



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação
Crítica

Por

Ana Margarida Martingo Fernandes

Porto, abril de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

Internship Report

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação
Crítica

Por: Ana Margarida Martingo Fernandes

Sob a orientadora da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, abril de 2020

Resumo

O presente relatório realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, ilustra o caminho percorrido durante o período de estágio, realizado em dois serviços de medicina intensiva numa unidade hospitalar da zona centro do país. Este documento, tem assim como objetivo descrever pormenorizadamente as experiências adquiridas, os obstáculos que emergiram e as intervenções prestadas.

Integrado na prestação de cuidados, a humanização dos mesmos surge como um constante desafio para enfermeiros pelo facto de projetarem na sua prática profissional a visão holística do doente e portanto comportando nas suas intervenções a totalidade das dimensões do indivíduo: dimensão bio-psico-social-cultural e espiritual. Agregando à prestação de cuidados, tendo por base uma visão holística do doente, devemos agregar o reconhecimento e respeito pelos direitos fundamentais do ser humano como é o caso do imperativo e irrenunciável princípio da dignidade humana transversal a todo e qualquer indivíduo e por isso a todos os doentes. O meu percurso foi dedicado à aquisição de competências técnicas, científicas, humanas e relacionais e onde os momentos dedicados à reflexão tendo por detrás pesquisa bibliográfica constituíram pontos cruciais para aprofundar e aprimorar a temática da prestação de cuidados ao doente em estado crítico.

Para a elaboração deste relatório foi adotada uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva direcionada para a prática nos diversos ambientes do ensino clínico.

Com este relatório pretendo confiar aos leitores um espetro que demonstre e espelhe, um conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas pelo enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica e que tenham como pilares capacidade de autonomia, do poder de iniciativa, o despoletar do sentido de responsabilidade e, fundamentalmente, um espírito crítico- reflexivo. O enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica deve estar atento e ser audaz às diversas dimensões do cuidado à pessoa em situação crítica e a sua família.

Palavras-Chave: competências; cuidados de enfermagem; enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica/Médico-Cirúrgica; humanização

Abstract

This report fulfilled within the Master's Degree in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing, from the *Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa*, illustrates the path taken during the internship period, in two intensive care units in one hospital in the center of the country. This document aims to describe in detail the experiences acquired, the obstacles that emerged and the interventions provided.

Integrated in the provision of care, the humanization emerges as a constant challenge for nurses because it projects the holistic view of the patient in their professional practice and, therefore, encompassing in their interventions the totality of the individual's dimensions: bio-psycho-social- cultural and spiritual. Adding to the provision of care, based on a holistic view of the patient, we must add the recognition and respect for the fundamental rights of the human being, which is the case of the imperative principle of human dignity transversal to each and every individual and, therefore, to all the sick. My path was dedicated to the acquisition of technical, scientific, human and relational skills, where the moments dedicated to reflection with bibliographic research were crucial points to deepen and improve the theme of care delivery to patients in critical condition.

For the preparation of this report, a descriptive, analytical-reflective methodology was adopted, directed to practice in the different clinical teaching environments.

With this report I intend to entrust readers with a spectrum that demonstrates, a set of skills acquired and developed by a nursing specialist in the medical-surgical area and whose pillars are: autonomy, initiative, sense of responsibility and, fundamentally, a critical-reflective spirit. The nursing specialist in medical-surgical nursing must be attentive and audacious to the different dimensions of care for people in critical situations and their families.

Key Words: competences; nursing care; Nurse Nursing specialist in person in critical condition/Medical-Surgical; humanization

Lista de Siglas e Abreviaturas

BO – Bloco Operatório

CD – Código Deontológico

CIPE – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem

CEC – Circulação ExtraCorporal

DGS – Direção Geral de Saúde

ECTS – *European Credit Transfer System*

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

h - Horas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

ICS – Instituto Superior de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAVI – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI-CT – Unidade de Cuidados Intensivos de CardioTorácica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UPCIG – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

Índice

Introdução	11
1. Um olhar crítico do percurso do enfermeiro sobre a humanização dos cuidados... 15	
2. Contextualização dos locais da prática clínica	25
3. Análise e reflexão crítica do percurso efetuado	29
Conclusão	61
Referências bibliográficas	65
o Apêndice I – Estudo de Caso.....	77
o Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura.....	101
o Apêndice III – Avaliação do Nível de Ruído na Unidade de Cuidados Intensivos.....	123

Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) do Instituto Superior de Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto, na unidade curricular Estágio Final e Relatório, no ano letivo de 2019/2020, foi proposto a elaboração de relatório com o objetivo de resumir as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas nos locais de estágio, debruçando sobre elas uma reflexão sobre o percurso que efetuei, adquirindo assim o grau de mestre. O documento agora apresentado foi analisado em concordância com os objetivos estipulados pela Universidade a par dos objetivos que auto propus.

O constante desenvolvimento, especificidade técnica e o adquirir de novos conhecimentos fazem com que a capacidade observar e intervir em múltiplas vertentes com doentes particularmente graves ou complexos tome um lugar de bastante relevo (Ministério da Saúde, 2017). Neste caminho, faz sentido abordar o conceito de “medicina intensiva “ como um campo diversificado que ocupa um lugar distinto das ciências médicas e que se dirige precisamente à prevenção, bem como ao diagnóstico e “tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como já referido *supra*, é então pela crescente complexidade na tecnicidade, procedimentos e equipamentos disponibilizados por estes serviços que se explica a importância de um olhar multifacetado sobre os doentes complexos e graves.

Perante o contexto descrito anteriormente, torna-se mais fácil introduzir nesta temática a importância que um enfermeiro especialista (EE) assume. A constante dinâmica, mudança e evolução dos meios e técnicas exige a presença de “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

O exercício de enfermagem requer uma constante reflexão. Neste caminho é esse permanente desafio que capta a minha atenção, bem como a possibilidade de enriquecer o meu leque de conhecimentos, lições e aprendizagens com base em dados e métodos científicos.

Uma problemática contemporânea e que me apraz falar é sobre a (des)humanização de cuidados, sobre a qual irei tecer considerações mais profundas nos títulos seguintes. A humanização de cuidados passa pela: “a excelência da prática de enfermagem” e concretiza-se na dimensão holística do doente crítico. Durante o meu estágio, a observação e análise desta problemática tomou a minha particular atenção porque, não raras as vezes, os profissionais de saúde descaram a visão holística sobre o doente, em prol de uma atribuição superior de importância à tecnologia.

No presente momento exerço funções numa Unidade Hospitalar Central da Região Norte, no serviço de internamento de medicina interna. O *modus operandi* da medicina intensiva e da minha área de atuação são tão distintos que me levou a querer deter um maior número e mais diversificadas competências. O carácter polivalente, o facto de se tratar de um hospital universitário, foram fatores que me levaram a optar por este local de estágio. É um contexto da prática clínica que me permite uma diversidade de conhecimentos, procedimentos e uma valorização técnica e científica que será essencial para averiguação de diagnóstico, posterior planeamento e a avaliação de procedimentos a seguir. Aqui os patamares de assertividade, autonomia, eficácia, comunicação mais elevados envolvidos na prestação de cuidados às pessoas em situação crítica foram aspetos que tive em consideração na minha ponderação no momento de escolha do estágio. Devo juntar ainda a estes itens o facto de ter sido precisamente neste local onde iniciei e continuo a traçar o meu percurso profissional, o que me permite articular os meus compromissos de modo a rentabilizar e flexibilizar o tempo e recursos necessários para o desenvolvimento o Mestrado de Enfermagem em EEMC.

O curso tem uma componente teórica e uma componente prática, sendo que esta corresponde ao estágio. De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio implica que o estudante realize uma totalidade de 360h de contacto previstas, correspondendo a 30 ECTS no total da disciplina. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos da CardioTorácica (UCI-CT) e teve início a 9 de Setembro de 2019 e terminou a 2 de Novembro do mesmo ano. E, estive na Unidade Polivalente de Cuidados Intensivos Gerais (UPCIG), de 4 de Novembro de 2019 a 2 de Janeiro do ano seguinte, da mesma Unidade Hospitalar.

Para cumprimento da carga horário, segui o horário estipulado pela instituição, da enfermeira tutora, tendo em conta a minha disponibilidade. Tanto os tutores no serviço como a orientadora da universidade desempenharam papéis fundamentais e complementares na operacionalização do meu desenvolvimento académico e profissional, fomentando a reflexão crítico-reflexiva ajustada ao contexto de prestação de cuidados especializados, à pessoa crítica, no serviço de medicina intensiva.

Na base da elaboração do relatório estiverem subjacentes os seguintes objetivos: descrever o meu percurso de aprendizagem no âmbito da EEMC; realizar a análise crítico-reflexiva das experiências vividas efetuada durante o contexto da prática clínica; descrever e fazer um balanço pessoal das competências adquiridas no âmbito da EEMC e a formalização de um documento de avaliação.

Como metodologia, utilizei a exposição descritiva, analítico-reflexiva, experiências pessoais, leitura orientada e pesquisa bibliográfica. Ao longo do presente relatório retratei, de uma maneira sucinta, pormenorizada e assertiva onde retratarei as experiências vivenciadas.

O relatório encontra-se dividido por capítulos: na introdução começo por realizar um enquadramento partindo de alguns conceitos terminológicos essenciais para a minha abordagem, contextualizo os locais de estágio, as motivações para a minha escolha, as metas que estipulei antes do estágio, bem como expectativas que tinha para a EEMC, enquanto veículo de competência. No primeiro capítulo, um olhar crítico do percurso do enfermeiro generalista a especialista sobre a humanização dos cuidados, onde reflito sobre a importância e o papel de cada um deles na humanização de cuidados. No segundo capítulo, faço uma breve contextualização e caracterização dos locais de prática clínica onde efetuei o percurso. No seguinte e quarto capítulo, encontramos a análise e reflexão crítica do percurso efetuado, onde se encontra organizado, segundo os meus objetivos. Segue-se, por fim, a conclusão, onde pretendi numa perspetiva ampla e de forma resumida e clara, refletir sobre os objetivos alcançados, as contrariedades sentidas, as competências adquiridas e aferir o impacto do estágio no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

1. Um olhar crítico do percurso do enfermeiro sobre a humanização dos cuidados

Florence Nightingale é a autora responsável pela atribuição da designação da “enfermagem moderna”. O primeiro centro de aprendizagem ficava localizado no St. Thomas Hospital, Londres, e Florence Nightingale a perscrutadora e responsável por tal. Os estudos e conhecimentos por si desenvolvidos tiveram bases intrinsecamente humanísticas. O presente e futuro caminho pelo qual se deverá traçar a prática da enfermagem deverá ser o de cuidar. É no cuidar que se encontra o cerne desta prática (Vieira, 2009). Como proferido pelo autor Watson: “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (Watson, 2002).

Por este motivo, uma das questões mais prementes a falar deverá ser papel que Enfermagem e os seus profissionais assumem na comunidade. E, dentro desta temática, abordar ainda a diferença entre um enfermeiro generalista e um EE e demonstrar a importância da humanização dos cuidados.

Assim a enfermagem, junto da comunidade, segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros (REPE), “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Prestar cuidados de enfermagem é essencialmente lidar e tratar de pessoas, que num determinado momento não conseguem assegurar e dar resposta às suas necessidades básicas, recorrendo por isso ao auxílio destes profissionais para que s suprimam.

A pessoa assume um papel também ele central em Enfermagem. A complexidade e natureza bio-psico-sócio-cultural e espiritual atribuem à pessoa características como a unicidade, valores morais, crenças e outras características particulares que se alteram e deixam influenciar pelo ambiente envolvente. Tudo isto terá de ser tido em conta na prática dos cuidados e os enfermeiros terão de direcionar os cuidados em análise da relação dinâmica entre pessoa/ ambiente através de uma visão holística (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro assume o papel de protagonista, mas importa referir duas possíveis vestes que o enfermeiro assume: o de enfermeiro generalista e o de EE. O primeiro é então o “profissional ...que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Já o EE, como referido anteriormente, detém ”um conhecimento aprofundado num domínio específico...que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão...” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É importante referir que este conceito de EE é resultado de uma mudança de paradigma provocado em parte pelo processo de Bolonha, surgindo no início da enfermagem moderna, devido ao aparecimento de novas tecnologias e ao aumento da especialização médica. A inércia face à aquisição de novos conhecimentos foi substituída por um ensino movido pelo adquirir de novos conhecimentos. A análise da pessoa humana, das suas reações, do entendimento dos procedimentos e conhecimentos de saúde existentes culminaram na recolha destes novos conhecimentos.

A formação específica e especializada acompanham a crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Quer o EE quer o enfermeiro generalista assumem uma posição de relevo, simplesmente estão direcionados para vertentes distintas, sendo que o EE tem uma responsabilidade acrescida, porque a este é lhe requerido uma constante renovação e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências no que toca à responsabilidade ético-legal, gestão e qualidade de cuidados prestados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Assim, a formação que um EE detém é resultado de um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Prestar cuidados de saúde requer uma formação inicial que é comum a todos os enfermeiros, mas, posteriormente, não se devem ficar por aqui e devem caminhar no sentido de adquirir mais e diversificadas competências. Esta era a linha de pensamento de Patrícia Benner ao referir que: “os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito.” (Benner, 2005). Benner sugere a existências de diferentes níveis de formação e descreve cada um desses diferentes níveis que é algo que vai ao encontro da diferença entre as competências e responsabilidade exigido ao enfermeiro generalista e a um enfermeiro especialista. Benner, quanto ao conceito de EE, refere que este deve conter conhecimentos técnicos, capacidade de tomar decisões, uma comunicação audaz, responsabilidade e uma atitude crítico- reflexiva. Portanto, como mencionado no Modelo de Aquisições de Competências, desenvolvido por Patrícia Benner, é preciso que haja uma agregação dos conhecimentos teóricos àqueles que são alcançados com a prática, que dizer, é através da experiência que o enfermeiro aprende a delinear perante uma situação-problema o que é importante ou relevante para o seu agir, ou seja, não se aplica sem mais os conhecimentos. Quando o *Know-how* adquire um peso acrescido nas competências do enfermeiro este torna-se um “perito profissional”, ou seja um profissional de enfermagem com uma avultada experiência, capacidade intuitiva e direciona o seu *modus operandi* face ao problema de maneira assertiva, isto é, aprimora e filtra apenas a informação de relevo.

As competências, segundo descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE), são “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”, e estão traçadas por esta com o parecer do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). As competências caracterizam-se como tendo elevado grau de rigor e os domínios da prática, Responsabilidade Ética e Legal, Gestão e qualidade de Cuidados e Desenvolvimento Profissional são transversais a todas elas. O agir do enfermeiro agiliza conhecimentos, experiências pessoais, destreza que uma situação concreta exige. Não há uma aplicação autómata de um determinado conhecimento a uma situação, por isto é que o agir do enfermeiro é complexo e agir e o saber devem andar de mão dada. Assim quando maior for o espetro de situações vivenciadas maior será o número de experiências clínicas, traduzindo-se num ganho para o profissional. Isto é, bastante importante, porque o profissional de saúde vai se deparar com uma complexidade e diversidade de respostas humanas que vão reclamar da parte do profissional, um conjunto de competências e conhecimentos cada vez mais especializados e diferenciados. Pela

necessidade de prestar cuidados de qualidade às pessoas e cuidados especializados e direcionados como referido supra, surgem as áreas de especialização de enfermagem.

A necessidade de prestação de qualidade nos cuidados ainda se torna mais evidente no caso das pessoas em situação crítica, em que “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste sentido esta exige cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo imperativo formação nesta área de atuação específica.

O objetivo major é expresso no envolvimento sistémico que o enfermeiro faz com a pessoa cuidada com o intuito de prever, compreender, desvendar e dar respostas capazes de manter funções vitais, prevenindo a morbilidade associada, tendo em vista a sua restabelecimento total.

O EE é assim chamado a desenvolver competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, que através de uma análise critico-reflexiva das situações vivenciadas na prática profissional, fazem dele uma mais-valia no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar onde está integrado e das pessoas que cuida, refletindo uma prática competente, com intervenções essenciais e duráveis, traduzidas pela associação de conhecimentos, habilidades e atitudes. Ao EE é-lhe exigido um aprimorar de competências a nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sendo estas competências a base da formação especializada em enfermagem.

Segundo Walter Hesbeen, os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma melhor saúde e qualidade de vida (Hesbeen, 2001).

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem “observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Considera-se, assim, que o EE deverá possuir competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do

enfermeiro de cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados. O EE possui um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Compreendemos então, que do leque de aptidões do enfermeiro deverá estar compreendida a competência de clínica especializada que resulta do aprofundamento dos conhecimentos e capacidades do enfermeiro de cuidados gerais. O que eleva o EE na prestação de cuidados é que este possui um conhecimento num domínio em específico, elevados níveis de rigor e uma responsabilidade acrescida no julgamento clínico e tomada de decisão que juntos compõe um conjunto de competências. Quando nos referimos em particular ao EE em enfermagem médico-cirúrgica, no caso de doente adulto e idoso em estado crítico, para além de cuidar deve também conseguir dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e conseguir ter impacto na prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Num quadro da saúde e no que concerne ao meio hospitalar e perante uma pessoa que apresenta um estado de vulnerabilidade verifica-se que a competência técnica-profissional revela-se aquém daquilo que é necessário.

Além disso, num contexto em que impera a emergência da qualidade como meio de atingir uma maior produtividade e competitividade, aliado ao facto de estarmos a falar de organizações de saúde, a humanização dos cuidados assume uma especial importância (Soares Gonçalves Leão, 2012).

Quando o fornecimento de cuidados de saúde de qualidade toma uma posição de destaque numa organização de saúde, podemos estar certos que esta se rege por prestar cuidados de qualidade e que, por isso, é um exemplo a seguir. Quando nos referimos ao conceito de humanização referimo-nos portanto a “uma forma profissional e organizacional de vida que se concentra no paciente e familiares, nas suas necessidades e interesses, por meio de cuidados de saúde de qualidade, empatia, advocacia e dedicação ao serviço dos outros” (Soares Gonçalves Leão, 2012).

A pessoa, que se encontre num processo de doença, procura a prestação de cuidados num hospital e como expectável encontra-se num estado de maior vulnerabilidade e os sentimentos de insegurança, medo, receio acompanham-na. Face a estas situações gestos

simples como o trocar palavras de conforto, um gesto que demonstre carinho tem um enorme relevo e conferem ao doente um “sinal inequívoco da qualidade humana da sua vida” (Almeida, et al., 2008) (Joven, et al., 2019).

Referir-nos ao conceito de humanização de cuidados que se projeta na relação humana com a totalidade da prestação de cuidados, dado que estamos perante prerrogativa de primeira necessidade para quem cuida de pessoas (Rodrigues de Almeida, 2013).

O caminho com sentido traçado para a humanização dos cuidados de saúde e da melhoria destes deve ser o objetivo comum a todos os profissionais de saúde (Oliveira dos Santos, 2002).

Um número, uma pulseira de identificação ou uma cama nunca poderão ser características suficientes para representar ou identificar um doente. Deve-se olhar o doente como “alguém”, olhado com dignidade, respeitado com dignidade e na sua condição de liberdade que não foi perdida agora que assume a condição de doente (Osswald, 2000). A par dos conhecimentos técnicos científicos deverão ser mobilizadas competências relacionais de forma a incrementar nos atos meramente técnicos comportamentos verdadeiramente terapêuticos para os doentes.

