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Na atualidade, é necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, acompanhem o desenvolvimento e crescimento dos cuidados, cada vez mais exigentes ao nível científico e técnico. Baseada na premissa que toda a prática clínica deve ser fundamentada na evidência científica mais recente, a minha postura profissional sempre foi pautada pela busca de conhecimentos e competências, fomentando o incremento de processos formativos e de investigação.

Este trabalho surgiu, assim, na realização de um estágio clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, incluído no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no presente ano letivo. Atendendo que o contacto com o desconhecido deve ser motor de crescimento, este estágio permitiu que pudesse adquirir novos conhecimentos e competências no cuidado ao doente crítico.

Ressalvo a implementação dos sistemas de oxigenoterapia de alto fluxo na unidade durante o meu período de estágio, que possibilitou a reflexão e pesquisa sobre o seu uso. Este documento espelha, então, o surgimento da oxigenoterapia de alto fluxo na comunidade médica científica, quais as indicações para a sua utilização, as vantagens e desvantagens bem como os efeitos fisiológicos e resultados clínicos que se obtém. Por ser um trabalho que será facultado ao serviço para consulta pelos demais profissionais de saúde, inclui ainda uma breve explicação sobre o manuseamento do equipamento e que cuidados de enfermagem devem ser tomados em conta.

2. A EVOLUÇÃO DA OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL

Ao longo dos anos a evolução tecnológica tem assumido elevada importância em todas as áreas, sendo também um pilar na área da saúde. Desde muito cedo, nos primórdios do século XVIII, que Beddoes e Watt¹ comprovaram que a oxigenoterapia funcionava como suporte terapêutico na insuficiência respiratória aguda², sendo ainda usada como tratamento de primeira linha. Com a revolução científica e desenvolvimento tecnológico, o surgimento da ventilação mecânica invasiva foi um marco importante no tratamento aos doentes com insuficiência respiratória grave, embora associada a algumas complicações como barotrauma ou volutrauma, necessidade de sedo analgesia e possibilidade de intercorrências infecciosas².

Da mesma forma, também a oxigenoterapia convencional, apesar de confortável, eficaz, cómoda e segura, apresenta algumas desvantagens. A principal prende-se com a limitação de fornecimento de oxigénio até 15L/m, sendo por vezes insuficiente. Igualmente, não existe um controlo exato da FiO_2 administrada, uma vez que o oxigénio fornecido sofre diluição com o ar ambiente.

Mantendo estas preocupações em mente, surge a necessidade de encontrar uma técnica não invasiva, tolerável pelo doente, e que preencha as lacunas existentes entre a oxigenoterapia convencional e a ventilação mecânica invasiva², surgindo assim a oxigenoterapia de alto fluxo.

Inicialmente, esta técnica foi desenvolvida para doentes neonatais e tem ganho relevância em adultos, devido à sua eficácia e resultados positivos³. Consiste na utilização de um gerador de fluxo integrado, para doentes em ventilação espontânea, através do fornecimento de um elevado fluxo de gases respiratórios humidificados e aquecidos. Assim, este circuito permite fornecer um fluxo máximo de 60L/m, associado a uma FiO_2 até 100%, sendo esta a principal vantagem em relação à oxigenoterapia convencional. São necessários quatro componentes:

- Fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar (permite definir a FiO_2 e o fluxo fornecido);
- Humidificador (preenchido pelo circuito com água bidestilada);
- Circuito inspiratório aquecido (entre 31°C a 37°C, dependendo da interface);

- Interface facial adequada (sendo mais utilizadas as cânulas nasais específicas, com um diâmetro maior que as cânulas nasais convencionais)².

Após a escolha da interface adequada, trata-se de um processo adaptativo do doente em falência respiratória aguda. Na sua utilização, deve-se iniciar com fluxos mais baixos e evoluir de forma crescente até ao objetivo e/ou máximo tolerado pelo doente. Paralelamente, dá-se a subida de FiO_2 até ao valor que se pretende atingir. A monitorização clínica do doente deve ser apertada de forma a titular o fluxo e a FiO_2 administradas de acordo com a resposta clínica do doente. Por outro lado, o desmame deste modo ventilatório deve funcionar no sentido inverso. Após a estabilização clínica e quando as indicações que deram origem a esta técnica já não existirem, deve começar-se pela diminuição da FiO_2 e, só depois, do fluxo administrado, conforme tolerância do doente².

3. EFEITOS FISIOLÓGICOS E CLÍNICOS

Em termos fisiológicos, são vários os efeitos atribuídos à oxigenoterapia de alto fluxo. Esta melhora as percentagens de oxigénio inspirado, lava e reduz o espaço morto atribuível à lavagem de volume, melhora a depuração de dióxido de carbono, melhorando a ventilação alveolar. Igualmente, facilita a remoção de secreções, pelo aumento da humidificação do ar inspirado, evita a secura das vias aéreas superiores e conseqüente lesão epitelial. Gera, ainda, uma pressão positiva no final da expiração, proporcionando maior conforto do que quando fornecido oxigénio frio e seco. Associa-se a este conforto, a elevada tolerabilidade dos doentes à oxigenoterapia de alto fluxo com simples interfaces como uma cânula nasal, pois possibilita-os falar, comer e beber sem restrições⁴.

De uma forma geral, a oxigenoterapia de alto fluxo permite:

- Melhorar a ventilação e as trocas gasosas,
- Reduzir a frequência respiratória;
- Aumentar o volume corrente;
- Reduz a reinalação do ar expirado;
- Reduzir o nível de dióxido de carbono residual;
- Aumentar o volume expiratório final nos pulmões;
- Melhorar a oxigenação;
- Melhorar a humidificação e excreção de secreções⁵.

De igual modo, objetivam-se alguns resultados clínicos:

- Melhora o alívio sintomático;
- Aumenta o conforto do doente e conseqüente adesão ao tratamento;
- Reduz a taxa de mortalidade;
- Reduz a escalada terapêutica, quando se utiliza oxigenoterapia de alto fluxo como suporte respiratório de primeira linha e em casos de extubação⁵.