A questão da humanização tem de ser tratada na sua totalidade, a instituição como organização, e todos os seus elementos, ou seja, todos os profissionais de saúde como indivíduos que lidam inevitavelmente com o doente. Integram esses elementos os enfermeiros (Oliveira dos Santos, 2002).

Os enfermeiros assumem um papel de relevo nesta questão e tem uma “tarefa na humanização dos cuidados de saúde, como agentes de primeira linha da humanização, pondo em prática cuidados de saúde mais humanos e, por isso mesmo, de melhor qualidade, ao serviço do outro” o que justifica o valor acrescido atribuído aos serviços de saúde (Penelas, 2011).

A OE atribui e reconhece ao enfermeiro um conjunto de competências enquanto prestador de cuidados de enfermagem. É ainda referido no Código Deontológico (CD) como “conjunto articulado e coerente de deveres profissionais cujos autores se comprometem a cumpri-los.” A lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro e delimita a forma de agir do enfermeiro dentro do qual vem mencionado o dever de humanização dos cuidados, como demonstrado no seu art.110.º: “ O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de

enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

Assim, aferimos que o conceito de “humanizar” passa, essencialmente, por o enfermeiro, na sua prática, adotar uma postura de ética e de respeito.

Segundo Hesbeen (2000), a humanização é um progresso crescente e gradual e alcançado pela partilha de conhecimentos e sentimentos (Hesbeen, 2000). Já a autora Teixeira dirige-se a este conceito num pensamento um pouco mais metafórico dirigindo-se ao profissional de saúde e ao doente como dois corações em que o primeiro cuida do segundo (Teixeira, 2003).

Cada pessoa, cada doente é como cada qual e deverá ser tratado na medida da sua diferença. O enfermeiro que caminha no sentido da humanização dos cuidados deve fazer por colocar a pessoa doente no centro dos serviços de saúde tendo em consideração a totalidade das suas características biológicas, psicológicas e sociológicas. Não deve portanto o seu contexto familiar e comunitário ser descurado.

A própria Lei Fundamental, subjacentemente, refere-se à prestação de cuidados de saúde humanizados quando consagra constitucionalmente o princípio da dignidade humana. O enfermeiro que foge à tendente rotina e direciona a sua atenção ao doente observa este na sua totalidade. A humanização pode também ser interpretado como uma ação, causadora do efeito de humanizar como tal concebe-se no processo de “ tornar-se humano, tornar-se compreensivo ou sociável” (Osswald, 2002).

No que concerne à unidade de cuidados intensivos (UCI), está é um dos setores hospitalares em que mais se veem evidenciados sentimentos de angústia e medo. Quer o paciente quer a sua família mostram passar por estas sensações porque estamos perante a prestação de cuidados em pacientes gravemente feridos (Fernandes, et al., 2011).

Será neste contexto em que se é mais grave o estado clínico dos pacientes que se mobilizam a prática de procedimentos técnicos de alta complexidade que surge o meio propício à despersonalização dos aspetos humanos e uma valorização acrescida à mecanização de procedimentos. Existem autores que chegam a afirmar que o doente seria uma extensão do equipamento tecnológico e não vistos, na sua totalidade, como um ser humano (Camponogara, et al., 2011) (Lyra da Silva, et al., 2008).

Sou apologista, caminhando no alcance de e por uma melhor contextualização do cuidado inserido na UCI, que o cuidado aplicado ao ser humano é de uma particular e enorme importância para a satisfação naquela que é a sua existência.

Assim o processo de cuidado precisa de ser irrigado de valores humanos (solidariedade e dignidade, como já referido), sensibilidade, estimulação à sensibilidade e ajuda-confiança. Serão estes aspetos que permitem que a prestação de cuidados se torne holístico.

Exatamente por a enfermagem se tratar de um cuidado que é uma construção complexa, acreditamos que possa ser constituída por diversos estratos, o que não nega a possibilidade do seu entendimento como um cuidado humanizado, ainda que auxiliado por tecnologias e máquinas. A aquisição de máquinas é de maior relevo na prestação de cuidado e assistência. Elas são a ramificação e portanto extensão da capacidade natural de sentir. Às UCI são atribuídos locais especiais que implicam um *Kwon how* especializado.

Ao utilizador dessas tecnologias é requerido um treino adequado, uma proximidade para a atuação em unidades e um esforço emocional diferente do exigido nas outras áreas hospitalares.

Nos dias que correm, esta questão do cuidado em UCI tem sido caracterizado pela incrementação dessas novas tecnologias o que rasga novos caminhos e perspectivas para o desenvolvimento e melhoria da qualidade no trabalho e vida dos que os prestam e daqueles que são os beneficiários diretos: os doentes.

Interpretar que tecnologia e técnica são conceitos que caminham a par e passo no mesmo significado não é uma tese pacífica entre autores. Talvez perspetivar estes conceitos como diferentes poderá ser o mote de desmontar a construção partilhada pelo senso comum da unidade como algo capaz de constituir uma ameaça ao ser humano (Gonçalves de Oliveira, et al., 2006) (Araújo, et al., 2011).

Segundo a Declaração de Torrejón, todos os indivíduos admitidos nas UCI são portadores de direitos que lhes atribuem o acesso igualitário aos progressos tecnológicos. Os doentes e as suas respetivas famílias tem o direito irrenunciável a um atendimento amplo que passe pela excelência na sua prestação. Apenas desta forma serão os cuidados valorizados. Não podemos atribuir um pendor menos importante aos profissionais de saúde que diariamente estão expostos a situações de cansaço, stress e ambientes desfavoráveis à

prestação de cuidados. Quer os doentes quer os profissionais de saúde não podem ser relegados para segundo plano. No sentido de dar cumprimento e respeitar os direitos supramencionados e atingir esses objetivos compete ao profissional de saúde, doente e família atuar nas seguintes linhas de ação: melhorar a comunicação e o trabalho em equipa, incluindo o doente e a família; fornecer informações importantes mais apropriadas aos doentes e familiares; tornar o horário de visita mais flexível e que as UCI sejam abertas aos membros da família: “UCI de portas abertas”; incentivar os membros da família a participar na prestação de cuidados e na tomada de decisões; medir e aumentar a satisfação do doente e família; promover melhorias estruturais e arquitetónicas; evitar a deterioração do ambiente de trabalho, de forma a colmatar a insatisfação profissional, desmotivação e stress; oferecer apoio adequado ao profissional em situações de crise; humanizar os cuidados no final da vida e o processo de morrer, resolver conflitos potenciais da bioética; fornecer sessões de educação e treino para aquisição das habilidades relacionais necessárias para executar todas as opções acima de maneira apropriada; e investigar para melhorar as evidências científicas disponíveis (UCI- Humanizando los Cuidados Intensivos, 2015).

Termino a citar uma máxima que deveria traçar o caminho a percorrer por todo e qualquer profissional de saúde: *“The role of the nurse is to put the patient in the best possible condition for nature to act so healing can occur.”* Florence Nightingale/ Notas sobre Enfermagem (1859).

2. Contextualização dos locais da prática clínica

Os objetivos estruturantes ao eficaz desenvolvimento de competências do Enfermeiro EEMC são alcançados por meio da componente prática e das características da mesma consolidados com a parte teórica que fora adquirida durante o Mestrado de EEMC, não desfazendo a necessária e contínua aquisição bibliográfica para uma prática comparada e com referências científicas. Este capítulo remete aos conceitos de estrutura organizacional e física de ambos os serviços. A caracterização que irei fazer sobre os locais de estágio passam pela análise da percepção de metodologias de trabalho, interpretação de protocolos de atuação, normas e regulamentos existentes e ainda fazer uma contextualização da dinâmica funcional inerente a cada local de estágio.

A UCI é um espaço em que se concentram os meios e técnicos necessários a monitorização e tratamento de doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida que é potencialmente reversível e que se reconhecem pela sua identidade, missão e liderança (Ministério da Saúde, 2013).

Primeiramente, iniciei o meu percurso no serviço de cuidados intensivos monovalentes. O serviço de cirurgia torácica está inserida na UAG de Cirurgia, numa unidade que engloba vários serviços: o internamento de cirúrgica cardiorácica, o bloco operatório (BO), a UCI e a Unidade de Cuidados Intermédios, onde desenvolvi o meu estágio.

A nível de estrutura física, a UCI- CT contém várias salas, entre as quais, por exemplo, as salas de apoio (de limpos e sujos), copas dos doentes e funcionários, vários locais de armazenamento, gabinete da enfermeira chefe, quarto médico e ainda sala de reuniões. Está disposta em forma de U e conta com uma lotação de nove camas e, a acrescentar a este, um outro quarto de isolamento que é dirigido a doentes infetados que requerem medidas de isolamento ou a doentes transplantados. A nível de lotação, a unidade de cuidados intermédios apresenta a mesma. Cada unidade do doente esta devidamente equipada e diferencia-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e

de intervenção terapêutica de forma a dar resposta as necessidades aos doentes aí inseridos, tendo assim saídas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, sistemas de aspiração, monitores de parâmetros fisiológicos, ventilador, tomadas elétricas, máquinas/seringas perfusoras, foco luminoso, termómetro, material descartável (sondas, cateteres, cânulas, seringas, agulhas, tubos de traqueostomia...) que está guardado numa gaveta de apoio suspensa de fácil acesso a cada doente.

Quando estamos perante uma unidade com estrutura aberta, encontramos nestas algumas vantagens como é o caso de o doente estar ao alcance da visão do enfermeiro, o menor isolamento, um maior acompanhamento e observação, economicidade na organização do espaço e possivelmente uma maior rentabilidade dos cuidados. Contudo, uma organização assim também tem desvantagens, entre as quais menor privacidade, uma maior perceção de ruídos e uma maior probabilidade de infeções associada aos cuidados de saúde (IACS).

É recomendado que cada unidade de cuidados intensivos tenha um posto de vigilância centralizado, que o local onde os enfermeiros registem os cuidados de enfermagem seja de forma a favorecer a visualização e acesso imediato aos doentes, como também seja organizada em boxes individuais. As entradas nas unidades de cuidados intensivos devem ser cuidadosamente controladas e devem obedecer a protocolos aprovados de muda de roupa, limpeza e desinfeção. A área por cama deve permitir o acesso ao doente em 360°, ter espaço para todo o equipamento necessário e possibilitar a presença de um acompanhante e evitar contacto com os outros (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2013). O contexto onde estive a estagiar preenche os moldes aqui apresentados.

A UCI-CT é constituída por uma equipa multidisciplinar, entre eles, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionista e médicos, sendo que a equipa medica e de enfermagem asseguram cuidados durante 24 horas. A equipa de enfermagem é organizada por seis grupos, cada uma formada por 12/13 enfermeiros. Sendo que, no turno da manhã tem 12 enfermeiros e dez no turno da tarde e noite. A equipa de enfermagem é composta por diversos especialistas em diferentes áreas: sete de Enfermagem de Reabilitação, 12 em Enfermagem Médico-cirúrgica, três em Enfermagem Comunitária, dois em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica e um em Enfermagem Obstetrícia.

Como referido por Silva e Lage (2010) a equipa de enfermagem é “ crucial na qualidade de curar, tratar e cuidar de cada UCI” e este aspeto terá muito impacto na

sobrevivência de uma pessoa com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas. A par dos recursos humanos, os meios avançados de monitorização e terapêutica também constituem aspetos cruciais para dar resposta às necessidades exigidas (Lage, et al., 2010).

Os doentes que encontramos na UCI- CT podem vir quer do internamento de Cirurgia CardioTorácica quer do Serviço de Urgência, em casos excepcionais de emergência. Estes são na maioria idosos, com várias comorbilidades e fatores de risco cardiovasculares (doença renal crónica, Hipertensão, Doença obstrutiva crónica, entre outras).

Por último, ainda na Unidade de Saúde Central da Região Norte, estagiei no serviço de medicina intensiva, mas agora sendo esta polivalente. Esta unidade está inserida na UAG de urgência e medicina intensiva, que engloba a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU), a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral e a Unidade Neurocríticos. É uma unidade de nível III, polivalente e multidisciplinar, pois compreende doentes com diversas patologias, características e tratamentos, quer do foro cirúrgico quer do médico, como equipas funcionalmente dedicadas (Médica e de Enfermagem), uma assistência médica qualificada nas 24h e com acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária, como recomendado.

No que diz respeito a estrutura física da UPCIPG, esta divide-se em zona de trabalho/central e zona de apoio ao serviço. A zona de trabalho dispõe onze camas distribuídas numa área comum “open space”, depois há outra área onde se encontram quatro camas e um quarto de isolamento, apresentando uma lotação total de 16 camas. Também se encontra nesta área a zona de sujos, a copa para preparação de refeições e o secretariado referente ao serviço. Relativamente zona de apoio, encontramos gabinetes médicos e da enfermeira-chefe, arrecadação com equipamentos e material clínico, uma sala de material de apoio de enfermagem (com aparelho de gasimetria e *Pyxis*) e ainda uma sala da família. A sala de espera para os familiares encontra-se na zona de acesso a unidade, tal como a sala da família, com porta de acesso codificada e com campainha, de forma a controlar o acesso ao serviço.

Quanto aos recursos humanos, a UPCIG é constituída por uma equipa multidisciplinar, formada por enfermeiros, assistentes operacionais e médicos, sendo que a equipa médica e de enfermagem asseguram cuidados durante 24 horas. A equipa de

enfermagem é constituída por seis grupos. Sendo que, no turno da manhã tem dez enfermeiros e nove no turno da tarde e noite.

Cabe ao enfermeiro chefe a distribuição dos doentes ou, na ausência desta, ao coordenador de equipa. O rácio enfermeiro/ doente é de um enfermeiro para cada dois doentes na UPCIG. O *modus operandi* do trabalho em enfermagem é individual, mas com interajuda. Sendo que, em cada turno existe um coordenador de equipa que no turno da tarde e noite, tem um doente atribuído e coopera com os restantes enfermeiros.

Os doentes admitidos na UPCIG podem vir de uma Unidade Intermédia, do Serviço de Urgência (Sala de Emergência) do hospital ou transferidos de outro hospital no qual não consiga dar resposta o da sua área de residência.

Durante a fase de estágio e através da base interna do hospital (intranet) consultei protocolos que se encontravam nos serviços, ainda que não atualizados e organizados na UCI-CT e pude analisar os protocolos comuns internos a nível hospitalar. A leitura destes permitiu-me o adquirir de novos conhecimentos e a sua consolidação e, conseqüentemente, uma melhor organização do trabalho realizado em equipa e a sua integração. Em relação ao mencionado, considero deter conhecimentos sobre a estrutura física, dos circuitos, da dinâmica das duas unidades e que os enfermeiros tutores contribuíram para esse aspeto.

3. Análise e reflexão crítica do percurso efetuado

Os estágios em Enfermagem são uma componente fundamental do curso, constituindo momentos de potencial índole formativa, em que se testa a prática/experiência e os conhecimentos adquiridos ao longo da formação através de um processo reflexivo sobre as práticas desenvolvidas.

O meio do estágio cria um estado de aprendizagem com distinta vantagem, porque realizado sob supervisão. Além disso, pelo meio em que se desenvolve instiga no académico de enfermagem à responsabilidade no desenvolver das competências, à independência de método de agir, contextualização de conhecimentos, entre tantas outras. (Benito, 2012). A acrescentar a estes objetivos devemos elencar as competências determinadas de acordo com o Guia de Orientação de Estágio – “Relatório e Estágio Final”, vão ao encontro das competências específicas mencionadas no Artigo 4º do Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para alcançar as competências temos de traçar objetivos que serão o meio pelo qual, atingiremos a resposta satisfatória que a situação nos reclama. Assim, a delimitação de objetivos para atingir o seu alcance é de enorme relevo porque motiva aos profissionais a traçar metas, equacionar diferentes modos de os atingir, tendo um papel importante no auxílio nos momentos de decisão e avaliação.

Para dar resposta ao **Objetivo Geral**: “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de EEMC;”

Objetivo Específico: Aplicar, mobilizar e interpretar conhecimentos teórico-práticos, adquiridos da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada, na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de unidade intensiva/intermédia.

Atividades:

- ✓ Revisão de conhecimentos adquiridos ao longo da especialização médico-cirúrgica;
- ✓ Análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas;
- ✓ Analisa protocolos de procedimentos existentes nos serviços, e relacionar com os conhecimentos existentes;
- ✓ Aprofunda e mobilizar conhecimentos teórico-práticos, no que diz respeito a procedimentos e técnicas;
- ✓ Exerce uma prática de enfermagem baseada na evidência científica;
- ✓ Acompanha o doente no intraoperatório, com uma visita ao BO.

Como referenciado pela OE, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Sendo assim estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistémica e sistematizada com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Para concretizar foi necessário mobilizar diversos conhecimentos provenientes da área de EEMC, bem como da formação inicial para prestar cuidados especializadas na área de cuidados intensivos.

Como referi tive necessidade de mobilizar conhecimentos específicos nos cuidados ao doente crítico, entre as quais, prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, a avaliação da dor, agitação, *delirium* e monitorização do doente crítico, contribuindo assim para um desenvolvimento de competências técnicas, científicas e para uma prestação de cuidados mais autónomos.

A dinamização da resposta a situações críticas ou de emergência, a maximização da intervenção na prevenção da infeção em pessoa em estado crítico, são procedimentos essenciais e comuns a formação de um EE. Os conhecimentos teóricos em

complementaridade com conhecimentos práticos, com as experiências pessoais e profissionais levam a uma prestação de cuidados consciente e autônoma.

O conceito de autonomia na prestação de cuidados é resultado de uma longa evolução e acompanha o desenvolvimento científico, desenvolvimento da legislação no exercício da profissão e o pensamento crítico-reflexivo sobre áreas problemáticas no exercício da profissão (Deodato, 2008). Entende-se como prestação de cuidados autônoma, segundo a REPE Artigo 8.º n.3, “Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde, mas dotado de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. Sobre isto, mencionou Deodato que o exercício de enfermagem é de natureza autônoma, exercendo funções em complementaridade com as outras profissões de saúde (Deodato, 2008).

Subjacente ao já referido anteriormente, é da interação dos conhecimentos científicos e teórico-práticos que resulta uma prestação autônoma de cuidados de enfermagem numa situação concreta.

Ainda dentro dos limites deste objetivo cultivei o meu auto crescimento por meio de reflexão crítica da minha prática profissional. Considero que este exercício deve ser sistemático, organizado, orientado no sentido de alcançar e aprimorar os resultados. Na linha deste pensamento escreveu Vieira (2009) que o desenvolvimento profissional “deve ser contínuo, para o desenvolvimento da profissão, sendo importante uma atualização permanente, ao longo de toda a vida profissional” (Vieira, 2009).

Em concreto, quando estamos perante um doente crítico devemos antecipar e prevenir os problemas e o conhecimento de patologias cardíacas, a detenção de bases científicas atuais e o saber agir em situações graves são essenciais para uma abordagem ao mesmo eficaz. De forma a contribuir para a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos da EEMC realizei um estudo de caso que se encontra em anexo (Apêndice I – Estudo de Caso). A relevância do estudo do caso reside no desenvolvimento de competências no que concerne ao diagnóstico diferencial e de intervenção e para a atualização de conhecimentos do mesmo. Com este estudo de caso auferi consciência crítica sobre a autonomia do enfermeiro nas ações interdisciplinares e ainda a delimitação de responsabilidades em casos como o que trago. Foi com estas experiências que consegui aprofundar e melhorar as relações com as famílias do doente porque sentia-me segura no esclarecimento de dúvidas sobre a situação clínica do mesmo. Com os conhecimentos

conseguidos pela experiência profissional, da vida e da formação pós graduada fazer uma correta gestão, interpretação e prática adequada de toda a informação adquirida o que conduziu a um aprimorar do meu percurso profissional.

Durante o estágio na UCI- CT tive oportunidade de realizar um turno no BO para assistir a uma cirurgia, com objetivo de adquirir e mobilizar conhecimentos no acompanhamento do doente no período intraoperatório. Além disto pretendia-se ficar a perceber com mais profundidade os cuidados a ter no pós-operatório. Assim assisti a uma revascularização do miocárdio com Circulação Extra Corporal (CEC) com substituição valvular, em que pude acompanhar desde a indução anestésica até a transferência para a UCI-CT.

A cirurgia cardíaca detém um grau de complexidade superior em que a pessoa é submetida a intervenções agressivas que contribuem para uma grande probabilidade de instabilidade hemodinâmica. Neste sentido, esta pode desencadear alterações respiratórias no pós-operatório, sendo estas relacionadas com diversas causas, entre as quais, função pulmonar e cardíaca no pré-operatório, no intraoperatório são apontados como os responsáveis: a utilização de CEC, grau de sedação, manipulação cirúrgica e número de drenos pleurais. Nestes procedimentos torácicos extensos, a disfunção respiratória pode ser importante, persistindo no período pós-operatório (Arcêncio, et al., 2008).

A utilização de CEC consiste num sistema artificial de circulação artificial de circulação sanguínea que tem função de bombeamento e oxigenação do sangue realizado pelo coração, que permite a realização da cirurgia de “coração parado”. Este procedimento é muito utilizado, em que a finalidade é vantajosa no sentido de permitir um campo cirúrgico limpo, preservar as características funcionais do coração e oferecer segurança à equipa cirúrgica (Dienstmann, et al., 2013) (Torrati, et al., 2012).

Por outro lado, com recurso a CEC pode ocorrer reações inflamatórias desencadeadas por este procedimento, que acarretam deterioração da função pulmonar e miocárdica no pós-operatório comprometendo a oxigenação e a integridade de todos os órgãos, sendo estas complicações responsáveis pelo prolongamento do tempo de internação com aumento dos custos hospitalares, além de ser importante causa de morbidade e mortalidade (Torrati, et al., 2012) (Ambrozin, et al., 2005).

Como referido anteriormente, apesar da modernização dos procedimentos utilizados em cirurgia cardíaca, a função pulmonar é agravada, pois os doentes ainda desenvolvem complicações respiratórias (Ambrozin, et al., 2005) (Gomes, et al., 2001).

O facto de ter estagiado num hospital pioneiro na assistência emergente do doente com falência cardiopulmonar grave ofereceu-me a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados a doentes em ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) que é, como já referi anteriormente, uma técnica de suporte vital extracorporeal que permite a substituição temporária das funções pulmonar e cardíaca nos casos de falência respiratória e/ou circulatória aguda grave refrataria ao tratamento convencional. (Romano, et al., 2017) (Chaves, et al., 2019). As condições necessárias à prestação desta terapia implica uma estrutura, recursos humanos habilitados e monitorização das condições clínicas do paciente que são de elevado custo e tecnologia pelo facto de estarmos perante uma novidade de assistência circulatória. Uma vez que é o enfermeiro que é um interveniente comum a todas as fases da assistência (instalação da ECMO, os cuidados voltados para a recuperação do paciente após a retirada, acompanhamento das ações da equipa da enfermagem) será o capacitado para intervir eficazmente na prestação de cuidados, tratamentos e assistência a esta tipologia de doente (Oliveira, et al., 2015).

Para culminar o desenvolvimento deste objetivo, concluo que aliei à formação que detinha no início de exercício da profissão, da experiência profissional e da formação pós-graduada. Deste modo desenvolvi capacidade para avaliar de forma adequada diferentes situações complexas.

Objetivo Específico: Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados na unidade de estágio.

Atividades:

- ✓ Compreende a estrutura física, bem como a dinâmica da prestação de cuidados;
- ✓ Estabelece relações interpessoais com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Participa de forma ativa e autónoma nos cuidados de enfermagem prestados;
- ✓ Colabora nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição;
- ✓ Recolhe informação junto da equipa multidisciplinar;
- ✓ Compreende a dinâmica do serviço, trabalhando segundo o método instituído;

- ✓ Elaboração de registos de enfermagem, de forma a garantir continuidade de cuidados;
- ✓ Acompanha e observação direta na prestação de cuidados da Enfermeira de Reabilitação.

Quando iniciei nos diferentes locais de estágio deparei-me com uma nova equipa, um novo serviço e inserida numa nova realidade o que requereu uma readaptação a esta nova dinâmica distinta da minha. Tentei gradualmente integrar-me na equipa e reunir com os enfermeiros orientadores foram uma mais-valia para realizar a integração.

A tutoria é uma relação que se estabelece entre dois indivíduos sendo que, sobre a mesma área, um detém um conhecimento superior ao outro (Abreu, 2007). A apreensão de experiências, de conhecimentos adquiridos e transmitidos pelos enfermeiros tutores sobre diversificadas áreas despoletaram-me para trabalhar no sentido de procurar e aprimorar conhecimentos para obtenção de uma eficaz capacidade de resposta, desencadear momentos de partilha, interação e reflexão.

De uma forma gradual, penso ter alcançado relações profícuas e ter conseguido trabalhar em equipa multidisciplinar, principalmente com a equipa de enfermagem no sentido de atingir a estabilidade hemodinâmica do doente crítico. Sem desrespeitar as competências de outros grupos profissionais, fiz por manter um ambiente agradável e de cooperação.

A boa coordenação da equipa em situações de instabilidade do quadro clínico do doente avalia-se em casos, como por exemplo, de paragens cardiorrespiratórias (PCR) em que é necessário, de forma rápida, a revisão do tórax. Do que observei há uma boa coordenação entre os elementos da equipa.

No decorrer da componente prática observei ainda que a coesão, a firmeza das relações interpessoais e interdisciplinares e o trabalho em equipa, que implicam uma boa comunicação traduzem-se também em ganhos para a saúde.

Como já referido no capítulo anterior, como metodologia de trabalho, na equipa de enfermagem o método instituído é individual, mas com interajuda nos diferentes locais. A dotação da UCI-CT é de um enfermeiro para cada um doente e meio, ou seja, em que alguns partilham os cuidados prestados ao mesmo doente. Já na UPCIG é de um enfermeiro para dois. Esta divisão da prestação de cuidados potencia e exige uma gestão eficaz dos mesmos e um pensamento de equipa e interajuda o que resulta numa maior qualidade.

Durante o estágio na UCI-CT pude acompanhar a enfermeira de reabilitação na prestação de cuidados, no qual observei que esta tem um papel preponderante no internamento do doente na unidade de cuidados intensivos e intermédios, na medida que estimula o doente com objetivo de reduzir o risco de complicações como a retenção de secreções, atelectasias e pneumonia (Arcêncio, et al., 2008). Isto, permitiu-me perceber que o enfermeiro de reabilitação tem um papel muito ativo na equipa multidisciplinar, desde a participação na visita médica quer no seu papel de prestação de cuidados especializados ao doente em si e também na interação com a equipa de enfermagem de uma forma geral.

A competência estabelecida para este objetivo específico foi atingida com sucesso, tendo conseguido integrar na equipa multidisciplinar, de forma adequada e de maneira a promover o meu autodesenvolvimento.

A integração nas várias equipas multidisciplinares foi facilitada pelo acolhimento efetuado pelos profissionais neles integrados, permitindo-me usar a partilha de experiências como uma estratégia para demonstrar conhecimentos gerais e específicos na área de EEMC e desenvolver o autoconhecimento sobre a prestação de cuidados ao doente crítico. Saliento a minha afirmação, pelas constantes questões que me foram colocadas pelas equipas de enfermagem, no sentido de perceberem a realidade da minha prática no serviço onde trabalho, o que me obrigou a desenvolver a minha capacidade crítica reflexiva e o meu poder de argumentação suportado pela evidência.

O trabalho de equipa implica a atuação responsável do enfermeiro na sua área de competência e o reconhecimento da especificidade das outras profissões de saúde respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma de acordo com descritivo do artigo 112.º do CD. O objetivo comum que une a equipa multidisciplinar implica a sua articulação harmoniosa e a prestação de cuidados de saúde em complementaridade. A capacidade de comunicação e articulação da equipa multidisciplinar é traduzida na prestação de cuidados de saúde de qualidade em que o enfermeiro EEMC assume um papel fulcral.

É por meio dos registos de enfermagem que se auferem os ganhos de saúde e que exprime o trabalho elaborado pela prática de enfermagem. A elaboração dos mesmos é regulada pelo DL n.º 43791 de 8 de Novembro. Assim sendo, segundo o art.104.º do CD, compete ao enfermeiro o dever de: “(..) assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas”, ou seja, os registos além de meio de

continuidade à prestação de cuidados servem também como amostra e justificação das intervenções realizadas e permite aferir e avaliar os cuidados de saúde prestados no sentido de obter uma prestação de cuidados de excelência.

No período de estágio na UPCIG tive a possibilidade de contactar com o sistema informático B-simple, este foi criado especificamente para mencionar os métodos e rotinas da UCI. Este sistema é uma base de informação que agrega numa só aplicação os dados adquiridos nos dispositivos médicos (monitores, ventiladores), bem como dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo de todo o internamento do doente. A amplitude de informação que este sistema cede é a vantagem mais significativa que, durante o estágio, consegui identificar. A operacionalização da informação e a amplitude desta permitem que o enfermeiro disponha de mais tempo para o doente em detrimento da elaboração dos registos.

Diferentemente do que ocorre na UPCIG, na UCI-CT os registos de enfermagem são feitos no S-clínico e também numa folha de registo. Esta folha de registo encontra-se ao fundo de cada unidade, previamente identificada. A folha de registo é aberta sempre que o doente entra ou às 0h sempre que o dia se inicia. Estes registos incluem informações como: diagnóstico, tipo e data de cirurgia, valores hemodinâmicos, posicionamentos, perfusões, medicação administrada, eventualmente zonas de pressão e obtendo um balanço hídrico das entradas/saídas. Esta tipologia de registo apresenta como vantagens: uma observação rápida das 24h do ocorrido, além de que permite, em simultâneo, a análise dos registos com a observação do doente.

Objetivo Específico: Compreender e participar no processo de gestão utilizado no serviço, relativamente aos recursos humanos e cuidados de enfermagem.

Atividades:

- ✓ Conhece o plano de atividades dos serviços;
- ✓ Identifica os critérios na elaboração dos planos de trabalho;
- ✓ Participa e observar na gestão de recursos humanos e materiais;
- ✓ Observa a enfermeira-chefe/tutora durante a prática clínica.

A gestão de cuidados é uma das funções do EE. É planeada e efetuada com base na averiguação e avaliação de cuidados de enfermagem, numa atuação de mobilização de conhecimentos do próprio EE, onde se inclui o arrecadar de outros tantos e diversos saberes e a progressão do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Para se fazer uma correta avaliação dos cuidados de saúde efetua-se um balanço entre os ganhos em saúde arrecadados e os recursos utilizados na obtenção dos mesmos. Da atuação ativa do EE, na gestão de cuidados, espera-se que este saiba canalizar adequadamente os recursos (materiais e humanos) que tem na sua disposição, face às necessidades emergentes. À adaptação dos meios e recursos às tem de ser acompanhada por uma atitude de liderança adequada às exigências que a situação reclama. Foram algumas as situações em que, num contexto prático, percebi a importância de uma intervenção de atitude de liderança do Enfermeiro EEMC, nomeadamente em situações de grande instabilidade hemodinâmica (PCR, manutenção de doente em ECMO), na mobilização de politraumatizados, em que é exigido ao EE a capacidade de delegar funções, coordenar esforços, e efetuar a supervisão da execução das tarefas por ele delegadas. Aqui a posição crítica, reflexiva e participativa, bem como o acolhimento de conhecimentos técnico-científicos que o EE pode adotar tem ainda um maior realce.

Durante o período de estágio na UCI-CT tive a possibilidade de acompanhar o enfermeiro que exerce funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados sempre que é solicitada. Tornou-se possível participar em atividades relacionadas com a gestão de recursos e organização do serviço. Também observei que o enfermeiro responsável pela gestão tem um papel importante na preocupação, na supervisão da racionalização das despesas e no combate ao desperdício e ainda assumem uma postura de ligação entre a equipa multidisciplinar. Sendo este um serviço sempre com lotação de máxima isso implica que seja necessário mobilização constante de doentes, quer seja entre as unidades (UCI e intermédios), entre o internamento e o BO.

O plano que consiste na distribuição dos diferentes elementos por turno, quer dos enfermeiros quer dos assistentes operacionais, a resolução de problemas na equipa de enfermagem, os pedidos de recursos materiais (“stock” de material, fármacos) são também tarefas que pertencem ao leque de funções das enfermeiras responsáveis.

No período da manhã integra a equipa duas enfermeiras com as funções de gestão mencionadas anteriormente, no período da tarde e noite fica responsável por a equipa apenas um enfermeiro, o coordenador que, por norma, é o elemento mais experiente e, sendo assim

que organiza a equipa, no sentido de intervir na dinâmica de cuidados, atribuindo os doentes aos enfermeiros. Como referido anteriormente, em algumas situações de *stress* apercebe-se que um enfermeiro experiente consegue de maneira mais audaz reorganizar a equipa e estabilizar a situação. Apesar da distribuição de tarefas nem sempre ser igualitária entre os enfermeiros esta questão vê-se resolvida no facto de a metodologia adotada na prática de enfermagem ter como subjacente o trabalho em equipa.

A enfermeira-chefe da UCI-CT incumbiu duas enfermeiras responsáveis por esta tarefa, sendo estas especializadas em Enfermagem de Reabilitação. Diversamente, na UPCIG a responsável por a mesma é a própria e uma enfermeira generalista no período da manhã, sendo que à tarde/noite tem o coordenador, tal como acontece na UCI-CT.

O coordenador de equipa na UPCIG exerce funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados, no período da manhã sempre que é solicitada, contudo no período da tarde/noite tem também essa responsabilidade acrescida. No período da manhã, o enfermeiro coordenador é um elemento presente na passagem de turno com a equipa multidisciplinar, articulando e promovendo a assim continuidade de cuidados. Uma vez que o enfermeiro coordenador apresenta responsabilidades acrescidas este é considerado um elemento que se destaca dentro da equipa multidisciplinar. O enfermeiro coordenador alia conhecimentos técnicos a uma postura de liderança que é conferida e reconhecida pela própria equipa multidisciplinar por meio de uma boa capacidade de comunicação.

Em redor do papel do EE cria-se expectativa que este adote uma postura de liderança que desencadeará efeitos quer ao nível da equipa e ao nível dos múltiplos indicadores e objetivos. Impõe dizer que para tal é necessário trabalhar no desenvolvimento do intelecto no que concerne a capacidades técnico procedimentos e também de índole emocional.

A distribuição de material é feito pelo método tradicional em ambas as unidades, ou seja é pedido reposição de “stock” ao armazém central com o preenchimento da requisição eletrónica, duas vezes por semana, ou sempre que necessário se for de carácter urgente.

A qualidade de cuidados, a boa organização e uma adequada racionalização de recursos (humanos e materiais) são sequela de uma boa gestão de cuidados. Além disto, alcançando estes patamares consegue-se diminuir a sobrecarga de trabalho, sentimentos desgaste e descontentamento e eleva-se os horizontes da qualidade.

Contudo, a gestão não é só atribuída a uma EE. É uma função subjacente à profissão de enfermagem, ainda assim devemos saber analisar que proporcionalmente às competências

acrescidas de um EE lhe serão exigidas determinadas responsabilidades diferentes das que são atribuídas ao enfermeiro generalista.

De grosso modo as competências desenvolvidas neste objetivo que adquiri foram as seguintes: gestão da prestação de cuidados de saúde, maximizando a resposta e com o auxílio da equipa, ou seja, o EE confere gestão de cuidados, aprimora as respostas na prestação de cuidados de saúde, trabalhando no sentido de atribuir segurança e qualidade às funções por si desempenhadas. Além disso, este campo, permitiu-me desenvolver a competência de adaptação e articulação entre liderança e gestão dos recursos às circunstâncias em causa, de novo, no sentido de atingir a qualidade de cuidados de saúde. Deve por isso o EE ajustar o modelo de liderança a adotar em consonância com o que as situações requerem. Para finalizar penso que consegui apreender o que compõe este objetivo específico e como operacionaliza-la na prática da prestação de cuidados.

De modo a operacionalizar o **Objetivo Geral**: “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.”

Objetivo Específico: Demonstrar capacidade de criatividade e resposta na interpretação e resolução de problemas na área de enfermagem médico-cirúrgica na prática clínica;

Atividades:

- ✓ Identifica de questões problemas/complexas que possam existir no serviço, para solucionar uma possível solução;
- ✓ Colabora na resolução de problemas que surgem;
- ✓ Reflete sobre a prática, de forma crítica.

Segundo Deodato (2008), a prestação de cuidados implica a mobilização de um agir construído sobre a ética (Deodato, 2008). A pessoa humana é pedra basilar sobre a qual incide a maior atenção na prestação dos cuidados de enfermagem. Quando nos dirigimos à pessoa humana não podemos relegar para segundo plano uma ideia inerente a esta, ou seja, a proteção da vida humana. Citando novamente o mesmo autor, Deodato (2008), é também

responsabilidade do enfermeiro participar no “acompanhamento de um processo de morte serena, considerando o fim de vida como a última etapa de vida de uma pessoa”. Para ele a pessoa insurge-se como um projeto de saúde autónomo (Deodato, 2008).

Nestas questões que envolvem a pessoa humana e o zelo pela proteção da sua vida o EE vai deparar-se com a resolução de questões complexas que requerem uma resposta o que vai despoletar a mobilização dos seus amplos conhecimentos teóricos e práticos, através de uma análise crítico- reflexiva que vai permitir ao EE formular uma deliberação sagaz e eficaz. Quanto mais sólidas forem as bases que estão por debaixo dessa tomada de decisão mais eficaz será a prática autónoma de enfermagem.

Quando falamos da mobilização de conhecimentos, especialmente os técnicos e tecnológicos, devemos referir que o EE ao socorrer-se destes nunca deverá descurar das idiossincrasias inerentes ao indivíduo enquanto pessoa humana e detentor da sua dignidade. Ainda que utilizador desses meios tecnológicos deve o EE ser altamente crítico e racional na sua utilização. O cuidado prestado pelo EE deve ser, dentro do possível, o mais humanizado de forma holística. Nem sempre poderá ser fácil aliar os meios tecnológicos à humanização da prestação de cuidados, contudo é nesse sentido que o EE deve traçar o seu percurso.