4. INDICAÇÕES CLÍNICAS

Ao longo do tempo, muitos foram os estudos que se debruçaram sobre a aplicabilidade da oxigenoterapia de alto fluxo, eficácia e efeito terapêutico de acordo com a condição clínica de cada doente. Assim, foram evidenciadas algumas indicações clínicas ao seu uso:

1. Insuficiência Respiratória Hipoxêmica

Vários estudos afirmaram a vantagem do uso de oxigenoterapia de alto fluxo em doentes com insuficiência respiratória hipoxêmica de várias etiologias, quando comparada à oxigenoterapia convencional, uma vez que tem impacto na melhoria da oxigenação, diminuição da frequência respiratória e aumento da tolerabilidade a adesão ao método.

De igual forma, há uma melhoria da oxigenação, em termos gasimétricos, na primeira hora de uso e que se mantém consistente com o passar do tempo. Quando comparada com a VNI, demonstra igualmente melhorias significativas na oxigenação, provocando menos desconforto ao doente e com menos efeitos secundários associados. No entanto, os estudos não mostram grande vantagem no uso em casos de insuficiência cardíaca hipoxemiante, continuando a ser a VNI a terapia de primeira linha no edema agudo do pulmão e, ainda, em casos de DPOC crônica agudizada. Ainda assim, mesmo neste casos, se foram necessários períodos mais alargados de VNI, após a estabilização inicial, a oxigenoterapia de alto fluxo pode surgir como uma alternativa eficaz e segura.

Igualmente, em grupos com riscos acrescidos ao uso de ventilação mecânica invasiva como os doentes oncológicos ou imunodeprimidos, esta modalidade ventilatória não invasiva apresenta particular interesse².

2. Insuficiência Respiratória Hiperclápnica

Como supracitado, em situações de insuficiência respiratória aguda hiperclápnica, como é o caso da exacerbação da DPOC, a ventilação não invasiva convencional continua a ser a abordagem preferencial. Neste contexto, o uso da oxigenoterapia de alto fluxo é feito de forma muito cautelosa, pelo risco associado à elevada administração de oxigénio ao doente. No entanto, esta técnica diminui o espaço morto anatómico, melhora a ventilação alveolar, diminui o trabalho respiratório favorecendo o washout de dióxido de carbono das vias aéreas superiores, podendo, por isso, ser uma ferramenta segura em casos de DPOC estáveis e sem exacerbações ou em doentes que não tolerem a VNI².

3. Desmame Ventilatório

Por todos os mecanismos fisiológicos que apresenta, vários estudos demonstram que a oxigenoterapia de alto fluxo pode ser uma aliada ao desmame ventilatório. Estes evidenciam melhoria da oxigenação, das escalas de dispneia e da diminuição da necessidade de escalar suporte ventilatório e prevenção da re-intubação até às 72 horas, comparativamente ao uso de oxigenoterapia convencional².

4. Apoio na Realização de Técnicas Invasivas

Com alguns estudos, surge a evidência do benefício da utilização de oxigenoterapia de alto fluxo em técnicas invasivas, sendo exemplo disso a intubação orotraqueal. Num doente crítico, esta é frequentemente associada a várias complicações. Atualmente, mesmo com o período de pré oxigenação recomendado, ocorre sempre um período de apneia durante a intubação, por vezes em doentes com insuficiência respiratória aguda e défices de oxigenação já instalados. Assim, conta-se que o uso de cânulas nasais adaptadas a oxigenoterapia de alto fluxo, permitiria fornecer oxigénio durante todo o processo sem interferir na laringoscopia².

Pelo mesmo mecanismo e benefícios, existe a possibilidade de utilização de oxigenoterapia de alto fluxo em doentes submetidos à realização de broncofibroscopias, existindo superioridade de oxigenação quando comparadas aos métodos convencionais².

5. Patologia Respiratória Crónica

Devido aos bons resultados obtidos em insuficiência respiratória aguda, vários estudos têm sido realizados para adaptar a oxigenoterapia de alto fluxo a patologias respiratórias crónicas. Assim, foram revelados efeitos positivos na diminuição da exacerbação da DPOC, pneumopatias crónicas com hipoventilação noturna, diminuição do índice de apneia/hipopneia, melhoria do padrão de sono e da função pulmonar².

5. VANTAGENS E DESVANTAGENS

A oxigenoterapia de alto fluxo apresenta-se como uma técnica não invasiva, isenta de grandes complicações, de fácil aplicação, de alta tolerância e com uma pequena curva de aprendizagem para os profissionais de saúde envolvidos. Assim, são várias as vantagens que se apontam a esta técnica:

1. Melhor controlo sob FiO_2 fornecida

Na oxigenoterapia convencional, não é possível controlar de forma exata a fração de oxigénio inspirada pelo doente devido à diluição desde com o ar ambiente, acabando a fração alveolar de oxigénio ser inferior à FiO_2 , não traduzindo os efeitos desejados e estando dependente do padrão ventilatório de cada doente.

Por outro lado, na oxigenoterapia de alto fluxo, é possível controlar o fluxo e a FiO_2 fornecida com exatidão, devido à interface disponível, e com a premissa que a FiO_2 aumenta com o aumento de fluxo. Tal permite uma utilização mais fidedigna e quantificação dos efeitos clínicos obtidos².

2. Efeito PEEP

Ao fornecer elevados fluxos de oxigénio de forma contínua, a oxigenoterapia de alto fluxo é capaz de gerar uma pressão positiva na via aérea, aumentando proporcionalmente com o aumento de fluxo⁴. Este efeito PEEP representa um aumento no volume pulmonar expiratório de até 25%, melhorando a capacidade pulmonar funcional e o aumento do recrutamento alveolar². No entanto, estes valores são inferiores quando comparados à VNI².