O contexto da UCI-CT e da UPCIG é um claro exemplo em que se denota uma simultaneidade de conhecimentos técnicos, científicos e pelo meio questões complexas de índole ética que dizem respeito ao respeito e dignidade pela vida da pessoa humana. Requer também disponibilidade física e emocional que ultrapassem o manuseio de aparelhos e administração de medicamentos e passa pelo apoio, encorajamento, prestação de assistência individualizada ao doente. Perante uma situação em concreto dever o EE agregar a utilização da tecnologia a uma prestação de cuidados conscientes, humanizada e em que se façam prevalecer os princípios bioéticos. Faz parte do conceito de “tratamento humanizado” uma eficaz comunicação em que o doente consegue contribuir para os cuidados que recaem sobre si e ter voz nas deliberações a serem tomadas. O tom que se emprega a falar com o doente, o facto de se tratar o doente pelo seu nome, a expressão corporal e facial são elementos importantes para quebrar determinadas barreiras e estabelecer uma relação de confiança entre EE e doente. Não só podemos falar do doente como também da sua família que terá um papel preponderante neste processo de doença, tratamento e reabilitação. O EE deve também orientar a família e prestar toda a orientação e informações de maneira a esta se sentir segura e esclarecida. Vejamos o exemplo de um caso de pós-operatório imediato, em

que uma das estratégias a assumir deverá ser a informação o mais breve possível sobre o fim da operação e o estado em que o doente se encontra, isto junto da família do doente. Junto do doente, este deverá ser informado sobre o local onde se encontra, a data e a hora do dia para que este se situe espacialmente e temporalmente. É também de suma importância a colaboração da família na prestação de cuidados durante o internamento na UCI-CT e para o esclarecimento durante este e após, no momento da alta. O diálogo é aqui essencial para aligeirar os sentimentos de *stress* que o familiar vivencia. Um motivo comum pelo qual muitas vezes o bom diálogo vê-se afetado é acerca do número de visitas e o seu tempo de duração de apenas uma hora, em relação às quais nem sempre os familiares entendem os limites e moldes impostos, o mesmo acontece em relação aos tempos de espera. A dinâmica de funcionamento do serviço, quase sempre alheia ao doente e familiares, não permite sempre as condições favoráveis para exprimir os sentimentos e afetos de que o paciente precisa.

Segundo o Manual de Boas Práticas de Humanização nas UCI (2019), umas das linhas estratégicas está relacionada com o bem-estar do doente, sendo que este engloba: o bem estar físico, o bem estar psicológico, a promoção da autonomia do doente e, por fim o bem-estar ambiental e descanso noturno (UCI - humanizando los cuidados intensivos, 2019). O desejo de bem-estar deveria ser um objetivo tao primordial quanto desejar a sua cura. São muitos os fatores que causam sofrimento e desconforto e dor aos doentes críticos. Os doentes sentem dor, sede, frio e calor, dificuldades para dormir devido ao excesso de ruído ou iluminação. Por isso, a avaliação e o suporte dessas necessidades devem ser consideradas como elemento-chave da qualidade assistencial. Na linha estratégica, bem-estar ambiental e descanso noturno, no “Promover medidas que facilitem o ritmo sono-vigília e o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental, temos como algumas boas práticas: medidas de controlo de ruído ambiental estão definidas e são promovidas e há aparelho medidor de decibéis com aviso luminoso quando os limites estabelecidos são ultrapassados; o tom dos alarmes e de outros dispositivos é ajustado segundo o momento do dia; a luz ambiental noturna é ajustada com possibilidade de reduzir a intensidade geral a noite nos espaços comuns e individualizada em cada quarto; inclui-se no protocolo de descanso noturno, a adaptação dos horários das intervenções aos períodos de descanso dos doentes; e favorece-se a iluminação externa durante o dia (quartos com luz natural).

A existência de ruído foi um dos motivos de descontentamento partilhado pelos doentes durante o estágio. Estes contribuem para potenciar e aumentar o nível e *stress* dos

pacientes que tem influência no seu bem-estar e no processo de recuperação. Outro aspeto sairá prejudicado com a existência de ruído é a manutenção do padrão de sono que é bastante importante para normal funcionamento fisiológico e comportamental do doente. Os ruídos mais comuns a que nos referimos provêm dos aspiradores, os oxímetros, os ventiladores mecânicos, as fontes de oxigénio e ar comprimido, as impressoras e os telefones (Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e perceção dos profissionais de saúde, 2010).

Para colmatar este aspeto menos positivo, na UCI-CT, fiz por reduzir os estímulos sonoros e visuais, reduzindo as luzes apenas ao essencial e os barulhos. Durante o dia era reaproveitada a luz natural e no período noturno tentei circunscrever as luzes acesas ao mínimo necessário, ficando assim o doente com uma clara diferença entre a noite e o dia.

Dado ter sido um problema que também identifiquei na UPCIG, decidi realizar uma revisão integrativa da literatura (Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura) sobre o ruído para perceber quais os níveis do mesmo aceitável nas UCI.

Após a revisão, e de verificar quais os valores recomendados segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), e que existe de facto um excessivo nível de ruído nas UCI, fui verificar na UPCIG o nível de ruído a que os doentes estão expostos (Apêndice III – Avaliação do Nível de Ruído na UCI) e avaliar os mesmos na unidade, como um aparelho designado para o mesmo. Como isto, como produto final, esboço a concretização de um artigo que pretendo publicar posteriormente e que fora delineado que com o objetivo de identificar na literatura a existência de ruído nas unidade de medicina intensiva, e quais os níveis de ruídos aceitáveis; descrever as implicações do ruído excessivo; avaliar o ruído na UCI, em contexto de prática clínica; e discutir sobre alternativas e estratégias a implementar para promover conforto e garantir a segurança do doente na UCI.

De forma a reduzir o ruído da unidade, atenuando assim a equipa multidisciplinar e o doente à exposição do mesmo, sendo que sobre esta problemática podem ser tomadas várias medidas. Segundo a literatura, a educação sobre o controlo de ruído e a sua monitorização são as recomendações no sentido de reduzir o ruído hospitalar. Isso indica que a formação da equipa de enfermagem, da implementação de boas práticas de trabalho e da necessidade de gestão e manutenção de equipamentos hospitalares é importante para a redução dos ruídos. Outra medida que pode ser implementada é um programa de redução de ruído nas unidades ou a utilização de meios mecânicos, como os tampões para os ouvidos, para isolar os doentes do ruído ambiente.

Estudos realizados pela OMS sobre os efeitos e o impacto do ruído na saúde indicam que os problemas mais comuns derivados desta problemática são ao nível da depressão, no que diz respeito a problemas no sistema cardiovascular, respiratório e músculo – esquelético. Neste sentido, deve-se atenuar tanto quanto possível os ruídos derivados de equipamentos ou de pessoas (Direção - Geral da Saúde, 2013).

Trabalhei no sentido de maneira a colmatar estas questões complexas com que me deparei ao longo do estágio de forma a demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

Ao longo estágio desenvolvi e demonstrei uma atitude crítico-reflexiva, fundamentando as minhas decisões para a resolução de situações problema da prática profissional dos enfermeiros.

Objetivo Específico: Atuar de forma eficaz, com base na evidência científica, segundo a ética e deontologia profissional.

Atividades:

- ✓ Atua de acordo com a ética e deontologia profissional no respeito pelo direito dos clientes e família no acesso a informação, no sigilo e confidencialidade da informação, de acordo com as suas crenças e valores;
- ✓ Toma decisões com base em evidência científica e nas responsabilidades sociais e éticas.

O *modus operandi* dos profissionais de enfermagem, no exercício da sua atividade, implica que se guiem por meio de princípios deontológicos consagrados no Código Deontológico (CD) e que lhe são imperativos. Apesar de ser clara a consagração destes princípios nem sempre será fácil decidir e responder a questões que com as quais o enfermeiro se irá deparar. Contudo, o princípio da dignidade da pessoa humana nunca se poderá ver relegado para segundo plano. As pessoas terão de ser sempre vistas como tal, como fins em si mesmos e como indivíduos detentores de um conjunto de deveres e direitos (integridade física e emocional, direito ao resguardo e privacidade, sigilo profissional) e o enfermeiro tem um papel de destaque no cumprimento e respeito por estes direitos (artigo 99.º, número 1.º). O respeito e salvaguarda pelos direitos do doente enquanto pessoa humana não são apenas um horizonte segundo o qual os enfermeiros devem trabalhar, mas um dever

agir segundo o qual os enfermeiros devem percorrer. Estamos perante uma exigência mencionada no artigo 95.º do CD.

Nas questões éticas destacam-se duas competências de destaque para conseguir dirimir o máximo possível questões desta índole: desenvolvimento de uma prática ética e legal na área de especialidade em que se mobilizem princípios éticos e de deontologia profissional e, a acrescer a isto, exercer práticas de cuidados que se rejam pelo respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais.

Foram algumas as situações, na fase de contexto de prática clínica, que envolviam um confronto entre vários valores e princípios morais e que me permitiram refletir e polir algumas questões que, essencialmente, colocavam em causa o respeito pelo doente e à sua privacidade.

Apesar de todos os princípios mencionados no CD, conseguimos subordinar o seu conteúdo a um princípio basilar ético que guia o agir do enfermeiro: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e liberdade da pessoa humana” (Artigo 99.º). Tudo se resume a esta máxima. Praticar cuidados de enfermagem de maneira a preservar a dignidade e liberdade da pessoa humana. O princípio da dignidade da pessoa humana vem não só mencionado no código deontológico como também na Carta dos Direitos dos Doentes (Direção-Geral da Saúde, 2005).

As situações da vivência prática exigem que o enfermeiro diariamente se confronte com a necessidade de fazer opções que o fazem repensar sobre diversos valores morais. O seu agir terá por base esses valores morais e não é algo que possa ser levado de forma ligeira, sem atenção ou sem que o EE detenha conhecimentos. Pelo contrário, lidar com estas questões de índole ética implica um exercício constante de tato para estas questões, um saber ético, um acumular de lições de vida e auto predisposição para caminhar no sentido de fazer o máximo e melhor possível.

Segundo Vieira, as questões éticas devem ser interpretadas à luz da teoria e da prática de enfermagem, ou seja, tendo no foco desta os conceitos principais de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e cuidado de enfermagem (Vieira, 2009). Como apresentado na alínea c) do Artigo 108.º do CD, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Esta ideia vai ao encontro do também mencionado pela OE: “especialista é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem...que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão...”

A tomada de decisão do enfermeiro não requer apenas a consciência e conhecimento desses princípios deontológicos como também um raciocínio crítico que mobilize conhecimentos científicos, técnicos e normas jurídicas (Deodato, 2008). Segundo este autor deve o enfermeiro reger o seu agir segundo atos que se aproximem o máximo possível do respeito por estes princípios. Serão essas tomadas de decisão que permitem ao enfermeiro um agir e uma intervenção autónoma e os investimentos que o enfermeiro fez ao espetro dos seus conhecimentos vai se fazer notar na sua prática. Numa situação limite em que nem sempre é possível fazer um balanço de todos os valores e princípios em causa dever-se-á sempre considerar que estamos perante um indivíduo dotado de dignidade e um ser pensante. No contexto prático muitas vezes o respeito do princípio da dignidade da pessoa humana passará por conceder ao doente e à sua família um consentimento informado e esclarecido sobre a prestação de cuidados de saúde. Quanto ao respeito pelo direito ao resguardo do doente é muitas vezes a própria estrutura física do serviço que não cede aos profissionais um local destacado para a equipa multidisciplinar comunicar e falar com a família sobre o estado clínico do doente. Muitas vezes, o doente tem conhecimento do seu estado junto à entrada do serviço onde passam outros profissionais e pessoas alheias à prestação de cuidados. Vê-se colocada em causa não só a privacidade do doente bem como o sigilo profissional. O enfermeiro deve apenas partilhar a informação “ com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família assim como os seus direitos;” (como referido no artigo 106.º do CD) (Ordem dos Enfermeiros , 2015).

Outra questão importante para aqui referir é o facto de a família ser colocada em segundo plano no processo de internamento. Os enfermeiros focam-se nas necessidades da pessoa às quais prestam cuidados e não olham para outros intervenientes como é o caso da família. A prestação de cuidados deve ser vista como um todo, integrando o doente e a sua família, como mencionado no art.100.º do CD. O papel da família será ainda de maior relevo em casos em que o estado clínico do doente não o permite participar na decisão sobre os procedimentos que irão recair sobre si e cabe à equipa multidisciplinar decidir o passo seguinte. Erguem-se problemas éticos em torno de doentes e profissionais de saúde cada um seguido pelas suas crenças e valores morais. Os familiares serão meios de condutores para os enfermeiros chegarem aquela que seria a vontade e desejo do seu familiar doente e que expectativas tem em relação aos processos que o envolvem.

Um dos momentos em que se pondera de forma mais evidente o respeito pelo sigilo e privacidade do doente é no momento da passagem de turno. Este é o momento de maior

importância para a troca de informação relevante de maneira a assegurar a continuidade na prestação de cuidados. Segundo Teixeira, et al., 2013, a passagem de turno é um momento significativo que permite a análise do trabalho efetuado, a organização do trabalho que irá ser realizado posteriormente e o momento adequado para discussão de eventuais problemas. Quando as passagens de turno se realizem junto do doente terão de se acautelar alguns aspetos sobre os conteúdos que se passam e que serão diferentes daqueles que são transmitidos em gabinete de enfermagem. Exatamente porque o enfermeiro deve reger o seu agir no sentido de respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana e do seu sigilo o enfermeiro tem de ter consciência quando certa informação não deve ser divulgada junto do doente devido ao seu estado e à sua sensibilidade naquele momento. A linguagem deve ser cuidada de modo a diminuir o seu estado de preocupação, de tensão em que o doente já se encontra.

Nos diferentes contextos da prática clínica, a passagem de turno é realizada em dois momentos distintos: num momento inicial sumaria os traços gerais sobre o doente, num momento seguinte o enfermeiro responsável destacado para cada doente expõe unicamente para o colega que irá seguir para o seu lugar o estado doente no turno, tendo por base a folha de registos. Estes dois momentos ocorrem no centro da unidade e, apesar de dirigidos aos elementos da equipa, o que muitas vezes acontece é que os doentes se apercebam das informações trocadas. É importante referir que a maioria dos doentes internados na UCI-CT encontram-se em estado consciente. A passagem de turno é portanto uma temática das quais emergem problemas direcionados à confidencialidade e à privacidade da informação. Contudo, os enfermeiros da UCI-CT referem-se a esta passagem de turno como vantajosa para a receção de informação. Os enfermeiros conseguem, pela observação direta, confirmar e absorver o que lhes é passado no momento da passagem de turno. No que diz respeito aos enfermeiros acordados, estes têm o benefício de ficar a conhecer qual o enfermeiro que lhes vai prestar cuidados de seguida.

A salvaguarda da privacidade, confidencialidade e proteção da intimidade do doente são problemáticas que também perpassam pelas estruturas organizacionais dos serviços hospitalares e nas intervenções e atos por eles praticados. Durante o estágio foram múltiplas as vezes em que me questioneei sobre a problemática do sigilo de informação no momento de decidir na passagem de turno. É que na verdade e segundo a OE a passagem de turno é um momento troca de informação sobre o doente que confere a continuidade característica

dos cuidados e promove aos enfermeiros um momento de discussão de estratégia de melhorias na qualidade dos cuidados prestados pela equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro apenas deve partilhar informações sobre o estado clínico do doente com quem está envolvido no processo terapêutico. O enfermeiro tem responsabilidade no cumprimento do dever de sigilo e é obrigado a guardar segredo profissional sobre as informações às quais tem acesso. A gestão desta informação deve sempre guiar-se pelas boas práticas deontológicas e pelo cumprimento de normas legais e sempre ancorado ao respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana e a da sua intimidade.

Sobre esta questão foram alguns os momentos durante o estágio que deu por mim a equacionar a problemática que algumas questões levantam e que de forma a tomar em conta na minha ponderação estes princípios qual seria o melhor caminho pelo qual optar. O estado em que o doente se encontra é um obstáculo muito grande para conseguir extrair a sua vontade e aquilo que considera o respeito pelas suas crenças e necessidades. Contudo, não é um agir efetuado completamente às cegas, mas que se irá reger pelas condutas éticas traçadas pelo CD, pela responsabilidade técnica e ética. Assim além de ter no reflexo de toda a minha conduta bem presente o respeito pelo princípio da dignidade humana fiz por me colocar a pensar sobre essas questões e estabeleci possíveis respostas e decisões a tomar. Deparei-me com um caminho árduo e sinuoso, porém necessário a percorrer.

Na UPCIG era necessário colocar biombos para a separação das unidades o que pela logística e trabalho que a sua implementação envolvia, muitas vezes, era descurado. Diferentemente, na UCI-CT, as unidades eram separadas por cortinas o que atribuía ao doente um maior resguardo no momento da prestação de cuidados. Assim na primeira situação, o doente muitas vezes não via o seu direito à proteção da dignidade humana respeitado pelo enfermeiro, sendo que este é o responsável por: “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família.”, como consagrado no CD. Observei no período de estágio que durante a visita familiar os enfermeiros tem o cuidado de preservar a intimidade e privacidade dos doentes, usando os biombos, cortinas ou ainda evitando deixar os doentes expostos como meios de salvaguarda.

O zelo pela humanização na prestação de cuidados foi uma prioridade durante o meu percurso bem como das equipas com as quais tive oportunidade estagiar. Apercebi-me quer da minha parte quer da parte dos meus colegas uma preocupação em regerem-se conforme o art. 110.º CD menciona: “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma

totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

Na UPCIG acontece muitas vezes que os doentes, pelo seu estado clínico, veem-se muitas vezes impedidos de participar em decisões que o envolvem. Fica portanto a equipa multidisciplinar responsável por decidir o que é melhor para o doente. Desta situação emergem problemas éticos ficando, no momento de decidir, a equipa consignada às suas individualidades, às suas crenças, ideologias e direitos pessoais. A família assume exatamente a possibilidade de em casos como estes se conseguir obter uma opção o mais próxima possível daquilo que o doente desejaria caso se conseguisse pronunciar.

Assim, no período de contexto de prática clínica, fiz por aferir que proximidade tinha a pessoa com o doente e procurei abordar o doente no sentido, quando possível, sobre as suas vontades. Junto de doentes conscientes e orientados fiz por incluir o doente no diálogo mantido com os familiares. Esta ponte de comunicação que se estabelece com o doente permite-nos entender como é que o doente percebe o seu estado e que conhecimento tem sobre o mesmo. Em situações que os doentes não se encontrem conscientes fiz por conhecer a estrutura familiar do doente, valorizei o facto de ser um elemento da família do doente tido para si como um referência o responsável por transmitir determinadas informações aos restantes familiares.

Quanto à informação partilhada tive cuidado em transmitir apenas a informação de enfermagem útil ao doente e usei uma forma de abordagem idónea tem como base critérios direccionados ao bem-estar, à segurança física e emocional do doente e da sua família, tendo em conta os princípios, direitos e valores que salvaguardam o doente.

Conclui-se portanto que ainda há um longo caminho a percorrer sobre as medidas a adotar e adotadas no sentido de dar cumprimento ao direito de privacidade do doente.

Durante o estágio, foram desenvolvidas atividades com vista a respeitar estes princípios éticos mencionados anteriormente, a promover momentos de privacidade respeitando as suas preferências, a garantir a informação à pessoa e família e a promover a confidencialidade e a segurança da informação. Prezei por tomar decisões fundamentadas, tendo em conta as evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas.

Em suma, e em decorrência de tudo o que referi, cabe-me dizer que, em contexto prático, trabalhei no sentido de colocar questões de índole ética e deontológica a mim mesma e pensar sobre possíveis respostas e decisões a tomar, seguindo a metodologia do trabalho em equipa e do confronto entre os profissionais de pensarem e debaterem-se reflexivamente. Investi os meus objetivos na tentativa do meu agir profissional se reger pela máxima

kantiana: “Age de tal modo que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na do outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e nunca simplesmente como um meio.”

Objetivo Específico: Prestar cuidados a pessoa/família em situação crítica, tomada de decisão e identificação de focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica em contexto de cuidados intensivos/intermédios.

Atividades:

- ✓ Sistematiza e integra os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados;
- ✓ Observa e compreende a atuação/papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na equipa multidisciplinar nas diferentes unidades;
- ✓ Adquire/aprofunda conhecimentos sobre o controlo de infeção;
- ✓ Colabora nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição;
- ✓ Avaliação da dor no doente na unidade de cuidados intensivos/intermédios;
- ✓ Demonstra espírito crítico sobre os principais controlos de sintomas e sinais alerta.

É sobre a prestação de cuidados de enfermagem que incide o foco de atenção de enfermagem, como referido por Deodato (2008): “realizando-se no âmbito de uma relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o Outro (pessoa, grupo ou comunidade) e os atos profissionais emergem daí, numa autêntica relação do cuidado” (Deodato, 2008).

No processo de prestação de cuidados de enfermagem são requeridos ao enfermeiro especialista, conhecimentos e habilidades que recaem sobre o doente, dentro da especialidade que possui (Vieira, 2009).

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas (Silva e Lage, 2010)

O Plano de Saúde Nacional (PNS) estipulado para o ano de 2015 reconhece ao indivíduo o direito fundamental de acesso a cuidados de saúde e qualidade e, portanto é

reconhecido ao indivíduo pela Direção Geral de Saúde (DGS). Este direito do doente é ainda reconhecido no leque deveres que são atribuídos ao enfermeiro, como se denota pela leitura do art. 97.º, número 1, alínea a): “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O EE para alcançar o mencionado anteriormente deverá realizar uma reflexão da qualidade da sua prática clínica, aliando conhecimentos e tentando-se manter par do que decorre na atualidade e acompanhando o estabelecido nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. O agir do EE será norteado por essa reflexão referida anteriormente. Faz parte dos deveres do enfermeiro traçar o seu percurso no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Outra questão sobre a qual deve incidir o foco da minha abordagem é a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Torna-se de bastante relevo falar das IACS uma vez que assistimos ao aumento da esperança média de vida, às opções de tecnologia de ponta que dispomos, mas também mais invasivas que culminam numa maior facilidade ao aparecimento de situações de infeção. Contudo, ainda temos uma grande margem de situações de infeção que eram evitáveis. Como mencionado pela OE, conceitualmente, IACS “é uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” Por vezes, estas infeções são também denominadas de infeções nosocomiais, apesar de esta designação não ser inteiramente abrangente por excluir o ambulatório.

E, sobre esta problemática, devemos mencionar a importância que o EE assume nas situações de prevenção de infeções porque somos transmissores e causadores da mesma. Como somos possíveis causadores e transmissores devemos precaver essa problemática. O EE tem um papel fulcral nesta questão até porque “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos”, como referido pelos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Exatamente por esta questão ser uma problemática decidi dedicar parte da minha reflexão a esta temática. Não só nos cabe a optar por meios que induzam às boas práticas na prestação de cuidados, como também, em situações que não nos coube decidir que método adotar, alertar as situações de risco de infeção que detetei. As infeções resultam num

internamento mais prolongado, leva a um aumento da resistência dos microrganismos aos antibacterianos, problemas de tratamentos mais prolongado, tratamentos mais invasivos, logo resulta em tratamentos mais dispendiosos (Direção-Geral de Saúde, 2007).

Para termos uma noção da dimensão das IACS, de acordo com a OMS, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma de estas, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos.

No contexto prático, pude analisar que na UCI-CT alguns enfermeiros ainda utilizam na técnica de algaliação, no momento da limpeza do meato urinário, a iodopovidona para este efeito. No próprio *kit* preparado para efetuar a técnica de algaliação está presente em stock a iodopovidona, levando a que tendencialmente se acabe por usar a mesma. Associada a esta questão importa também falar das infeções no âmbito da prestação de cuidados.

Para corroborar o referido anteriormente sobre a persistência na utilização da iodopovidona como agente de limpeza, a DGS elaborou um documento com um feixe de intervenções de prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical e nele consta que o meato deverá ser limpo com água ou soro fisiológico (categoria IA-Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados), não existindo assim vantagem em utilizar soluções anti-sépticas para limpeza. Não há evidência de que a água, ou o soro fisiológico, a utilizar na limpeza do meato urinário devam ser estéreis (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004) (Direção-Geral de Saúde, 2017).

Para precaver situações de infeções na prestação de cuidados de saúde o uso do equipamento de proteção individual (EPI) assume muita importância e, no contexto prática, por vezes, reparei que falha o cumprimento deste parâmetro, acabando os profissionais de saúde por utilizar apenas as luvas. A utilização deste tem como finalidade a proteção das duas partes, quer do doente quer do profissional de saúde do contacto com agentes transmissíveis. Cabe ao profissional de saúde adequar o equipamento de proteção individual a cada situação do doente. A opção pelo EPI deverá ter como critério uma averiguação do risco de transmissão dos microrganismos, risco de contaminação da pele e mucosas com fluídos orgânicos. A utilização do EPI permite a prevenção de transmissão cruzada de um portador são ou doente para outro, constituindo assim uma grande importância que se adote a todos os profissionais na prestação de cuidados da saúde, são recomendações inerentes a uma boa prática e estas devem ser aplicadas independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso. A realização de alguns procedimentos, como a higienização das mãos, a utilização das EPI'S, adoção de boas e seguras práticas na administração de injetáveis, ter em atenção

a distribuição e alocação de doentes, entre outras medidas permitem que o enfermeiro especialista adquira um papel fundamental no campo da prevenção e do controlo da infeção hospitalar (Direção-Geral de Saúde, 2007).

No contexto de estágio, na UPCIG, tivemos uma situação de surto de *Clostridium difficile* diagnosticado em dois doentes transferidos da mesma unidade que facilmente se propagou para outros lá internados. O *Clostridium difficile* é uma bactéria que está naturalmente presente na flora intestinal, não interferindo com as pessoas saudáveis. Contudo, quando essas pessoas estão a tomar alguns antibióticos, como normalmente é o que acontece em doentes internados na UCI, para tratar outros problemas de saúde, a bactéria aproveita-se e multiplica-se, causando sintomas como a diarreia e febre.

Segundo as recomendações preconizadas pela DGS e pelas comissões de controlo de infeção, na maioria dos casos, as infeções por esta bactéria podem ser evitadas ao assegurar-se uma boa prática de higiene no ambiente de cuidados de saúde, sendo que é importante para além das precauções básicas, o uso das precauções de contacto, o controlo das visitas a doentes com diarreias; e o incentivo a higiene das mãos com água e sabão (Viana, 2013) (Direção-Geral da Saúde, 2009) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017).

Durante o estágio pude observar que existe algumas situações de pneumonia associada a ventilação invasiva (PAVI). Esta representa uma das infeções nosocomiais mais comuns. É definida pela Direção Geral de Saúde como “uma pneumonia que ocorre em 48-72 horas após uma intubação endotraqueal ou traqueostomia”. Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017), a pneumonia associada à intubação endotraqueal em UCI de adultos em 2016 foi de 7,1 por 1000 dias de intubação (Ministério da Saúde, 2017).

De acordo, com a DGS, propôs um feixe de intervenções, que contribuem para a diminuição da pneumonia associada aos cuidados de saúde, tais como: rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Categoria IA); discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico (Categoria IA); manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico (Categoria IIbA); realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia,

em todos os doentes, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Categoria IIA); manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Categoria IA); e manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Categoria IIC) (Direção Geral da Daúde, 2015). Em suma, devo referir que durante o meu estágio direccionei uma especial atenção para os feixes de intervenção que foram criados pela DGS para a diminuição da PAVI.

Outra questão não menos importante e que merece a minha atenção é a temática da dor. A dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Pela passagem pela UCI-CT verifiquei que a dor no doente crítico é comum e a sua gestão acarreta um desafio universal e, numa perspetiva geral que detenho, a equipa multidisciplinar, não faz uma correta avaliação da dor nem a resposta à terapêutica analgésica. E, também pude observar que a equipa médica prescreve analgesia não avaliando a dor efetiva que o doente em causa apresenta, sendo o enfermeiro, que avalia e gere as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A experiência fenomenológica da dor, iminentemente subjetiva requer que quando nos debruçamos sobre a prestação de cuidados tenhamos de interpretar segundo uma necessária articulação de capacidades técnicas, mobilização de conhecimentos e experiências, sentido intuitivo e, claro, segundo um olhar sensível ao estado clínico. O doente que se encontra com dor, em especial, experimenta uma redução da qualidade de vida e do bem-estar que pode desencadear alterações fisiopatológicas e que, num extremo, pode levar ao aparecimento de co morbilidades.

Durante o estágio, foi foco da minha atenção a monitorização da dor, bem como a avaliação das intervenções aplicadas, no sentido de a minimizar.

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes, como previsto pelo REPE. As intervenções autónomas são “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”. Estas dirigem-se às intervenções pelo enfermeiro que dependem em exclusivo da sua iniciativa, isto é, em que o enfermeiro assume a

responsabilidade total pela sua prescrição, execução e avaliação. E as interdependentes são “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”. E estas, referem-se às intervenções que necessitam da participação conjunta, partilhada de outros profissionais de saúde com fim de obter destas prescrições e orientações formalizadas *a priori*. Neste caso, podemos incluir as prescrições terapêuticas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos.

O controlo da dor deve ser uma preocupação central do EE, sendo que o tratamento desempenhado por este deve ser individualizado e dirigido às necessidades de cada doente. Do papel desempenhado pelo enfermeiro junto do doente (como acontece no momento de avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento) podem extrair-se elementos que contribuam para gestão da queixa álgica, podem ainda optar-se por outros meios de tratamento e avaliar-se a eficácia das terapêuticas implementadas.

Como se trata de uma pessoa em situação crítica internado numa UCI-CT, submetida a ventilação mecânica invasiva, sedada e/ou inconsciente, a autoavaliação da dor fica comprometida, tornando-se um risco acrescido de inadequada gestão da dor.

Segundo Lage, et al., (2010), existe um leque de fatores que interferem na perceção da dor e na sua avaliação, e incluem: idade, género, cultura, alteração do estado de consciência e da comunicação, a presença de um dispositivo para ventilação artificial: tubo endotraqueal ou traqueostomia, patologias preexistentes e procedimentos invasivos.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos no Plano Nacional de Avaliação da Dor, os doentes que não podem comunicar deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Para avaliar a dor em doentes críticos temos escalas baseadas em indicadores comportamentais, entre as quais, a Behavioural Pain Scale , que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória); e a Critical Care Pain Observation Tool, que inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização) (Pinho, et al.). O EE tem não só o dever de avaliar a dor na pessoa em situação crítica, como também de identificar e planear intervenções adequadas ao seu controlo intervindo na sua gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Concluindo, o EE tem um papel muito importante na gestão e controlo da dor, porque de forma adequada certifica-se da eficácia das ações interdependentes. Fá-lo através da sua autonomia em articulação com o médico e com a avaliação feita pelas escalas, momento das vertentes do plano terapêutico. A sua formação específica permite o uso de ferramentas formais (escalas) ou informais, ajustando a abordagem clínica às necessidades exigidas pela doente.

Este campo proporcionou-me o desenvolvimento das seguintes competências: demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica, assim como outras evidências, nomeadamente na área da gestão e controlo da dor e na prevenção das IACS.

De forma a operacionalizar o **Objetivo Geral**: Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

Objetivo Específico: Aplicar conhecimentos aprofundados sobre técnicas comunicacionais no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e cultura.

Atividades:

- ✓ Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas comunicacionais no cuidado ao cliente e para com a família;
- ✓ Demonstra disponibilidade;
- ✓ Produz um discurso fundamentado, tendo em conta a suas crenças e a sua cultura.

Está na comunicação o segredo para a obtenção de um serviço de excelência que irá ter reflexos na qualidade dos serviços prestados. A comunicação é o pilar sobre o qual prevalece o agir do enfermeiro.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a comunicação é o “Comportamento interativo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Esta será o meio para na gestão de cuidados se tomar iniciativa e assumir a responsabilidade, como referido no REPE, no ponto

2, do artigo 9.º, Intervenções dos enfermeiros, Capítulo IV, Exercício e intervenções dos enfermeiros, do Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro refere que, são intervenções “ (...) autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”

Em circunstâncias de maior debilidade do doente, o reflexo de uma eficaz comunicação será ainda mais notório, por exemplo no caso de um acontecimento traumático ou de recém hospitalização. Temos de estar perante uma comunicação direta, assertiva e clara e para alcançarmos este objetivo é necessário ouvir o doente e tentar perceber o sucedido. Apesar de até agora nos referirmos da comunicação entre doente e enfermeiro, o facto é que também nesta comunicação envolve a família. O doente entregue aos cuidados prestados tem de ser visto de forma global e isso implica integrar os seus familiares e outros elementos possam contribuir para uma situação de conflito.

No estágio da UCI-CT, por ter sido no período não coincidente com o horário de visita, tive uma reduzida comunicação e contacto com a família do doente, mas dentro das atividades que desenvolvi tentei ao máximo incrementar e despoletar a comunicação. De forma ampla, recorri a técnicas de comunicação no relacionamento entre doente e família, adaptadas ao estado de saúde do doente, tentando quebrar barreiras à comunicação impostas muitas vezes pela agitação ou pela ausência de comunicação verbal do mesmo, abordei a família para obtenção de técnicas de recuperação, comuniquei com o doente e família de forma apropriada, utilizando uma linguagem clara, simples e adequada. Os moldes em que se estabelece a comunicação é um bom indicador acerca da qualidade os cuidados a ser prestados e influencia o nível de satisfação dos clientes as unidades de saúde. Sobre o impacto que a boa comunicação alcança devemos ainda acrescentar que esta contribui de maneira significativa para o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia entre o enfermeiro e a família do doente. Conseguem-se então uma relação de confiança entre a família, doente e o enfermeiro e, por conseguinte, uma maior individualização dos cuidados de enfermagem e satisfação dos profissionais de saúde. Tudo isto gera ganhos em prol da saúde. Assim a eficácia e assertividade na comunicação é transversal a todo e qualquer enfermeiro.

É dos benefícios de uma boa comunicação que se recolhe e compreende as características, necessidades e problemas que envolvem o doente e a sua família e isso permitirá otimizar os meios de ajuda e de cuidados prestados. Será através de uma boa comunicação que se irá escrutinar o que se passa com os outros, os seus sentimentos, necessidades no caminho de o poder ajudar em direção à recuperação.

A comunicação aqui tantas vezes mencionada engloba quer a comunicação verbal quer a expressão facial, a nossa postura corporal, a velocidade com que se fala e tato.

Desta forma, a comunicação revela-se um ponto positivo que permeia a interação enfermeiro – cliente e que pode tornar-se terapêutico. Os cuidadores devem promover o bem-estar, tanto para doentes quanto para familiares. Devem perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade no sentido de se envolverem de forma comprometida com os cuidados humanos, aliados à habilidade técnico-científica com vista a resultados mais positivos no processo de humanização de cuidados.

No caso particular, em UCI, em que os doentes estão submetidos à ventilação mecânica e, por isso, incapacitados para comunicar oralmente, a questão da comunicação assume um relevo ainda maior. É que se a comunicação se apresenta como uma forma essencial de compreender para cessar necessidades dos doentes, ela aqui vê restringida (Cabeças do Rosário, 2009).

Alterando-se a comunicação verbal do doente surgem complicações na gestão da sua situação clínica e sobre a comunicação desta aos profissionais de saúde e familiares. Pela parte que compete aos familiares estes passam por sentimentos de impotência por não conseguirem ver e interpretar aquilo que o seu familiar e doente pretendem. No que diz respeito aos enfermeiros também se sentem numa posição que não lhes é agradável e por isso restringem a comunicação aquilo que é exatamente necessário, ou seja, sobre os procedimentos clínicos. Os doentes perante esta situações muitas vezes sentem-se alheios às tomadas de decisão acerca do tratamento médico que lhes é dirigido e que o implica (Martinho, 2016).

Assim, podemos verificar que de uma eficaz comunicação apenas resultam vantagens: o EE poderá previamente adaptar e analisar as metodologias com a participação ativa da outra parte interessada. Além disso o EE enriquece o seu leque de conhecimentos, através do arrecadar de novas situações e pela mobilização de conhecimentos já detidos.

Neste sentido trabalhei de forma a alcançar uma relação de empatia, uma boa comunicação com o doente e os elementos implicados com a finalidade de facilitar a integração.

Como qualquer evento que despolette mudança, o estágio é um momento disruptivo que inclui processos de perda de familiaridade e afastamento, em que as variáveis são, não só aquisitivas de competências e capacidades, mas também emocionais. Em estágio, essa riqueza é proporcionada pela complexidade das situações de saúde e as exigidas respostas necessárias para satisfazer o *outcome* desejado de aquisição de mestria na resposta à pessoa em situação crítica.

A comunicação tem assim um papel decisivo em diferentes nas fases de intervenção do EE, sendo um deles o momento da transmissão de más notícias que se assume como um especial desafio do mesmo. A interação adequada não depende apenas de um conjunto conhecimentos profissionais, mas de uma correta postura comunicativa e um treino comunicacional adequado.

Outro aspeto que esta situação permite extrair é o facto de hoje a atuação do enfermeiro na resolução de conflitos e a importância da comunicação não são dirigidas apenas ao doente, mas também à sua família. Hoje o doente acometido aos cuidados prestados é visto como um todo e isso implica a inclusão dos familiares e, sendo assim, a interação entre todos os intervenientes atrairá uma maior propensão para o conflito.

O Manual de Boas Práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva (2019), profere que existem três fenómenos que assumem relevo a esta questão da importância da comunicação: a comunicação dentro da equipa multidisciplinar, a qualidade de informação prestada aos pacientes e familiares e a comunicação do doente com a família e com a equipa, especialmente quando estamos perante casos de últimos desejos (UCI - humanizando los cuidados intensivos, 2019). Direcionando-me para estas duas últimas, o acesso a informação útil é umas das necessidades reivindicadas por doentes e respetivas famílias e pertence à equipa multidisciplinar garantir o respeito por este direito. A tarefa referida não se assume como fácil quando contextualizamos a mesma num ambiente em que diversas variáveis atuam. O que ocorre muitas vezes é que o doente em estado crítico não se encontra detentor de capacidades para receber e responder às informações que lhe são prestadas, sendo então necessário conferir esse direito a outras pessoas que não o doente, ou seja, à sua família e pessoas mais chegadas. Numa posição diametralmente oposta o acontece é que muitas vezes os profissionais de saúde não recebem formação que permita levar a bom porto esta tarefa. Não existe um guião para os profissionais de saúde a ser levado a cabo de

forma rígida que exemplifique como realizar esse processo de informação, contudo é comum que seja prestada informação limitada uma vez por dia, sem que se olhe às necessidades da família sobre as dúvidas que os invadem. Assim, pelo apresentado, extrai-se o papel de relevo que o EE assume.