3. Washout de Dióxido de Carbono e Diminuição do Espaço Morto Anatômico

É sabido que a oxigenoterapia de alto fluxo, por si só, não é capaz de constituir suporte ventilatório apesar dos efeitos descritos. Da mesma forma, dada a elevada concentração de oxigénio, a hipercapnia sempre foi um risco presente. No entanto, a maioria dos estudos tem vindo a revelar valores estáveis de pressão parcial de dióxido de carbono

associados à técnica, podendo mesmo apresentar-se diminuído. Nesta técnica, as cânulas nasais são a única interface que não aumentam, na sua utilização, o espaço morto².

4. Humidificação e Aquecimento do Ar Inalado

Na administração de oxigénio com fluxos superiores a 5L/m, de forma convencional, estão descritos diversos efeitos secundários com secura das mucosas, hemorragia nasal, cefaleia, desconforto torácico e tosse, podendo ser descritos como moderados em 50% dos casos². Esta sintomatologia poderá estar relacionada com o facto do oxigénio administrado ser frio e seco, produzindo efeitos deletérios na via aérea e tornando a capacidade fisiológica de humidificação e aquecimento do ar cada vez menos suficiente².

Na modalidade de oxigenoterapia de alto fluxo, todos os gases administrados são humidificados a 100% e aquecidos a temperaturas desejáveis e semelhantes à temperatura corporal, permitindo ultrapassar estes sintomas adversos².

5. Conforto

Um dos pontos fortes da oxigenoterapia de alto fluxo prende-se no conforto fornecido ao doente, associada à elevada taxa de tolerabilidade e reduzidos efeitos adversos. Pelas suas especificidades, esta técnica é capaz de diminuir a frequência respiratória sem causar hipercapnia ou compromisso da ventilação alveolar e melhoria da sincronia toraco-abdominal. Igualmente, é possível que o doente expele as suas secreções sem necessidade de interrupção da técnica, é facilitadora de ingestão hídrica e alimentar sem qualquer restrição, possibilita a deambulação em pequenos espaços e não condiciona a comunicação verbal², traduzindo vantagens em relação à aplicação da VNI.

Apesar das vantagens enunciadas, existem alguns pontos menos positivos que devem ser evidenciados. Crê-se que a principal desvantagem da utilização de oxigenoterapia de alto fluxo reside também na sua principal vantagem, isto é, o facto de ser uma técnica com elevado conforto e tolerabilidade por parte do doente pode mascarar o agravamento clínico e atrasar a escalada terapêutica e o uso de outras medidas².

Através do trabalho in loco realizado, foi construída uma tabela que esquematiza as vantagens e desvantagens das diferentes modalidades ventilatórias em relação ao seu uso na insuficiência respiratória aguda, exposta no documento elaborado por Pires, Marques e Masip².

Modalidades disponíveis	Indicações/Vantagens	Limitações/desvantagens
Oxigenoterapia convencional	Indicada na insuficiência respiratória hipoxémica leve a moderada. É de fácil utilização pelo doente. Existem vários interfaces disponíveis – cânulas nasais, máscaras de Venturi e máscaras com reservatório.	Incapaz de fornecer suporte ventilatório. Pouco eficaz na insuficiência respiratória aguda grave. Fluxo máximo fornecido limitado a 15L/m, com risco acrescido de hipercapnia. Incapacidade de precisar FiO ₂ .
Ventilação não-invasiva	Indicada em alguns estado clínicos como DPOC agudizada e edema agudo do pulmão. Fornecer suporte ventilatório não invasivo.	Indicações clínicas limitadas. Baixa tolerabilidade pelos doentes. Taxa de falência técnica significativa. Necessidade de profissionais experientes.
Ventilação mecânica invasiva	Indicada em casos de insuficiência respiratória aguda grave. Fornecer suporte ventilatório. Possibilidade de controlo de FiO ₂ fornecido.	Necessidade de sedo-analgésia e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Exige monitorização clínica apertada. Risco de barotrauma ou volutrauma. Associada frequentemente a complicações infecciosas.
Oxigenoterapia de alto fluxo	Indicada como alternativa segura e eficaz ao uso de ventilação não invasiva. Fornecer oxigenoterapia em alto fluxo sem causar hipercapnia. É um sistema simples, com reduzidos efeitos adversos. É de grande conforto e tolerabilidade pelo doente. Apresenta pequena curva de aprendizagem para os profissionais de saúde.	Não substitui necessidade de ventilação mecânica invasiva em alguns casos. Pela sua tolerabilidade, pode mascarar agravamento clínico do doente e atrasar o início de ventilação mecânica invasiva.

Tabela 1 – Vantagens e desvantagens da utilização de várias modalidades ventilatórias.

6. FATORES PREDITORES DE FALÊNCIA TÉCNICA / EFEITOS OBTIDOS

Como supracitado, a principal desvantagem do uso de oxigenoterapia de alto fluxo reside na possibilidade do conforto sentido pelo doente poder mascarar situações mais graves.

Assim, há alguns fatores que podem ser preditores de falência de técnica²:

- Frequência respiratória que não diminui;
- Pa/FiO₂ que não aumenta ao final de uma hora;
- Índices de gravidade mais elevados;
- Necessidade de uso de vasopressores;
- Incapacidade de melhorar parâmetros hemodinâmicos ao final de seis horas².

Por forma a testar a eficácia da oxigenoterapia de alto fluxo, é necessário conhecer que efeitos se podem obter a partir da sua aplicação e utilização. De entre os quais, podem-se salienta⁵:

- Diminuição da frequência cardíaca após 10 minutos;
- Diminuição da frequência respiratória entre os primeiros 5 a 15 minutos;
- Melhoria da dispneia entre 10 a 30 minutos;
- Aumento da oxigenação após 10-15 minutos;
- Diminuição da tiragem supraclavicular, se existente, em 30 minutos;
- Melhoria da assincronia toraco-abdominal, se existente, em 30 minutos⁵.