Na linha estratégica da comunicação e informações à família temos: “facilitar elementos que ajudam a iniciar uma comunicação adequada e empática com os familiares por todos os membros da equipa, para chegar a uma relação satisfatória de ajuda, bem como acessibilidade à informação”, das quais decorrem como boas práticas: haver espaços físicos adequados para a informação aos familiares, flexibilização dos horários de visita e de informações e, perante doentes com capacidades, desenvolve-se a autonomia para informar os que lhe são mais próximos. Quanto a este aspeto, no contexto da UCIPG, durante estágio, aferi que existe uma sala destinada à família, nas quais são comunicadas as informações pela equipa multidisciplinar. Sobre os mesmos factos, no contexto da UCI-CT, não pude constatar a existência de um local apropriado destinado ao contacto mais íntimo entre os familiares e EE onde se possa prestar, com sensibilidade, o apoio necessário em situações mais delicadas. Na UPCIG trabalhei nesse sentido, tentando pautar-me por mecanismos que despoletassem ao esclarecimento adequado e possível sobre as intervenções de enfermagem por mim praticadas, à permanência junto do doente, a informar o doente sobre os diferentes estados em que se encontra, a requerer ao doente, quando possível, colaboração para a preparação da sua alta.

Também na UPIG, presenciei e vivenciei momentos em que foi necessário transmitir informações mais sensíveis e dolorosas sobre o estado do doente a este e/ ou à sua família. Neste sentido tive necessidade de pesquisar mais sobre esta problemática de forma a colmatar a minha inaptidão para responder. Surge neste âmbito o contributo do autor Buckman que apresentou um protocolo para atenuar o impacto no procedimento de transmissão de informações delicadas (Buckman, 2005). O protocolo fora designado como “Spikes” e neste é atribuído a cada fase uma letra: S – Setting up, preparar para o encontro; P – Perception, perceção do doente; I – Invitation, troca de informação; K – Knowledge, conhecimento, transmissão de informações; E – Explore emotions, explorar emoções; S – Strategy and summary, estratégias e síntese. Este protocolo apresenta seis etapas que tentam que a informação não seja prestada contra a própria vontade do doente, ou seja, o doente é convidado e preparado a receber essa informação. Assim apenas a partir da quarta etapa sugerida pelo protocolo é que ocorre a partilha de informação e se ele perceber que doente

deseja receber essa informação, ressalvam-se as situações de morte em que a família é obrigatoriamente informada. O doente ser esclarecido sobre as suas reações, anseios e dúvidas é relevante para que o enfermeiro e doente mantenham uma boa relação (Leal, 2003; Cruz, et al., 2016).

Subjacente no referido anteriormente, mas de forma mais explícita agora pretendo nomear as atividades/estratégias utilizadas neste campo da comunicação: de forma ampla recorri a técnicas de comunicação no relacionamento entre doente e família, abordei a família para obtenção de técnicas de recuperação, comuniquei com o doente e família de forma idónea, utilizando uma linguagem clara e simples.

Conclusão

O contexto de trabalho das unidades de cuidados intensivos invoca o enfermeiro a exercer atividades complexas e que devem pautar-se pela prestação e assistência de enfermagem holística qualificada ao doente. Caberá às instituições e organizações implementar estratégias que permitam atingir de maneira menos sinuosa este objetivo.

Na prestação dos cuidados de enfermagem o EE articula o processo reflexivo, a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, estudos comparados, baseadas na comprovação científica.

No contexto de investimento e desenvolvimento no seio de uma especialização nesta área, não devemos desfazer a importância que a disponibilidade bilateral, enquanto profissional que solicita e solicitado, detém no momento da troca de conhecimentos e experiências.

A par disso caracterizam o agir do enfermeiro na prestação de cuidados a autonomia na tomada de decisão, a responsabilidade, excelência na prestação de cuidados e a averiguação e avaliação destes. O enfermeiro detém um amplo agregado de competências e de vários domínios, ética e legal, melhoria contínua de qualidade, gestão de cuidados e aprendizagens profissional. Aprimorar o nosso agir é além de uma exigência colocada por parte da nossa vontade é também um dever ético deontológico expressamente consagrado, a “competência e o aperfeiçoamento profissional”, descrito nos artigos do CDE. A atualização contínua dos meus conhecimentos, a utilização de forma competente das tecnologias e o aprofundar permanente da formação em ciências humanas são meios de garantir o cumprimento do dever ético acima mencionado.

Durante o contexto de prática clínica, identificarem-se necessidades e exigências, intervir partindo de uma visão holística, por isso, global do doente, estabelecer comunicação com o doente em estado crítico, com a respetiva família, desencadear-se respostas face às questões levantadas bem como a prestação de cuidados em doente adulto que apresente uma ou mais falências orgânicas são alguns dos comportamentos a adotar para traçamos u

percurso idealizado sobre o ponto de vista da melhoria da qualidade e no cumprimento de boas práticas.

Direcionando agora o nosso olhar ao papel do EE em enfermagem médico-cirúrgica devemos aferir que este no que concerne à assistência da pessoa e família presta cuidados de elevado grau de complexidade e, para tal, socorre-se de múltiplas competências. Falamos de competências técnicas, científicas, humanas, mas ainda, de comunicação, liderança, relacionais no sentido de obter uma resposta à necessidade do doente em tempo útil e que engloba a totalidade das suas dimensões.

Contudo, exatamente por estarmos perante procedimentos complexos na prestação de cuidados, a verdade é que o doente passa por ser objeto dessa. Ou seja, sobrevaloriza-se e atribui-se uma maior atenção aquilo que os aparelhos eletrónicos registam e transmitem e relega-se para segundo plano o doente com todas as particularidades que o compõe. O doente vê-se assim desumanizado.

Assim, falar-se de humanização passa por observar as necessidades globais do doente, valorando uma resposta na íntegra sobre o cuidado de enfermagem prestado que conjuga exigências e necessidades físicas, com parte psicológica, social espiritual que constituem as idiossincrasias de cada doente e em que apenas o tratamento de uma patologia poderá não colmatar as necessidades do indivíduo.

As particularidades das UCI, por qual passei permitem evidenciar que o EEMC adquire na medida em que lhe são exigidos um conjunto múltiplos saberes desempenhados muitas vezes num ambiente de enorme imprevisibilidade em contextos que requerem uma grande capacidade de observação, de análise de situações. Estamos perante cuidados a doentes em situação crítica que implicam a envolvimento de múltiplos domínios e capacidades como uma grande destreza, uma boa e eficaz capacidade de responder às necessidades dos mesmos na prestação de cuidados, uma gestão emocional acrescida por parte dos profissionais de saúde e uma comunicação eficiente quer como doente quer com toda a equipa multidisciplinar.

Inicialmente, senti algumas dificuldades na UCI-CT em encontrar o meu papel de enfermeiro EEMC naquele serviço. O conhecimento que já detinha sobre a dinâmica do serviço e as suas particularidades contribuíram para uma melhor integração à realidade prática.

Depois de realizado o período de estágio sinto-me mais capacitada para fazer face à imprevisibilidade e complexidade das situações, de forma mais audaz adotar metodologias

eficazes, conduzir de forma mais autónoma a tomada de decisão e manter uma boa comunicação com o doente e o seu núcleo familiar.

A exploração dos objetivos aos quais me propus a concretizar permitiu-me refletir e reter experiências a transpor para as minhas condutas futuras na prestação de cuidados à pessoa em estado crítico. Para mim, o estágio uma fonte, rica e profunda, de experiências de onde emergiram muitas dúvidas, envolveram muitas reflexões, encontrei muitas respostas e confrontei conhecimentos. Numa perspetiva pessoal, foi para mim visível o meu crescimento enquanto profissional de saúde e pessoa que este estágio desencadeou e permitiu-me perspetivar o doente em estado crítico sobre o olhar de um EE com tudo que isso acarreta. O estágio permitiu-me assim limar arestas e aperfeiçoando capacidades humanas que me permitirão obter um melhor desempenho profissional e pessoal.

Da conclusão do estágio extraio uma apreciação muito positiva. O contexto do estágio permitiu a confrontação, com situações reais, dos meus conhecimentos técnicos-científicos retidos com a minha prática profissional com o objetivo de aperfeiçoar e melhorar a qualidade da prestação de cuidados prestados neste serviço. A envolvência de um contexto prático tão rico instiga-nos a vontade de querer fazer mais e com mais qualidade. Este feedback foi alcançado porque trabalhei no sentido de concretização dos objetivos estipulados, porque fomentei o desenvolvimento do pensamento crítico, pelas relações interpessoais que estabeleci nas equipas multidisciplinares das quais fiz parte, uma maior capacidade de resolução de situações complexas e na delineação de estratégias.

Referências bibliográficas

Scalco, Sirlésia Vigarani, de Lacerda, Josimari Telino e Marino Calvo, Maria Cristina . *Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde*. Brasil : Universidade Federal de Santa Catarina .

Abreu, Wilson Correia de. 2007. *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra : Formasau, 2007.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). 2013. *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2013.

Almeida, Maria Celeste Bastos e Ribeiro, José Luís Pais. 2008. Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência*. 2008, Vol. N°7, 79-88.

Amante, Lúcia Nazareth, Rossetto, Annelise Paula e Schnneider, Dulcinéia Ghizoni. 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009, Vol. 43, pp. 54-64.

Ambrozin, Alexandre Ricardo Pepe e Cataneo, António José Maria. 2005. Aspetos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 4, 2005, Vol. 20, pp. 408-415.

André Ferreira, Carla Isabel da Silva Rego. 2015. *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.

Araújo, Flávia Pacheco de e Ferreira, Márcia de Assunção. 2011. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2, Março/Abril de 2011, Vol. 64, pp. 287-293

Arcêncio, Livia, et al. 2008. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular*. 2008, Vol. 3, pp. 400-410.

Barlem, Edison Luiz Devos, et al. 2008. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 4, 2008, Vol. 10, pp. 1041-1049.

Benito, Gladys Amelia Vélez. 2012. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. 2012. pp. 172-178.

Benner, Patricia. 2005. *De iniciado a perito*. Coimbra : Quarteto Editora, 2005. 9789895580521.

Buckman, Robert. 2005. *Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy*. s.l. : Community Oncology, 2005. pp. 138-142.

Cabeças do Rosário, Elsa Maria de Oliveira. 2009. *Comunicação e Cuidados de Saúde Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Lisboa : Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado., 2009.

Caetano, Joselany Áfio, et al. 2007. Cuidado HUmanizado em Terapia Intensiva: Um Estudo Reflexivo. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 2, 2007, Vol. 11.

Camara, Rhamaia Ferreira, et al. 2015. O Papel do Enfermeiro no Processo de Classificação de Risco na Urgência: Uma Revisão. s.l. : Revista Humano Ser, 2015. Vol. 1, pp. 99-114.

Camponogara, Silviamar, et al. 2011. O Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1, Janeiro/Abril de 2011, Vol. 1, pp. 124-132.

Cboiniere, Denise. 2010. The Effects of Hospital Noise. *Nursing Administration Quarterly*. Outubro/Dezembro de 2010, Vol. 34, pp. 327-333.

Cerri, Andréia, et al. 2011. Problemas Éticos no Cuidado ao Paciente Crítico. *Cogitare Enfermagem*. 3, 2011, Vol. 16, pp. 463-470.

Chaves, Renato Carneiro de Freitas, et al. 2019. Oxigenação por membrana extracorpórea: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 3, 2019, Vol. 31, pp. 410-424.

Cielo, Cibele, Camponogara, Silviamar e Pillon, Raquel Basso Figueira. 2013. A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. s.l. : Journal of Nursing and Health, 2013. Vol. 3. ISSN 2236-1987.

Colliselli, Liane , et al. 2009. Estágio curricular super ricular supervisionado: visionado:diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. 2009. pp. 932-937.

Cruz, Carolina de Oliveira e Riera, Rachel. 2016. Comunicado más notícias: o protocolo SPIKES. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 3, 2016, Vol. 21, pp. 106-108.

Cruz, João Ricardo Miranda da e Martins, Matilde Delmira da Silva. 2019. Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 20, 2019, Vol. IV.

Dalmora, Camila Hubner, et al. 2013. Definindo penumonia associada à ventilação mecânica: um conceito em (des)construção. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2, 2013, Vol. 25, pp. 81-86.

de Macedo Alves, Cecília Maria Pereira. 2011. *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Porto : Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011.

Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck. 2011. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Porto Alegre : Artmed, 2011.

Deodato, Sérgio. 2008. *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra : Almedina, 2008. 9789724034010.

—. 2008. *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra : Almedina, 2008.

Dienstmann, Caroline e Caregnato, Rita Catalina. 2013. Circulação Extracorpórea em Ciruclação Cardíaca: Um Campo de Trabalho de Trabalho para o Enfermeiro. *Revista SOBECC*. 1, 2013, Vol. 18, pp. 35-43.

Direção - Geral da Saúde. 2013. Orientação I - Conforto das Unidades Hospitalares. *Direção - Geral da Saúde*. [Online] 2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. 2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2015.

Direção-Geral da Saúde. 2005. Carta dos Direitos dos Doentes Internados. *Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde*. [Online] 21 de Fevereiro de 2005. <https://www.dgs.pt/?ci=201&cur=1&newsletter=46>.

—. **2009.** *Esclarecimento da Direção Geral da Saúde - Infeção por Clostridium difficile*. s.l. : Direção-Geral da Saúde - Ministério da Saúde, 2009.

Direção-Geral de Saúde. 2017. *Norma nº 019 - Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa : Serviço Nacional de Saúde, 2017.

—. **2007.** *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2007.

Fernandes, Haggéas da Silveira, et al. 2011. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2, Março/Abril de 2011, Vol. 9, pp. 129-137.

Gomes, Walter José, Moura, Hemilton Vieira de e Pomerantzeff, Pablo. 2001. Síndrome da resposta inflamatória sistêmica na circulação extracorpórea: papel das interleucinas. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 4, 2001, Vol. 16, pp. 376-387.

Gonçalves de Oliveira, Beatriz Rosana, Collet, Neusa e Vieira, Cláudia Silveira. 2006. A Humanização na Assistência à Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2, Março/Abril de 2006, Vol. 14, pp. 277-284.

Gonçalves, Rui Miguel. 2013. *Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*. Porto : Escola Superior de Enfermagem, 2013.

Guedes, Ana Luísa Magalhães. 2012. *A Excelência do Exercício Profissional*. Porto : Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde, 2012.

Halm, Margo. 2016. Making Time For Quiet. *American Journal of Critical Care.* 6, Novembro de 2016, Vol. 25, pp. 552-554.

Hesbeen, Walter. 2000. *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.* Loures : Lusociência, 2000.

—. **2001.** *Qualidade em Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2001.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2017. *Recomendações para as Precauções de Isolamento - Precauções Básicas e Precauções dependentes das Vias de Transmissão.* s.l. : Ministério da Saúde, 2017.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2004. *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário - Algaliação de Curta Duração.* s.l. : Ministério da Saúde, 2004.

Joven, Zuli Milena e Parada, Sandra Rócio Guáqueta. 2019. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería.* 1, 2019, Vol. 37, pp. 65-74.

Konkani, Avinash e Oakley, Barbara. 2012. Noise in hospital intensive care units - a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care.* 2012, Vol. 27, pp. 522-529.

Lage, Maria José e Silva, Ana Raquel. 2010. *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* Coimbra : Formasau, 2010. 978-989-8269-11-9.

Lawson, Nancy , et al. 2010. Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit. *American Journal of Critical Care.* 2010, Vol. 19, pp. 88-98.

Leal, Fátima. 2003. Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 2003, Vol. 19, pp. 40-43.

Lyra da Silva, Roberto Carlos, Porto, Isaura Setenta e Figueiredo, Nélia Maria Almeida de. 2008. Reflexões acerca da Assitência de Enfermagem e o Discurso de Humanização em Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 1, Março de 2008, Vol. 12, pp. 156-159.

Martinho, Carina Isabel Ferreira. 2016. *A Comunicação dos Doentes Mecanicamente Ventilados nas Unidades de Cuidados Intensivos.* Lisboa : Escola Superior de Saúde do Acoitão. Dissertação para grau de Mestre., 2016.

Mates, Joanna, et al. 2015. Decreased Stress Levels in Nurses: A Benefit of Quiet Time. *American Journal of Critical Care*. 5, 396-402 de Setembro de 2015, Vol. 24.

Mead, M Nathaniel. 2007. Noise Pollution: The Sound Behind Heart Effects. *Environmental Health Perspectives*. 11, 2007, Vol. 115.

Mendonça, Catarina Alexandre Miranda. 2017. *Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência*. Porto : Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde, 2017.

Miller, Felicity. 2018. *Pneumonia associada à Ventilação Mecânica*. Reino Unido : World Federation of societies of Anaesthesiologists, 2018.

Ministério da Saúde. 2013. *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2013.

—. **2017.** *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1179.

—. **2017.** *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. s.l. : República Portuguesa - Saúde, 2017.

Nascimento, Júlio César Coelho do e Silva, Ludmila Cristina Souza. 2014. Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. *Revista Movimenta*. 2, 2014, Vol. 7.

Nelas, José Carlos Galvão Baptista. 2013. *Gestão de Recursos Humanos na Saúde - Contributos para o dimensionamento de equipas de Enfermagem em Pediatria*. Coimbra : Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, 2013.

Neto, Rui de Alencar Sampaio, et al. 2010. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 4, 2010, Vol. 22, pp. 369-374.

Oliveira dos Santos, José Manuel. 2002. *Parceria nos Cuidados - Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. s.l. : Edições Universidade Fernando Pessoa, 2002.

Oliveira, Larissa Bertacchini de, et al. 2015. Uso da Membrana de Oxigenação Extracorpórea em uma Paciente Pós-Transplante Pulmonar: Cuidados de Enfermagem. *Revista Eletrónica Enfermería Global*. 38, Abril de 2015, pp. 17-32.

Oliveira, Nara Elizia Souza, et al. 2013. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2, Abril/Junho de 2013, Vol. 15, pp. 334-343.

Ordem dos Enfermeiros . 2015. Código Deontológico. s.l. : Ordem dos Enfermeiros , 2015.

Ordem dos Enfermeiros. 2011. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2*. Genebra : International Classification for Nursing Practice, 2011. 978-92-95094-35-2.

—. **2008.** *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

—. **2017.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria : Ordem dos Enfermeiros, 2017.

—. **2001.** Parecer CJ/20-2001 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 14 de Maio de 2001. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

—. **2018.** PARECER N.º 15 / 2018- Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Julho de 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf.

—. **2018.** *Parecer n.º15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. s.l. : Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica, 2018.

—. **2010.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.

—. **2011.** *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Osswald, Walter. 2000. A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de bioética*. 2000, Vol. 29, pp. 41-45.

—. 2002. Humanização, ética, solidariedade. 2002, Vol. 12, pp. 15-20.