7. QUE EQUIPAMENTO USAR?

A nível hospitalar, na oxigenoterapia de alto fluxo tem vindo a ganhar espaço no tratamento a doentes com insuficiência respiratória aguda através de um humidificador com gerador de fluxo integrado, denominado pela marca de AIRVO 2. Este é usado em doente sob respiração espontânea, entubados ou traqueostomizados, aos quais são administrados gases respiratórios húmidos e quentes a alto fluxo, que pode variar entre 2 a 60 L/m. Este equipamento pode ser usado em doentes hospitalizados ou em tratamentos crónicos⁶.

Na imagem abaixo, podemos ver o equipamento com os diversos consumíveis necessários à sua montagem e utilização, tal como vem expresso no manual de utilizador⁶.

Imagem 1 – Equipamento AIRVO e respetivos consumíveis



7.1. INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTO

A instalação do equipamento é feita através de alguns passos simples mas que exigem cuidado no seu cumprimento a fim da sua correta utilização. Estes passos encontram-se expressos na imagem seguinte, associados às várias interfaces disponíveis – cânula nasal,

traqueostomia ou máscara facial, a ser escolhida de acordo com os objetivos e especificidades de cada doente⁶.

Imagem 2 – Etapas da instalação do equipamento

INSTALAR CÂMARA DE ÁGUA
Remover as tampas azuis das entradas da câmara puxando a aleta para cima e remove a lâcre da extensão de alimentação de água. Encaixe o adaptador fornecido sobre as duas entradas verticais na câmara e empurre totalmente.

Acople a câmara de água no equipamento pressionando o protetor para baixo e deslizando a câmara, alinhando-a com as extremidades azuis das entradas da câmara. Empurre a câmara firmemente até o protetor da câmara emitir um "click" quando estiver na posição correta.

Pendure o saco de água esterilizada no suporte acima do equipamento e perfure com o encaixe situado na parte inferior. A câmara irá encher-se automaticamente até ao nível definido e manterá este nível até que o saco esvazie completamente. Para garantir a humidificação continua é necessário garantir que o saco não esvazie completamente.

Verifique que a água flui para a câmara e permanece abaixo do limite máximo definido. Caso o limite seja ultrapassado, substitua a câmara de forma imediata.

NOTA: Ajuste de fluxo ou tempo de utilização (depois de aquecimento de 2 horas)

L	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Uma das extremidades do circuito aquecido possui um encaixe de plástico azul, levante o mesmo e conecte ao equipamento, empurre para baixo para travar. Não modifique qualquer um dos componentes do circuito e restantes acessórios. Evite que o circuito esteja em contato com a pele do paciente. Não tampe o circuito ou cânula. Utilize apenas dispositivos recomendados pelo fabricante de forma a garantir a eficácia terapêutica e a segurança do paciente.

Cânula nasal	Interface de traqueostomia	Adaptador de máscara
OPT942 S OPT944 M OPT946 L	Júnior Pediátrico OPT316 Júnior Infantil OPT316 Júnior Neonatal OPT314	OPT970
		OPT013 (com máscara) Adaptador RT013 desenhado apenas para utilização com máscaras ventiladas

7.2. AJUSTE DE TEMPERATURA

O ajuste de temperatura do ponto de condensação é realizado de forma simples e deve ser ajustada de acordo com a interface utilizada pelo doente. Há 3 temperaturas standard disponíveis: 37°C, 34°C (se não se conseguir uma adaptação à temperatura de 37°C) e 31°C apenas usado em máscaras faciais pelo risco de queimadura. Este ajuste é realizado pressionando as teclas “para cima” e “para baixo” durante 3 segundos. No display do equipamento aparecerá uma seta que exhibe o limite máximo e mínimo acessível e basta pressionar novamente

Imagem 3 – Ajuste de temperatura



a tecla “para cima” ou “para baixo” para selecionar novo ajuste. Ao terminar, deve pressionar-se a tecla “modo” para validar e bloquear o ajuste. Ressalva-se que este equipamento AIRVO restabelece o ajuste padrão de temperatura a 37°C após cada ciclo de desinfecção⁶.

7.3. AJUSTE DE FLUXO



Imagem 4-
Ajuste de fluxo

O fluxo pode ser programável de acordo com os objetivos definidos para cada doente, de acordo com o seu estado clínico. Este fluxo pode variar entre 10L/m a 60L/m e é realizado em incrementos de 1L/m se o fluxo fornecido ao doente se encontrar entre 10-25L/m e em incrementos de 5L/m se o fluxo se encontrar entre 25-60L/m. O seu ajuste dá-se seguindo os mesmos passos do ajuste de temperatura. No entanto, após desligar o equipamento, o fluxo utilizado fica memorizado⁶.

7.4. AJUSTE DE FiO₂



Imagem 5 -
Ajuste de FiO₂

O equipamento usado para administração de oxigenoterapia de alto fluxo, AIRVO, possui um analisador de oxigénio capaz de determinar a FiO₂ exata que está a ser administrada ao doente, uma vez que esta concentração de oxigénio pode ser afetada pelo fluxo programado, pela interface utilizada ou por alguma obstrução no circuito⁶. Para a administração de oxigénio, há alguns cuidados recomendados:

- O equipamento em uso deve ser colocado numa superfície plana, estável e ventilada;
- Evitar contacto com substâncias gordurosas pelo risco de combustão;
- Ligar o equipamento antes de conetar com a fonte de oxigénio;
- A administração de oxigénio apenas deve ser realizada pela conexão própria do equipamento e sempre com a instalação prévia do filtro de entrada;
- Não deve ser administrada mais que 60L/m de oxigénio⁶.

7.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Atentando à maximização do desempenho deste tipo de terapia, cabe aos profissionais de saúde que com ela operam, nomeadamente os enfermeiros, ter em atenção alguns cuidados essenciais:

- Troca de cânulas nasais a cada 7 dias (se uso ininterrupto no mesmo doente);
- Troca de tubuladuras a cada 14 dias (se uso ininterrupto no mesmo doente);
- Troca de filtro de ar a cada 3 meses (ou se a sua deterioração for visível);
- Adaptação da temperatura escolhida ao tipo de doente e interface, de forma a evitar queimaduras;
- Uso apenas de água bidestilada/esterilizada para preenchimento da câmara de água;
- Correta escolha e colocação da interface e adaptação do doente à mesma;
- Programação de alarmes adequados aos parâmetros definidos para cada doente;
- Verificação da adequada limpeza e desinfeção entre doentes (quando se liga o equipamento, este dá o alerta se estará limpo e operacional e se a desinfeção foi realizada).

Ressalvo a existência de uma aplicação disponível para *smartphones* e/ou *tablets* – AIRVO2 - que pode ser instalada e facilmente utilizada, sendo de simples consulta por cada utilizador, que fornece informações sucintas sobre o uso e manuseamento do equipamento. É uma ferramenta útil que pode funcionar como apoio aos profissionais de saúde no cuidado ao doente sob oxigenoterapia de alto fluxo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beddoes T, Watt J. (1795). Considerations on the Medicinal uses of Factitious Airs, and on the Manner of Obtaining them in Large Quantities. Bristol: Bulgin and Rosser: 1795.
2. Pires, P., Marques, C., e Masip, J., (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Publicação Trimestral, Vol. 25, Nº 2, Abril – 2018.
3. Rosinieski, D., Vent, D., (2018). Utilização da Cânula Nasal de Alto Fluxo: Revisão Bibliográfica. Revista Educação em Saúde 2018; 6 (2): 115-124.
4. Dres, M., Demoule, A., (2017). O que todo intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos . Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2017;29(4):399-403.
5. Fisher & Paykel Healthcare., (2019). Optiflow – Alto Fluxo Nasal. PM-610936
6. Fisher & Paykel Healthcare., (2013). AIRVO 2 Manual User. REF 185045494 REV F 2013-Aug.

9. BIBLIOGRAFIA

Chatila, W., Nugent, T., Vance, G., Gaughan, J., and Criner, G., (2004). The Effects of High-Flow vs Low-Flow Oxygen on Exercise in Advanced Obstructive Airways Disease. *Chest*; 126/4. October 2004.

Ischaki, E., Pantazopoulos, I., and Zakynthinos, S., (2017). Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *Eur Respir Rev* 2017; 26: 170028.

Fisher & Paykel Healthcare., (2016). Optiflow – não é inferior ao binivel. REF 610236 REV A, 2016.

Fisher & Paykel Healthcare., (2016). Foco: Alto fluxo nasal Optiflow™ pós-extubação REF 609608 REV A, 2016.

Lodeserto, J., Lettich, M., and Rezaie, R., (2018) High-flow Nasal Cannula: Mechanisms of Action and Adult and Pediatric Indications. *Cureus* 10(11): e3639.

Rali, A., Nunna, K., Howard, C., Herlihy, J., and Guntupalli, K., (2020). High-flow Nasal Cannula Oxygenation Revisited in COVID-19. *Cardiac Failure Review* 2020;6:e08.

APÊNDICE III

**ARTIGO CIENTÍFICO “ISOLAMENTO SOCIAL POR SARS-CoV2:
NECESSIDADES E ESTRATÉGIAS”**

ISOLAMENTO SOCIAL POR SARS-COV2: NECESSIDADES E ESTRATÉGIAS

SOCIAL ISOLATION BY SARS-COV2: NEEDS AND STRATEGIES

Ana Raquel Ferreira (a396419018) | Maria João Dias (a396419024)

RESUMO A pandemia por SARS-CoV2 constitui, mundialmente, um desafio a vários níveis. Um desses desafios prende-se com o isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de doentes infetados pelo vírus SARS-CoV2 como forma de controlar a propagação do vírus e, consequentemente, a pandemia.

No entanto, este isolamento altera o normal quotidiano do doente e sua família, carecendo de atenção por parte dos profissionais de saúde para identificar as necessidades desses doentes relacionadas com o período de isolamento e o distanciamento social.

Neste sentido, é também fundamental que, uma vez identificadas essas necessidades os enfermeiros sejam capazes de definir e implementar estratégias para mitigar as consequências nefastas associadas a esta transição saúde-doença e às transições que daí advém.

Deste modo, urge o presente artigo com o objetivo de identificar na literatura as principais necessidades sentidas pelos doentes internados infetados com SARS-CoV2 e, do mesmo modo, identificar as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para colmatar essas necessidades.

A metodologia adotada na realização do presente artigo tem por base uma revisão da literatura através da pesquisa na base de dados ResearchGate nos idiomas de português, inglês e espanhol. Verificou-se que, de uma forma global, estes doentes sentem desconexão com o mundo exterior, necessidade de comunicar, ansiedade relacionada com o incerto e saudades da família.

Assim, é essencial que os profissionais de saúde estejam despertos para estas necessidades e sentimentos de angústia e ansiedade demonstrados pelos doentes, usufruindo das novas tecnologias e meios de comunicação para encurtar o distanciamento com o mundo exterior e família.

Conclui-se que, apesar dos escassos estudos relacionados com a presente temática, as necessidades sentidas por estes doentes constituem um foco de atenção dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, sendo fundamental que para além da promoção do controlo de sintomas relacionados com a infeção por SARS-CoV2, estes profissionais se encontrem dispersos para a identificação e alívio do sofrimento humano.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem, isolamento, pandemia, profissionais de saúde, SARS-CoV2, necessidades dos doentes



ABSTRACT The SARS-CoV2 pandemic is a global challenge at various levels. One of these challenges is the isolation of suspected or confirmed cases of patients infected with the SARS-CoV2 virus as a way to control the spread of the virus and, consequently, the pandemic.

However, this isolation changes the normal daily life of the patient and his/her family, requiring attention from health professionals to identify the needs of these patients related to the period of isolation and social distancing.