Penelas, Luís . 2011. Humanização de cuidados que realidade? *Nursing- Revista de Formação Contínua em enfermagem*. Abril de 2011, Vol. 268, pp. 30-32.

Pereira Rebelo, Ana Isabel. 2013. *O Papel da Certificação NP 4427:2004 no Desenvolvimento das Práticas de Gestão de Recursos Humanos em Organizações Portuguesas*. Porto : Instituto Politécnico de Porto - Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, 2013.

Pereira, Raquel Paganini, et al. 2003. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 6, Novembro/Dezembro de 2003, Vol. 69, pp. 766-71.

Pinho, José António, Carneiro, Helena e Alves, Fernando. *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Resultados*. s.l. : Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Pugh, Richard J. 2007. The impact of noise in the intensive care. *Critical & Emergency Care*. 2007.

Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Pierantoni, Célia Regina, Varella, Thereza Christina e França, Tania.** Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2, pp. 51-80.

Rego, Guilhermina, França, Daniela e Nunes, Rui. 2010. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética*. 6 de Junho de 2010, Vol. 18, pp. 469-481.

República Portuguesa. 2019. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. 2 de Julho de 2019, Vol. II.

Rodrigues de Almeida, Ana Cristina. 2013. *Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2013.

Rodrigues dos Santos, Ana Paula. 2017. *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde*. Leiria : Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde, 2017.

- Romano, Thiago Gomes, et al. 2017.** Suporte respiratório extracorpóreo em pacientes adultos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 1, 2017, Vol. 43, pp. 60-70.
- Ruiz, Diana Carolina Bernal, Consuegra, Renata Virginia González e Ruiz, Ingrid Tatiana Rojas. 2018.** Fatores de stresse em pacientes em unidades de cuidados intensivos de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. 16, 2018, Vol. IV, pp. 63-72.
- Sanches, Rafaely de Cassia Nogueira, et al. 2016.** Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*. 1, 2016, Vol. 20, pp. 48-54.
- Santo, Carminda do Espirito. 1999.** As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. *Referência*. 3, 1999, pp. 53-58.
- Serviço Nacional de Saúde. 2016.** Recursos Humanos. *Serviço Nacional de Saúde 1979-2019*. [Online] 13 de Outubro de 2016. <https://www.sns.gov.pt/profissional/recursos-humanos-da-saude/>.
- Silva, Daniele Cristiny da, et al. 2017.** Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva. Brasil : Acta Paulista de Enfermagem, 2017. pp. 240-246.
- Silva, Roberto Carlos Lyra da, et al. 2012.** Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort. *Journal of Nursing*. 6, 2012, Vol. 7, pp. 2800-2807.
- Soares Gonçalves Leão, Maria José. 2012.** *Dissertação de Mestrado: A influência da gestão hospitalar na humanização dos cuidados de saúde: A perspectiva dos profissionais de enfermagem*. s.l. : Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão, 2012.
- Souza, Marcela Tavares de , Silva, Michelly Dias da e Carvalho, Rachel de. 2010.** Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Journal Einstein*. 8, 2010, Vol. 1, pp. 102-106.
- Storey, John. 1995.** *Human Resource Management. A Critical Text*. New York : s.n., 1995.
- Teixeira, Ana e Martins, Christine. 2013.** Passagem de turno em Enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*. 2013, pp. 5-12.
- Teixeira, Maria Margarida. 2003.** Humanização. *Cadernos de Bioética*. 2003, Vol. 33, pp. 27-33.

Torrati, Fernanda Gaspar e Dantas, Rosana Spadoti. 2012. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enfermagem*. 3, 2012, Vol. 25, pp. 340-345.

UCI - humanizando los cuidados intensivos. 2019. *Manual de boas práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva*. Madrid : UCI - humanizando los cuidados intensivos, 2019. ISBN: 978-84-09-11618-8.

UCI- Humanizando los Cuidados Intensivos. 2015. Declaración de Torrejón para la Humanización de los Cuidados Intensivos. *Humanizando los Cuidados Intensivos*. [Online] 6 de Maio de 2015. <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/declaracion-de-torreon-para-la/>.

Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario de Bellvitge. 2017. *Guía de información a los familiares*. Barcelona : Universitat de Barcelona, 2017. ISBN: 978-84-697-4108-5.

Viana da Paz, Aniceta Maria. 1999. *Os Problemas Éticos na Prática Quotidiana dos Enfermeiros*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Teologia/Faculdade de Ciências Humanas, 1999.

Viana, Helena Lomba. 2013. Clostridium difficile: infecção e ribotipos. *Jornal Português de Gastrenterologia*. 6, 2013, Vol. 20, pp. 240-242.

Vieira, Margarida. 2009. *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. 3º. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. 97897255405659.

Watson, Jean. 2002. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures : Lusociência, 2002.

World Health Organization. 2018. *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. s.l. : World Health Organization, 2018. 978 92 890 5356 3.

Yazlle Rocha, Juan Stuardo. 2005. *A gestão da saúde no Brasil*. Ribeirão Preto : Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, 2005.

Apêndices

Apêndice I – Estudo de Caso



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

Estudo de Caso

Unidade Intensiva de CardioTorácica

Ana Martingo

Sob orientação de: Professora Doutora Amélia Ferreira

Porto, Outubro de 2019

Índice

Introdução	83
Estudo de Caso – Historia de Doença Atual.....	85
Plano de Cuidados	87
Reflexão Final	97
Bibliografia.....	99

Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica do Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, na unidade curricular: Estágio Final e Relatório, no ano letivo de 2019/2020, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos de CardioToracica, com o objetivo de aplicar conhecimentos adquiridos no Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A elaboração do estudo de caso é utilizado como um método de pesquisa estruturado e organizado, aplicado na prática de cuidados de enfermagem, de forma a a levantar problemas e necessidades do doente e família. Isso, permite o desenvolvimento de competências técnicas e científicas.

No que respeita ao desenvolvimento do processo de enfermagem, foi desenvolvido de acordo com CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

A metodologia utilizada foi descritiva e reflexiva baseada na consulta do processo clínico, observação direta e entrevista informal a equipa multidisciplinar.

A realização deste trabalho teve como objetivos: a aquisição e mobilização de novos conhecimentos e a gestão e interpretação de conhecimentos adquiridos durante a formação inicial e pós-graduada e da experiência profissional.

O presente trabalho encontra-se dividido no estudo de caso em si, onde é apresentado a história da doença atual, antecedentes, entre outros. De seguida, a apresentação de plano de cuidados executado no elaboração do caso clinico e, por fim a uma pequena reflexão.

Estudo de Caso – Historia de Doença Atual

Diagnóstico: Atrésia pulmonar com artérias pulmonares confluentes, CIV e colaterais sistémico-pulmonares.

Cirurgia: Substituição do conduto VD-AP e implantação de PM epicárdico.

História de Doença Atual:

Sra. R., 21 anos, residente em Rio Meão. Previamente autónoma nas AVD's. Vivia com pais. Como medicação habitual: aspirina 100mg 1x dia. Sem alergias conhecidas.

Como antecedentes:

- Anastomose Blalock-Taussig modificada à drt aos 6 meses;
- Anastomose Blalock-Taussig modificada à esquerda aos 14 meses (28/05/1999);
- Dilatação com stent na APD (artéria pulmonar direita) em 2004;
- Implantação de CP stent por stent na APD prévio com fraturas (2017);

Seguida em cardiologia por BAV completo. Admitida a 24 de Setembro de 2019 para ser intervencionada a 25 de Setembro de 2019 para substituição do conduto VD-AP e implantação de PM epicárdico.

No dia 25 de Outubro deu entrada na UCICT no seguinte estado clínico:

- Ventilado mecanicamente em CPAP, com tubo orotraqueal nº8. Bem adaptado a modalidade ventilatória;
- Pressão arterial sistólica de 110 mmHg e diastólica de 45mmHg, com suporte de Noradrenalina;
- Frequência Respiratória de 16cpm; SPO2 99%;
- Frequência cardíaca de 90 bpm com ritmo de pacemaker

- Apresentava Pacemaker Auriculo-Ventricular (AV)
- Apresentava cateter arterial na radial a esquerda e dois cateteres venosos centrais na jugular externa e interna à direita (3 vias e 2 vias);
- Apresentava ferida cirúrgica no tórax (central);
- Apresentava dreno cirúrgico colocado no pericárdico e mediastino e na pleura (esquerdo e direito), com drenagem hemática;
- Iniciou Glucose a 5%+Cloreto de Sódio 0,9% com 2 ampolas (10ml) de cloreto de potássio;
- Hipocoagulada com perfusão de heparina, com Aptt de valores normais;
- Sedada e analgesiada com perfusão de propofol e morfina;
- Avaliada escala objetiva de dor segundo Behavioral Pain Scale (BPS) com score de 4;
- Na escala da sedação Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) com score - 3;
- Aliviada com cateter vesical folley nº14, com urina límpida.

Após 48h, é extubada, mas houve necessidade de reentubar por fadiga respiratória. Posteriormente é extubada com sucesso. Inicia suporte de O2 por máscara de venturi a 15l/min. Mas, por apresentar más trocas gasosas inicia suporte de ventilação não invasiva no período noturno.

Também inicia alimentação entérica, para suporte nutricional.

No dia 30 de Setembro de 2019 vai novamente a bloco para encerramento da ferida operatória e limpeza das cavidades pericárdicas e pleurais com soro com vancomicina, mudanças de drenos e encerramento. Por apresentar picos febris ocasionais mas assintomáticos, colhe rastreio séptico e a 6 de Outubro de 2019 com a realização de TAC torácico diagnosticada pneumonia nosocomial por apresentar derrame pleural bilateral de moderado volume, cumprindo assim antibioterapia.

Com colocação de pacemaker intracavitário no dia 22 de Outubro de 2019. Após colocação de pacemaker tem alta para o internamento.

Plano de Cuidados

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Frequência	Resultados Esperados
Autocuidado	Autocuidado higiene comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Dar banho; - Lavar a boca; - Secar a pele; - Trocar a fralda; - Assegurar cuidados de higiene oral; 	Turno da Manhã 1xturno	Autocuidado Melhorado
Alimentar-se	Alimenta-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar a cabeceira a 30° - Administrar a nutrição entérica, segundo prescrição médica; - Vigiar vômito; - Vigiar tolerância alimentar. 	Sem horário	Alimentar-se Melhorado

Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar o doente; - Massajar a pele com creme; - Aliviar zonas de pressão, com dispositivos; - Vigiar a Pele. - Monitorizar o risco de úlcera de pressão, através da escala de Braden; 	3/3 horas e/ou SOS	Nenhuma Úlcera de Pressão
Infecção	Risco de Infecção associado ao cateter venoso central	<ul style="list-style-type: none"> - Executar tratamento a local de inserção do cateter venoso central; - Vigiar penso do cateter venoso central; - Vigiar local de inserção do cateter venoso central; - Vigiar sinais de infecção; 	Sem horário e /ou em SOS	Nenhuma infecção associada ao CVC

Infeção	Risco de infeção associado ao cateter arterial	<ul style="list-style-type: none"> -Executar tratamento a local de inserção do cateter arterial; - Vigiar penso do cateter arterial; - Vigiar local de inserção do cateter arterial; - Vigiar sinais de infeção; 		Nenhuma infeção associada ao cateter arterial
Infeção	Risco de infeção associado ao cateter vesical	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a eliminação urinária; - Trocar cateter vesical, consoante as recomendações; 	Contínuo	Nenhuma infeção associada ao cateter vesical
Status Respiratório	Respiração Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar frequência respiratória; - Vigiar saturações de oxigénio; 	<p>Contínuo</p> <p>Contínuo</p>	Status Respiratório Melhorado

Status Cardíaco	Sistema Cardíaco Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar frequência cardíaca; - Monitorizar pressão arterial; - Vigiar traçado eletrocardiográfico; - Realização de balanço hídrico; - Monitorização de gasimetrias; 	Contínuo	Status Cardíaco Melhorado
Status Neurológico	Status Neurológico Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Vigiar pupilas; - Vigiar resposta a estímulos verbais; - Gerir sedação e analgesia, segundo a escala de RASS, de acordo com prescrição médica; 	Sem horário	Status Neurológico Melhorado Pupilas Mióticas e fotorreativas.

		- Vigiar a existência de movimentos espontâneos;		
Dor	Dor	- Monitorizar a dor através de Behavioral Pain Scale; - Gerir terapêutica prescrita.	Contínuo	Sem Dor/Dor Melhorada
Ferida Cirúrgica	Ferida Cirúrgica	- Vigiar penso da ferida cirúrgica (tórax central); - Executar tratamento a ferida cirúrgica (tórax central); - Vigiar eliminação de conteúdo (dreno mediastínico e pericárdico); - Vigiar eliminação de conteúdo (dreno pleural);	Sem Horário e/ou SOS	Ferida Cirúrgica Normal
		- Remoção de material de sutura (dreno mediastínico e pericárdico);	7 dias após a remoção de dreno	

		<ul style="list-style-type: none"> - Remoção de material de sutura (dreno pleural); - Remoção de material de sutura (ferida no tórax central); 		
Hemorragia	Risco de Hemorragia	- Vigiar perdas sanguíneas;	Sem horário	Nenhuma Hemorragia
Limpeza de Vias Aéreas	Limpeza das Vias Aéreas Comprometidas	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções, de acordo com necessidades; - Avaliar ventilação; - Executar inaloterapia, segundo prescrição médica; - Incentivar a tossir; - Vigiar as secreções; - Monitorizar frequência respiratória; 	<p>SOS</p> <p>Sem horário</p> <p>Continua</p>	<p>Limpeza de Vias Aéreas</p> <p>Melhorada</p>

		- Monitorizar saturação de oxigénio.		
Aspiração	Risco de Aspiração	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar a cabeceira; -Inserir sonda nasogastrica; -Inspeccionar cavidade oral; - Monitorizar conteúdo gástrico; - Monitorizar pressão o dispositivo (cuff); - Vigiar reflexo de tosse; - Posicionar para refeição; - Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração; - Trocar sonda nasogastrica, consoante fabricantes. 	Sem horário e/ou SOS	Aspiração Ausente

Ventilação	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar a pele e mucosa oral e reposicionar TET's; - Evitar complicações associadas; - Avaliar estado de agitação/adaptação do doente; - Lavar a cavidade oral com solução de clorhexidina; 	Sem horario e/ou SOS	Ventilação Presente
Apoio da família	Apoio da família comprometido (conhecimento)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar família(mãe) para a realidade do estado clínico da doente; - Garantir família (mãe) que o cliente está a receber os melhores cuidados possíveis; - Perceber preocupações, sentimentos e perguntas da família (mãe); 	Sem horário	Apoio da Família Melhorado

		- Promover a relação de confiança com a família(mãe);		
Ansiedade	Ansiedade	- Transmitir segurança; - Explicar procedimentos; - Gerir sedação.	Sem horário SOS	Ansiedade Melhorada

Reflexão Final

Como citado pela OE, os cuidados de enfermagem à pessoa em estado crítico “*são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.*”, e a importância que o papel do EE assume na prestação destes é irrefutável. Na prestação dos cuidados de enfermagem o enfermeiro especialista articula o processo reflexivo, a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, estudos comparados, baseadas na comprovação científica. Para isto, é notório que a elaboração de estudo de caso foi fulcral durante o estágio para a minha formação enquanto EE na medida que me permitiu aprofundar, mobilizar e aplicar conhecimentos da minha formação inicial e da formação graduada, baseada na evidência científica. Esta interação de conhecimento científico e teórico-práticos, aliada com a consciência crítica resulta numa prestação de cuidados mais autónomos.

Os conhecimentos adquiridos ajudaram-me a melhorar a minha prática de enfermagem, pois permitiu-me delimitar os focos da atenção dos enfermeiros, bem como os juízos de diagnóstico no processo de tomada de decisão. A prática da enfermagem baseada na evidência promove a prática de uma enfermagem avançada.

Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros. 2011. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2.* Genebra : Internacional Classification for Nursing Practice, 2011. 978-92-95094-35-2.

—. **2010.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.

Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Revisão Integrativa da Literatura

Por: Ana Martingo

Sob a orientadora da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, 7 de Fevereiro de 2020

Introdução

Quer os doentes quer a equipa disciplinar das UCI são submetidos diariamente a um contexto que se caracteriza por um elevado ruído.

O conceito de ruído é definido como “qualquer som que possa produzir um som indesejável efeito fisiológico ou psicológico em um indivíduo ou grupo.” (Mazer,2005). Quando o som é criado, causado num contexto criado para o processo de recuperação irá interferir com a mesma e criar-lhe obstáculos (Cboiniere, 2010).

No desenrolar dos múltiplos avanços tecnológicos no seio da assistência médica e destinados aos doentes graves/críticos, surgem problemas derivados de um trabalho de maior rigor e complexidade com o qual nos defrontamos no contexto de uma UCI. A conjugação do uso de modernos equipamentos de monitorização agregado à existência de uma equipa multidisciplinar constituída por vários profissionais fazem com que a UCI, seja um local com altos níveis de ruído que causam uma sensação de desconforto para profissionais e doentes (Pereira, et al., 2003) (Neto, et al., 2010).

Nestas unidades, as intervenções necessárias, o constante disparo de alarmes dos equipamentos como é o caso das bombas de infusão, os monitores paramétricos, ventiladores mecânicos, oxímetros de pulso são fontes de ruído no seio das unidades de medicina intensiva. Estes devem ser considerados pelos profissionais de saúde como instrumentos propícios a causar desconforto para os doentes. Ficam assim reunidas as circunstâncias necessárias a tornar o meio vulnerável à poluição sonora. Essas unidades estão submetidas ao desgaste provocado pelos diversos alarmes e ruídos de onde surgiu um problema da rotina na UCI (Silva, et al., 2012).

São ao nível de diversos fatores fisiológicos e psicológicos que se denotam o impacto da não verificação do valor de ruído recomendado e, além disso, um subsequente e potencial erro na comunicação entre profissionais e erros de outra índole. Estamos perante uma situação completamente evitável (Pugh, 2007). Estudos indicam que com a criação do ruído provocam-se reações de cariz fisiológico evidenciadas pelos doentes. Essas reações do

doentes traduzem-se, refletem-se em batimentos cardíacos mais altos, taxas respiratórias e também na privação do sono (Cboiniere, 2010).

Como já referido são muitos os efeitos negativos que passam, muitas vezes, pela hipertensão, doenças isquémicas do coração e distúrbios do sono que colocam em causa o processo de recuperação (Mead, 2007) (Mates, et al., 2015). Na tentativa das pessoas se adaptarem a ambientes ficam altamente focadas e tornam-se menos interativas com o meio envolvente.

A juntar a esta situação constata-se que a existência de valores de ruído mais elevados provoca um nível de *stress* mais elevado na equipa o que, conseqüentemente, poderá estar na causa da diminuição da capacidade de concentração nas tarefas dos profissionais de saúde aos doentes em estado crítico (Cboiniere, 2010) (Pugh, 2007).

Segundo a OMS, o ruído pode influenciar no desempenho profissional e na qualidade de vida de um indivíduo, uma vez que interfere no sono, na comunicação e provoca reações fisiológicas e psicológicas que são na maioria das vezes problemas de saúde (World Health Organization, 2018).

Quando comparado com outros locais do meio hospitalar, os níveis de ruído na UCI são superiores (Cboiniere, 2010). Contudo, esta questão também é mais difícil de controlar derivado à necessidade de uso de ventiladores e monitores incorporados de alarmos que provocam um contínuo ruído, como já referido supra. É de suma importância estes alarmes terem uma intensidade suficiente que permita aos enfermeiros percecioná-los, pois eles são o alerta. Contudo, para que isso aconteça esse som tem de se destacar relação aos demais no contexto da unidade de cuidados intensivos.

Segundo recomendação da OMS, durante a noite não devem exceder 40 dB em ambientes fechados. Para enfermarias em hospitais, os valores de referência em ambientes fechados são 30 dB durante o dia. Também, com os pacientes têm menos capacidade de lidar com o estresse, o nível de pressão sonora equivalente não deve exceder 35 dB na maioria dos quartos em que os pacientes estão sendo tratados ou observados (World Health Organization, 2018).

Segundo Cboiniere (2010), desde 1960, o nível médio de ruído nos hospitais aumentou 26% durante dia (de 57 a 72 dB) e 43% à noite (de 42 a 60 dB) (Cboiniere, 2010).

O nível sonoro comum de alguns dos equipamentos numa UCI, com decibéis associados, como é o caso dos: ventiladores (60-86 dB), alarmes de oxímetro (60-80 dB), alarmes da bomba de infusão (65-84 dB), alarmes do ventilador (70-85 dB), alarmes de

monitor (73-79 dB) e nebulizadores (80 dB). Além do ruído dos equipamentos temos as fontes que incluem conversas (60-85 dB), telefones (70-80 dB), televisores (79 dB), portas fechadas (85 dB) e objetos em queda (90-92 dB) (Halm, 2016) (Konkani, et al., 2012) (Lawson, et al., 2010) (Pugh, 2007).

Este estudo é importante, na medida em que o ruído excessivo afeta não só os doentes, como também os profissionais de saúde que trabalham em ambientes rodeados por equipamentos ruidosos, tornando-os vulneráveis a danos à saúde e, conseqüentemente, contribuindo para comprometer a segurança dos doentes internados em UCI. Assim sendo, para que este estudo fosse possível delimitar os seguintes objetivos: identificar na literatura a existência de ruído nas UCI e quais os níveis de ruídos aceitáveis.

Metodologia

Este é um estudo descritivo com uma abordagem integrativa da revisão da literatura. A revisão integrativa da literatura é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, et al., 2010).

A minha pesquisa teve como pergunta orientadora: Quais são os níveis de ruídos aceitáveis, numa UCI? Na estruturação desta questão, recorremos à estratégia PICO: participantes; intervenção; contexto do estudo e resultados (outcomes). A colheita de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2019 nas bases de dados: CINAHL e MEDLINE com Full Text, a partir da plataforma EBSCOhost. Os descritores utilizados na pesquisa efetuada foram: *Critical care* e *Noise*. Definiram-se como critérios de inclusão: estudos publicados nas bases de dados anteriormente referidas, no espaço temporal de 2010-2019, apresentados em texto integral e nos idiomas inglês, português e espanhol. E, como critérios de exclusão: estudos em UCI neonatais e repetidos. Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 125 artigos. Inicialmente, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, estabeleceu-se uma amostra de artigos. Desses 125 artigos, foram excluídos 16 por se encontrarem duplicados e 4 por se tratarem de estudos em unidades pediátricas ou neonatais, procedeu-se a uma análise criteriosa dos artigos selecionados, extraíndo 4 artigos.

Resultados e Discussão

De forma a organizar a informação recolhida dos artigos, optei por apresentá-la numa tabela, adquirindo o seguinte formato:

Autores do artigo/Ano da Publicação	Tipo de Estudo/Desenho da intervenção (N=amostra)	Objetivo do Estudo	Principais Conclusões
Estudo 1: Nancy Lawson Kim Thompson Gabrielle Saunders Jaya Saiz Jeannette Richardson Deborah Brown Naomi Ince Marc Caldwell Diana Pope (2010)	Quantitativo. As medidas foram realizadas em 3 fases: na 1ª fase, foram medidos o nível de som dos alarmes: do monitor cardíaco ao lado da cama, do sistema de ventilação e da bomba de infusão, dentro de um quarto. Estas medições foram feitas com os aparelhos nas configurações máxima, mínima e provisória para determinar o nível de som ao qual o doente pode ser exposto no seu próprio quarto. Cada alarme de equipamento foi ativado manualmente por 10	Medir os níveis sonoros para os quais os doentes das unidades de cuidados intensivos são expostos	Na 1ª e 2ª fase, os valores de pico de nível sonoro foram superiores no quarto do doente comparados com os avaliados na sala ao lado em todos os alarmes. E, quando a porta da sala ao lado estava fechada não diminuía o pico dos valores de nível sonoro. Os níveis médios de som dentro do quarto do doente foram geralmente inferior a 45 dB, mas os níveis de pico geralmente eram maiores de 85 dB. Na

	<p>segundos e o valor de nível sonoro em pico para esse período foi gravado. Este processo foi repetido 3 vezes numa única sessão para cada configuração de alarme e item de equipamento. Todo o procedimento foi repetido 4 semanas depois.</p> <p>Na 2º fase, foi medido o nível de som dos alarmes numa sala ao lado para avaliar o nível sonoro que os doentes das salas próximas estão expostos. O procedimento descrito para a 1º fase foi utilizado, mas o medidor de som estava localizado num quarto ao lado (quarto B). As medidas foram feitas com a porta da sala ao lado aberta e depois com a porta fechada. A porta do primeiro quarto (quarto A) estava sempre aberto. Como na fase 1, o procedimento foi repetido 4 semanas depois.</p>		<p>última fase, os níveis sonoros de pico e média não diferiram sistematicamente durante 24 horas de medição. Os valores de nível sonoro foram maiores quando a porta estava aberta, mas os níveis de pico eram semelhantes.</p>
--	--	--	--

	<p>E, na 3ª fase foi medido o nível sonoro na Unidade de Cuidados Intensivos durante vários períodos de 10 a 24 horas para determinar os níveis de ruído e se variam ao longo do dia e da noite. As gravações foram feitas em 12 ocasiões; com a porta aberta 8 e com a fechada 4.</p>		
<p>Estudo 2: Danielle Goeren Sherley John Katie Meskill Laura Iacono Stacy Wahl Kerri Scanlon (2015)</p>	<p>Quantitativo. A equipa da unidade de cuidados intensivos neurocirúrgica identificou o ruído como um problema. Posto isto, escolheram horários “de silêncio” das 3h às 5h e das 15h às 17h. Com isto, desenvolveram um plano de melhoria com o objetivo de reduzir os níveis de ruído em 10 decibéis em 6 meses. Os níveis de ruído foram recolhidos em 4 locais a cada 30 minutos, durante os horários escolhidos, durante 8 dias,</p>	<p>Reduzir os níveis de ruído em 6 meses, iniciando um período de silêncio por 2 horas, duas vezes por dia.</p>	<p>Embora fosse possível reduzir os níveis de ruído durante o tempo silencioso usando uma combinação de mudanças de educação e prática, não atingiram os níveis recomendados pela OMS de 30 a 45 dB para dormir. Houve reduções estatisticamente significativas nos níveis de ruído no posto de enfermagem e na entrada. Os níveis de ruído durante o</p>

	<p>e avaliados utilizando um decibelímetro. O período de silêncio foi implementado 1 semana, após a conclusão da educação da equipa, do doente e da família. Os dados de decibéis foram recolhidos e avaliados após 60 dias.</p>		<p>tempo silencioso diminuíram para uma média de 10 a 15 decibéis abaixo dos dados da linha de base.</p>
<p>Estudo 3: Julie L Darbyshire Duncan Young (Junho de 2012)</p>	<p>Quantitativo. Este estudo foi realizado durante duas semanas em 5 unidade de cuidados intensivos no Reino Unido. A avaliação dos níveis sonoros diurnos e noturnos foi realizada durante a semana e no final da semana em cinco unidade de cuidados intensivos. Em cada unidade, os dois medidores de som passaram simultaneamente nas 24 horas, um colocado centralmente na unidade ou adjacente a estação central e outro a cabeça do doente.</p>	<p>Medir os níveis sonoros para os quais os doentes das unidades de cuidados intensivos são expostos e comparar com a diretrizes da OMS.</p>	<p>Todas as unidades de cuidados intensivos apresentaram níveis médios sonoros acima de 45 dB em todos os momentos e entre 52 e 59 dB por mais de 50% do tempo. O nível sonoro máximo foi de 127,9 dB. O nível sonoro adjacente à cabeça do doente foi quase sempre maior que na estação central. Todas as unidades de cuidados intensivos apresentaram níveis sonoros superiores às recomendações da OMS, mas os níveis</p>

			recomendados pela OMS são tão baixos que não são viáveis em uma unidade.
Estudo 4: Heather C. Riemer Joanna Mates Linda Ryan Bonnie J. Schleder (2015)	Quantitativo. O tempo de “silêncio” foi aplicado na unidade por um período, das 14h às 16h para avaliar níveis de luz, ruído e o <i>stress</i> dos enfermeiros. Os níveis de <i>stress</i> dos enfermeiros foram medido usando uma escala analógica visual de 100 pontos. O ruído da unidade utilizaram um medidor digital de nível de som (modelo 407736, Extech Instruments). E, a luz, utilizaram um medidor de iluminação (modelo 615, Huygen Corpora). As medidas foram colhidos a cada enfermeiro 4 vezes por dia e 30 minutos antes, e 30 minutos, 1 hora e 2 horas após a implementação tempo de “silêncio”.	Avaliar os efeitos da implementação do tempo “de silêncio” numa unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgica em níveis de luz, ruído e <i>stress</i> da equipa de enfermagem	Comparado com o valor da linha de base, o ruído foi diminuiu em 30 minutos, 1 hora e 2 horas, após o tempo de silêncio. No entanto, a análise da variância indicou que decibéis médios não diminuíram significativamente ao longo do tempo.

Do primeiro artigo, verificamos que na primeira e segunda fase, na avaliação do nível sonoro do monitor cardíaco, o valor dos alarmes foi de 86,5 dB quando o medidor de som estava no quarto do doente, 67,5 dB quando estava a sala ao lado com a porta fechada e 69,4 dB quando estava na sala ao lado com a porta aberta. No sistema de ventilação, o nível sonoro era mais alto no quarto do doente (86,0 dB), significativamente menor no quarto com a porta aberta (71,5 dB) e ligeiramente mais baixo ainda na sala ao lado com a porta fechada (65,8 dB). Já na avaliação do nível sonoro da bomba de infusão, os valores foram de 83,8 dB no quarto do paciente e 67,9 dB na sala ao lado e com a porta aberta. Ou seja, na 1ª e 2ª fase podemos verificar que os valores medidos no quarto do doente são superiores ao da sala ao lado para todos os equipamentos. Na última e 3ª fase, o valor de nível sonoro foi de 39,8 dB com a porta fechada e de 43,2 dB com a porta aberta. Ou seja, os valores de nível sonoro foram maiores quando a porta estava aberta, mas os níveis de pico eram semelhantes (82,6 dB). Melhor dizendo, fechar a porta do quarto de um doente diminui o nível de ruído médio naquela sala, mas não o nível de ruído em pico. Analisando os valores do nível sonoro médios, verificamos que foram inferiores a 40 dB quando a porta do quarto do doente estava fechada e inferior a 45 dB quando a porta do quarto estava aberta. Estes níveis são aceitáveis perto com os critérios especificados pela OMS de 30 dB LAeq, com um nível máximo de 40 dB durante a noite. Mas, relativamente aos níveis em média de som em pico que foram de 83 dB, sendo que estes níveis tão altos podem incomodar o descanso do doente e o foco do enfermeiro.

Na análise do segundo artigo, verificamos que antes da implementação do “período de silencioso”, o nível sonoro máximo era entre 70 e 75 dB, nos diferentes locais de avaliação e após a implementação entre 60 dB e 65 dB. Ou seja, diminui os níveis de ruído, com valores de 10 a 15 dB, após a implementação. Podemos concluir, que embora fosse possível reduzir os níveis de ruído com a implementação do “*período silencioso*”, com o recurso a sessões de educação para os profissionais de saúde, doente e família e com mudanças da política não conseguiram alcançar os níveis recomendados por a OMS. Segundo o estudo, a estrutura física da unidade, a movimentação frequente dos doentes na admissão e na transferência para outro local foram motivos que dificultaram a redução dos níveis de ruído.

Com o artigo 3, verificamos que o nível de som maior avaliado nas cinco UCI na Inglaterra localizado na zona central das mesmas foi de 59,1 dB e ao lado do doente de 59,9 dB. Os valores de som estavam entre 51,3 e 59,1 dB na zona central e 54,1 a 59,9 dB no

local a beira do doente. O nível do som ao lado à cabeça do doente foi quase sempre maior que na zona central. Todas as UCI registraram níveis de som médios acima de 45 dB em todos os momentos e entre 52 e 59 dB por mais de 50% do tempo. Em mais de 50% dos momentos avaliados, o valor do nível de som em pico ocorreu entre 79,0 dB e 84,6 dB, sendo o maior registado de 127,9 dB.

O quarto e último estudo, verificamos que apesar do ruído diminuir da linha de base (média, 62,93 dB) 1 hora após a aplicação do “tempo de silêncio” (média de 60,88 dB), o nível começa a aumentar às 2 horas após o tempo de silêncio (média, 61,69 dB). Comparado com o valor da linha de base, o ruído foi também diminuiu em 30 minutos, 1 hora e 2 horas após o tempo de silêncio. Isto é, os níveis de som avaliados neste estudo não são aceitáveis segundo a recomendação da OMS.

A partir da interpretação dos artigos supra referidos, verificamos que nenhum deles alcançou os níveis recomendados pela OMS. Dois estudos demonstram como a implementação do tempo silencioso é possível diminuir o ruído na UCI. No estudo também escrito, verificamos que a implementação de sessões de educação para os profissionais de saúde, família e doentes, tiveram sucesso na diminuição do ruído. Com isto, a consciencialização dos profissionais de saúde, tanto para os assistentes operacionais, enfermeiros e médicos, para o ruído excessivo nas UCI deveria ser uma prática de mudança nas mesmas.

Conclusão

As UCI dos estudos analisados anteriormente revelam que o nível de ruído produzido neste contexto é superior ao recomendado pela OMS. O ruído que aqui falamos é proveniente da atividade praticada pela equipa multidisciplinar e pelo alarme de equipamentos. A verificação desta realidade é um fator que despoleta *stress* e que poderá estar na causa distúrbios fisiológicos e psicológicos, quer para os profissionais de saúde quer para os doentes.

Referências Bibliográficas

Cboiniere, Denise. 2010. The Effects of Hospital Noise. *Nursing Administration Quarterly*. Outubro/Dezembro de 2010, Vol. 34, pp. 327-333.

Halm, Margo. 2016. Making Time For Quiet. *American Journal of Critical Care*. 6, Novembro de 2016, Vol. 25, pp. 552-554.

Konkani, Avinash e Oakley, Barbara. 2012. Noise in hospital intensive care units - a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care*. 2012, Vol. 27, pp. 522-529.

Lawson, Nancy , et al. 2010. Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 2010, Vol. 19, pp. 88-98.

Mates, Joanna, et al. 2015. Decreased Stress Levels in Nurses: A Benefit of Quiet Time. *American Journal of Critical Care*. 5, 396-402 de Setembro de 2015, Vol. 24.

Mead, M Nathaniel. 2007. Noise Pollution: The Sound Behind Heart Effects. *Environmental Health Perspectives*. 11, 2007, Vol. 115.

Neto, Rui de Alencar Sampaio, et al. 2010. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 4, 2010, Vol. 22, pp. 369-374.

Pereira, Raquel Paganini, et al. 2003. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 6, Novembro/Dezembro de 2003, Vol. 69, pp. 766-71.

Pugh, Richard J. 2007. The impact of noise in the intensive care. *Critical & Emergency Care*. 2007.

Silva, Roberto Carlos Lyra da, et al. 2012. Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort. *Journal of Nursing*. 6, 2012, Vol. 7, pp. 2800-2807.

Souza, Marcela Tavares de , Silva, Michelly Dias da e Carvalho, Rachel de. 2010.

Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Journal Einstein*. 8, 2010, Vol. 1, pp. 102-106.

World Health Organization. 2018. *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. s.l. : World Health Organization, 2018. 978 92 890 5356 3.

Apêndice III – Avaliação do Nível de Ruído na UCI



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Avaliação do Nível de Ruído na Unidade de Cuidados Intensivos

Por: Ana Martingo

Sob a orientadora da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, 7 de Fevereiro de 2020

Introdução

O ruído e o som excessivo, apesar de indesejados, são presença constante nas Unidade de Cuidados Intensivos. Estes fatores, apesar de comuns têm um grande impacto nos doentes, nomeadamente no sono e recuperação. Em novembro de 2019, a equipa da unidade de cuidados intensivos onde decorreu o contexto da prática clinica identificou o ruído como um problema, referenciando queixas de doentes e familiares.

O objetivo geral foi medir os níveis de som em geral que os doentes estão tipicamente expostos na Unidade de Cuidados Intensivos.

Metodologia

As medidas dos níveis de ruído foram realizadas em locais representativos na Unidade Cuidados Intensivos. O nível de ruído foi medido por um decibelímetro, modelo 407730, Extech Instruments, através de um microfone condensador com características. Este foi configurado da seguinte forma: tempo de resposta rápido (Fast), medindo em decibel o nível de pressão sonora (NPS) e usando a ponderação em frequência A dB(A). A faixa de medição compreendeu de 40 a 130 dB(A) e o espectro sonoro em bandas de oitava de 300 Hz a 8 KHz A localização foi escolhida em cada uma das salas. O ruído é medido usando uma escala logarítmica de dB. No qual foram avaliados, o nível máximo (LAFmax) a referência para níveis altos e o nível mínimo (LAFmin). Os dados medidos foram registados num período de 24 horas, num total de 3 turnos (Manhã, tarde e Noite). Como já referido, foram recolhidos os níveis sonoros em 3 pontos da unidade: no quarto individual (sala pequena), outro espaço onde se encontram uma lotação de 4 camas (sala média) e, por ultimo onde se encontram uma lotação de 11 camas (sala grande).

Resultados

Na tabela seguinte apresenta os valores medidos na UCI:

Horário	LAFmin	LAFmin
Sala Grande		
M	Low	75 dB
T	Low	70 dB
N	Low	65 dB
Sala Média		
M	Low	86 dB
T	Low	82 dB
N	Low	80 dB
Sala Pequena		
M	Low	50 dB
T	Low	60 dB
N	Low	56 dB

Limitações

O estudo foi limitado a 24h de gravação em cada local. Mais dias em cada local proporcionaria mais dados robustos e menos suscetíveis a ser afetados por eventos de ocasião que pode ter afetado no momento da gravação naquele dia. A avaliação do som apenas, do nível máximo (LAFmax) o do nível mínimo (LAFmin) e não do nível médio (LAeq), restringe também. Isso permitia uma análise mais detalhada dos níveis de ruído, nomeadamente ao número de níveis de pico e a sua duração.

Conclusão

O nível de ruído produzido na UCI da prática de contexto clínico ultrapassa o recomendado pela literatura, quer no período noturno quer no período diurno. Torna-se necessário repensar sobre a proveniência do ruído e adaptar as respectivas medidas de prevenção e atenuação ao mesmo.