In this sense, it is also essential that, once these needs are identified, nurses are able to define and implement strategies to mitigate the adverse consequences associated with this health-illness transition and the resulting transitions.

Therefore, this article aims to identify in the literature the main needs experienced by inpatients infected with SARS-CoV2 and, similarly, to identify the strategies adopted by health professionals to meet these needs.

The methodology used in this article is based on a literature review using the ResearchGate database in Portuguese, English and Spanish.

It was found that, globally, these patients feel disconnection with the outside world, need to communicate, anxiety related to the uncertain and miss their family.

Thus, it is essential that health professionals are awake to these needs and feelings of anguish and anxiety demonstrated by patients, taking advantage of new technologies and means of communication to shorten the distance with the outside world and family.

We conclude that, despite the scarcity of studies on this topic, the needs felt by these patients are a focus of attention of health professionals, especially nurses, and it is essential that, in addition to promoting the control of symptoms related to the SARS-CoV2 infection, these professionals should be dispersed to identify and alleviate human suffering.

KEYWORDS Health personnel, isolation, nursing, pandemic, patients, SARS-CoV2, nursing

INTRODUÇÃO

O ser humano, pelas suas características, mune-se de uma capacidade adaptativa que lhe permite enfrentar os desafios impostos pelo quotidiano. Não obstante, o surgimento de uma pandemia a nível mundial veio pôr à prova as organizações, instituições e cada pessoa, sendo-lhes exigida a recriação de uma nova realidade face às condições vivenciadas.

Desde há largos meses que a liberdade social está limitada, em prol da saúde pública, com o aparecimento do confinamento, quarentena e isolamento como medidas de mitigação de propagação do novo vírus SARS-CoV2. Se, por um lado, estas medidas se revelam de máxima importância no combate à pandemia, por outro, podem provocar desequilíbrios físicos e emocionais, a quem carece de contacto e ajuda social.

A limitação sentida nos recursos materiais, humanos, de espaços e meios coloca em causa alguns direitos de cariz individual, valorizando o bem-estar coletivo¹. Ao medo face ao desconhecido, rapidamente se aliou a escassez de equipamentos de proteção individual que exigiram uma resposta atempada e segura por parte das organizações hospitalares. As portas foram fechadas, as visitas restritas¹ e estar isolado passou a ser uma constante e um desafio, quer no domicílio, quer no hospital³. Ao longo do internamento, o único contacto que

cada doente tem com os seus familiares faz-se através de dispositivos móveis, quando possível a sua utilização³, gerando situações de stress e receio em ambas as partes². Da mesma forma, o contacto com os profissionais de saúde é reduzido pois a diminuição da interação profissional-doente ao estrito necessário diminui também a possibilidade e probabilidade de contágio¹. Igualmente, todos os equipamentos de proteção individual condicionam a proximidade, o toque e o apoio emocional.

Ao invés da pequena percentagem de doentes que necessitam de internamento, a grande maioria da população, aproximadamente 80%, apresenta sintomas leves sendo que o tratamento se faz em isolamento domiciliário². Estar na sua casa isolado, onde habitam os seus familiares, e ao mesmo tempo tão longe deles no sentido de os proteger é uma situação desafiante para cada doente.

É certo que a maioria dos sintomas experienciados pelos doentes infetados com o novo vírus correspondem a dispneia, tosse e febre. No entanto, a par destes, surgem outros igualmente importantes como ansiedade, medo e isolamento social² e é necessário que o enfermeiro esteja alerta para a sua deteção e para a criação de estratégias que os permita ultrapassar, encarando o doente além da condição médica, com necessidades e carências específicas.

Neste sentido, urge o presente artigo com o objetivo de identificar na literatura as necessidades sentidas pelos doentes infetados com SARS-CoV2 e que se encontram internados e as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde de forma a colmatar essas necessidades.

METODOLOGIA

A construção deste trabalho fez-se com recurso a uma a revisão integrativa de literatura. A opção por esta abordagem metodológica reside na possibilidade de exploração e mapeamento do conhecimento previamente existente nesta área científica. Assim, este artigo tem a sua base científica na documentação existente em fontes secundárias e primárias através da pesquisa em bases de dados. A questão que orientou a pesquisa e em todo está relacionada com a temática que queremos estudar e foi “Quais as necessidades dos doentes em isolamento por infeção SARS-CoV2?”. Para lhe dar resposta, utilizamos a base de dados *ResearchGate*, com as palavras-chave “Covid-19”, “isolation” and “needs”. Todos estes termos foram organizados com o operador booleano “and” para permitir refinar a pesquisa.

Definimos como critério de inclusão a seleção de trabalhos apenas em texto integral, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram encontrados 103 artigos que, após a aplicação dos critérios supra referidos, a sua

exclusão pelo leitura do título, do resumo e do texto integral, ficamos com uma amostra de 3 artigos, nomeadamente, “La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas” (Consuegra-Fernández, M., e Fernández-Trujillo, A., 2020), “Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19” (Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., et al, 2020) e “Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from COVID-19: A reflection” (Fan, P., Aloweni, F., Lim, S., et al, 2020). Este processo de seleção encontra-se esquematizado no Diagrama PRISMA seguinte (Figura 1).

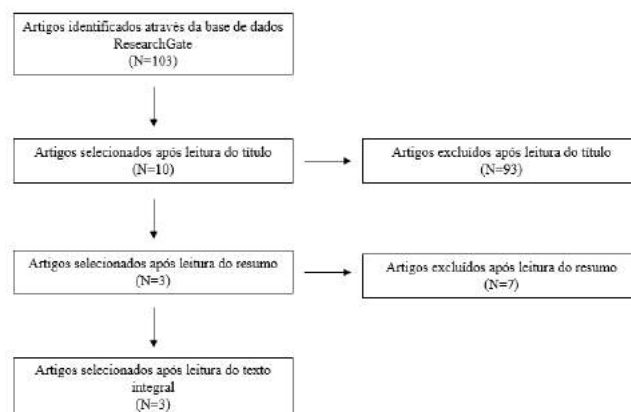


Figura 1. Diagrama PRISMA

RESULTADOS

De uma forma transversal, todos os artigos abordam as necessidades expressas pelos doentes em isolamento social pela infeção por SARS-CoV2 como medida preventiva da transmissão do vírus. Igualmente, tentam delinear estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde pois revelaram-se benéficas no combate às consequências

nefastas deste isolamento. É, assim, nosso objetivo tentar extrapolar estas conclusões e torná-las claras, concisas e aplicáveis à nossa prática.

De forma a organizar os resultados obtidos através da análise dos artigos encontrados, esses foram divididos em dois subcapítulos distintos. No primeiro subcapítulo abordam-se as necessidades vivenciadas pelos doentes infetados com o vírus SARS-CoV2 e, posteriormente, num segundo subcapítulo, as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde.

NECESSIDADES VIVENCIADAS PELOS DOENTES INFETADOS COM O VÍRUS SARS-COV2

Apesar de recente, este novo vírus mundial, pelo impacto que causa em todos os setores, é de grande interesse à comunidade científica. Muitos são os estudos dedicados à sua fisiopatologia, meios de propagação, prevenção e tratamento, descurando-se o aprofundamento das reais necessidades de cada doente e a elaboração de estratégias adequadas a cada realidade. Ainda assim, há alguns trabalhos recentes dedicados a esta temática que evidenciam que, quer o doente, quer a sua família, vivenciam alguns sentimentos controversos e enorme carga psicológica durante o período em que estão infetados com presença ativa do vírus².

Neste sentido, foram identificadas e agrupadas algumas necessidades expressas pelos doentes que passam pela desconexão

com o mundo exterior, o desejo de experienciarem algo familiar, a ansiedade relacionada com a incerteza vivenciada e as barreiras impostas à comunicação³.

A desconexão com o mundo exterior em muito se prende com o significado que muitos atribuem ao facto de estarem sozinhos numa sala, isolados. Surgem frequentemente sentimentos de tédio e solidão, associados a ansiedade que cada doente tem em ver a sua família. Aliás, de todos os sentimentos vivenciados pelos doentes, a solidão e o tédio foram duas das quatro emoções mais comumente relatadas. Estas podem ser justificadas pela diminuição de contacto com o mundo exterior e os profissionais de saúde, dado que os cuidados de enfermagem são agrupados de forma a evitar múltiplas abordagens ao doente, minimizando o risco de contaminação, aumentando o tempo em que o doente fica sozinho. Igualmente, existe menos propensão a entrar no quarto de um doente isolado do que de um doente sem medidas adicionais de precaução. O mesmo se passa quando o isolamento é realizado no domicílio, em que a distância física com os restantes habitantes nunca se quebra³.

Sendo que a maioria dos doentes infetados pertence à população ativa, podemos inferir que estes seriam independentes, com papéis e funções a desempenhar na sociedade e nos grupos em que estariam inseridos previamente à infeção. Assim, com o surgimento do isolamento e de uma condição clínica relativa à doença, as rotinas

e compromissos habituais de cada doente não podem ser realizados, podendo causar frustração e desejo de poderem realizar algumas atividades que lhes seriam familiares até então³.

De uma forma geral, podemos considerar que a ansiedade é um dos principais sintomas e dos primeiros a surgir e pode estar relacionada com vários fatores. Inicialmente, esta baseia-se na incerteza desde a realização do teste de rastreio até ao seu resultado e das mudanças que a ele podem estar subjacentes. Estar positivo e poder ficar isolado no domicílio acarreta uma série de preocupações relacionadas com a existência de condições seguras, a mudança de papéis e rotinas familiares e, ainda, impacto financeiro que isso poderá ter³. Igualmente, pode surgir ansiedade secundária à dispneia, ao risco iminente de agravamento clínico, perda de um ente querido, receio de infetar alguém e, ainda, pela saudade e preocupação com os seus familiares².

Ainda nesta linha de pensamento, percebemos que a comunicação entre a tríade doente-família-profissional fica afetada com o isolamento social. A reduzida ou inexistente presença física e contacto entre ambos, exige que se criem pontes de ligação que colmatem estas barreiras comunicacionais e, mais importante que isso, que a informação seja transmitida de forma célere e segura.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Sendo a enfermagem uma disciplina com uma identidade mutável em função do seu alvo de cuidados, cabe aos enfermeiros, e demais profissionais de saúde, o recurso a conhecimentos e competências que permitam que se colmatem as necessidades sentidas pelos doentes, ao longo do seu ciclo vital.

A pandemia que atravessamos assumiu-se como um desafio imposto à sociedade, principalmente no que concerne à área da saúde. Uma vez identificadas as carências dos doentes infetados com SARS-CoV2, foi necessário que cada enfermeiro reinventasse a prestação de cuidados, no sentido de lhes dar resposta. Foram, então, encontradas e enunciadas algumas estratégias que devem ser usadas, das quais se evidencia o contacto frequente com a família de cada doente. Sempre que possível, o familiar de referência deve ser contactado, recebendo notícias do doente, do seu estado e plano de cuidados. Igualmente, deve ser potenciada e facilitada a comunicação entre doente-família, com recurso a tecnologia como telemóveis ou *tablets*². Aos doentes que não possuem telemóvel próprio, deve ser fornecido um que crie uma ponte de ligação com a sua família ou, então, devem ser criados momentos específicos para a realização de chamadas, quando o doente não tem capacidade para o fazer de forma autónoma². Por sua vez, há quem defenda que devem ser colocados *tablets* junto de

cada mesinha de cabeceira para que o doente possa ter acesso ao seu processo, resultado de meios complementares de diagnóstico, medicação e plano de cuidados, sempre que o seu estado clínico o permita e justifique. Estas são pequenas ferramentas com grande impacto no doente, que se sente envolvido no processo, diminui a sua ansiedade e, além disso, satisfaz a sua necessidade por informação atualizada³. Neste ponto, os folhetos informativos com informações relativas ao serviço, unidade de internamento, rotinas e meios de funcionamento, desempenham, igualmente, um papel importante pelo que devem ser fornecidos aos doentes e familiares² aquando da sua admissão.

Sabendo-se que os doentes isolados se sentem frequentemente sós, o recurso a televisões com diversos canais, *tablets*, jogos, jornais ou outros meios de entretenimento pode ser uma ferramenta simples e eficaz no combate à solidão e na distração do doente, potenciando a sua recuperação. Da mesma forma, devem ser permitidos em cada quarto de isolamento itens pessoais do doente, que façam tornar o ambiente desconhecido em familiar, transformando o receio em esperança. Igualmente, receber comida e bens pessoais com os quais está habituado, diminui a ansiedade do doente na medida que o faz sentir acarinhado, nesta fase em que as visitas são restritas³.

De uma forma geral, cabe aos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a

adoção de uma postura ativa e proativa², na educação paciente³, no fornecimento de informações completas e em tempo útil aos familiares², através de meios de comunicação eficientes e eficazes³. A par disso, deve ser realizada uma vigilância apertada de sinais de angústia, ansiedade e solidão de forma a intervir precocemente ajudando os doentes a ultrapassar e lidar com o isolamento, quer no domicílio quer em contexto hospitalar³. Mais que nunca, a vertente médica deve estar aliada com a vertente humana, em que o doente e o seu contexto ocupam um papel central no plano de cuidados.

DISCUSSÃO

Através dos resultados extrapolados pelos artigos selecionados, já expostos ao longo deste documento, podemos inferir que as principais necessidades sentidas pelos doentes internados com SARS-CoV2 passam pela desconexão com o mundo exterior, a saudade da família, a ansiedade sentida inerente às incertezas e a necessidade de comunicação. Assim os profissionais de saúde, dos quais se destacam os enfermeiros, têm um papel preponderante na adoção de estratégias que possam diminuir os efeitos negativos num doente que se encontre com medidas de isolamento. São pequenas intervenções que podem ter um significado positivo e benéfico, ajudando na recuperação dos doentes que, além da sua condição clínica, se sentem ansiosos, sós e receosos do que possa advir. Estes foram os

sentimentos mais expressos por todos aqueles que se encontraram em isolamento domiciliário ou hospitalar, com restrição de visitas, ao longo de todo este período pandémico que vivemos. É necessário, assim, que estas necessidades sejam identificadas, para que se lhes possa dar uma resposta atempada, eficaz e personalizada e, é neste ponto, que reside o cerne dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, é essencial a realização de investigação nesta área, uma vez que, atualmente, grande parte dos estudos realizados na vertente da pandemia por SARS-CoV2, se prendem com a fisiopatologia e com estratégias para tratamento e cura da doença.

Verificou-se que, através da análise dos artigos selecionados, e apesar da escassez de estudos, as necessidades sentidas pelos doentes internados com SARS-CoV2 se relacionam com consequências advindas do isolamento e distanciamento social.

CONCLUSÃO

O isolamento social, por si só, é um período desafiador para doentes, familiares e instituições de saúde³. A isto, acresce-se lidar com uma doença nova e ameaçadora, que nos põe à prova como profissionais e pessoas a cada dia. Por isso, nesta fase em especial, o foco deve estar centrado nos doentes e nas suas necessidades, a fim de as prevenir atempadamente. É dever

fundamental aliviar o sofrimento humano seja qual for a sua causa promovendo o controlo sintomático de forma adequada². Para tal, urge que cada enfermeiro esteja atento na deteção de sinais de alerta e se muna de estratégias que possam suprir as necessidades dos doentes, priorizando o seu bem-estar a todos os níveis, com cuidados personalizados e atempados.

Assim, tal como foi notório ao longo da pesquisa, identificamos a escassez de estudos no âmbito das necessidades do doente internado por infeção por SARS-CoV2 numa vertente holística, constituindo uma das limitações do nosso estudo.

Do mesmo modo, realçamos que grande parte dos estudos encontrados são estrangeiros, constituindo novamente uma limitação do presente estudo uma vez que, apesar da pandemia se manifestar mundialmente, cada país tem adaptado estratégias de controlo da mesma, consoante os números de infetados identificados a nível nacional e das condições dos serviços nacionais de saúde.

Tendo em conta a necessidade urgente de os profissionais de saúde se adaptarem a uma realidade de prestação de cuidados em que o contacto com o doente se encontra limitado, consideramos a realização de estudos futuros sobre a presente temática de extrema pertinência na medida em que, para além de auxiliarem os profissionais de saúde no desempenho dos seus cuidados, trarão benefícios para o doente que necessita de ser



LISBOA-PORTO

abordado e cuidado com base numa vertente holística.

Apesar do presente artigo ter sido realizado em conjunto desde o seu planeamento, pesquisa e execução, o contributo mais específico de cada uma das autoras prendeu-se com as necessidades e experiências vivenciadas ao longo da unidade curricular Estágio Final e Relatório no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (Porto). Deste modo, a autora Ana Raquel Ferreira debruçou-se sobre a pesquisa e construção do subcapítulo “Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde”, enquanto a autora Maria João Dias se focou no subcapítulo “Necessidades vivenciadas pelos doentes infetados com o vírus SARS-CoV2”.

COVID-19: A reflection. *World J Clin Cases* 2020; 8(10): 1763-1766.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Consuegra-Fernández, M., e Fernández-Trujillo, A., (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*. ISSN 1886-5887. Der. 2020; 50: 81-98.
- 2 Bajwah, S., Wilcock, A., Towers, R., et al, (2020). Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J* 2020; 55: 2000815.
- 3 Fan, P., Aloweni, F., Lim, S., et al, (2020). Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from