

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização

à Pessoa em Situação Crítica

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de  
Especialização da Pessoa em Situação Crítica

*“A comunicação com a pessoa ventilada numa Unidade de Cuidados  
Intensivos”*

Carla Ouro Nascimento

Leiria, abril de 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica**

*“A comunicação com a pessoa ventilada numa Unidade de Cuidados Intensivos”*

**Estudante:** Carla Ouro Nascimento Nº 5090216

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

**Professor Orientador:** Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

Leiria, abril de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

À minha filha, ao meu marido e aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional.

À Professora Doutora Susana Sobral Mendonça por ter conduzido a orientação deste trabalho e a todos os professores que fizeram parte deste Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica.

Aos meus companheiros desta viagem, Pedro Correia e Marco Gaspar pela partilha deste percurso.

A todos os meus Mestres, Orientadores e Equipas que colaboraram nos diversos Ensinos Clínicos em especial à Sara Pereira, Cláudia Pereira, Anabela Pimenta e Otilia Mendes.

À minha Chefe Zélia Faustino e à Enfermeira Diretora Helena Abrantes que me impulsionaram a este desafio.

E por fim, ao Instituto Politécnico de Leiria, por me ter proporcionado a educação de qualidade e o conhecimento científico para este grau académico.

A todos os que contribuíram para tornar possível este percurso,

Obrigada!

## **RESUMO**

O avanço no conhecimento na Profissão de Enfermagem e as necessidades em saúde requerem que o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação, de forma a desenvolver competências dentro da sua área de especialização. O presente relatório, apresenta de forma reflexiva e crítica, as intervenções de enfermagem em Ensinos clínicos, direcionadas para as necessidades da pessoa em situação crítica, num Serviço de Urgência, numa Unidade de Cuidados Intensivos e numa Unidade de Hemodiálise. Perante estes contextos de intervenção optei por me guiar por duas Teorias de Enfermagem, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, para o desenvolvimento do tema da comunicação no estudo de investigação realizado, e ainda como referência no estabelecer da relação terapêutica enfermeiro/pessoa/família.

Das intervenções especializadas nestes contextos de aprendizagem, destaco o desenvolvimento da tomada de decisão, da liderança clínica, da capacidade de gestão dos cuidados altamente qualificados e da prática da enfermagem baseada na evidência.

Assim, a componente de investigação, teve como objetivo desenvolver competências comunicacionais nos enfermeiros numa UCI. Os resultados da investigação mostraram que: os enfermeiros têm dificuldade na comunicação com a pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, e que apresentam necessidades formativas nesta área. A escassez de tempo, a sobrecarga de tarefas e responsabilidades são aspetos apontados pelos enfermeiros como dificultadores para poderem comunicar com a pessoa de forma eficaz. Salientam como estratégias mais importantes para comunicar: falar de forma clara encarando a pessoa, demonstrar disponibilidade em comunicar e usar um tom de voz normal e frases curtas. A maioria dos enfermeiros assumiram que o livro de imagens é o mais adequado e facilitador da comunicação com a pessoa ventilada na UCI, tendo em conta a grande diversidade de métodos e instrumentos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) que lhe foram apresentados.

Em termos de conclusão, afirmamos que o desenvolvimento de competências nos ensinos clínicos e o trabalho de investigação permitiram o consolidar das competências como Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

**Palavras-Chave:** Comunicação, Unidade de Cuidados Intensivos e Ventilação Mecânica Invasiva.

## **ABSTRACT**

The advancement of knowledge in the Nursing Profession and the health needs require the Medical-Surgical Specialist to develop an evidence-based practice, oriented towards results sensitive to nursing care, being also the ideal leader for training projects, consultancy and research, in order to develop skills within their area of expertise. This report presents, in a reflective/critical way, the nursing interventions in Clinical Teaching, directed to the needs of the person in a critical situation, in an Emergency Service, an Intensive Care Unit and a Hemodialysis Unit. In view of these intervention contexts, I chose to be guided by two Nursing Theories, Afaf Meleis Theory of Transitions and Peplau's Theory of Interpersonal Relations, for the development of the communication theme on the research study carried out, and also as a reference in establishing the nurse/person/family therapeutic relationship.

Of the specialized interventions in these learning contexts, I highlight the development of decision-making, clinical leadership, and the ability to manage highly qualified care and evidence-based nursing practice.

Thus, the research component aimed to develop communication skills in nurses in an ICU. The research results showed that: nurses have difficulties in communicating with the person in a critical situation under invasive ventilation, and that they have training needs in this area. The scarcity of time and the overload of tasks and responsibilities are aspects pointed out by nurses as obstacles to being able to communicate effectively with the person. They point out as the most important strategies to communicate better: speaking clearly facing the person, demonstrating willingness to communicate and using a normal tone of voice and short sentences. Most nurses assumed that the picture book is the most appropriate and facilitator tool of communication with the ventilated person in the ICU, taking into account the great diversity of Alternative and Augmentative Communication (AAC) methods and instruments that were presented to them.

In terms of conclusion, we affirm that the development of competences in clinical teaching and the research work allowed the consolidation of competences as a Master and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in Persons in Critical Situation.

**Keywords:** Communication, Intensive Care Unit and Invasive Mechanical Ventilation.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**AHA** - *American Heart Association*

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**CAA** - Comunicação Aumentativa e Alternativa

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CODU** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**CVC** - Cateter Venoso Central

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**DRC** - Doença Renal Crónica

**EAM** - Enfarte Agudo do Miocárdio

**EC** - Ensino Clínico

**EEMI** - Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar

**EPI** - Equipamento de Proteção Individual

**FAV** - Fístula Artério Venosa

**HD** - Hemodiálise

**HER+** *Health Event & Risk management*

**HY**- Instituição

**HZ** - Instituição

**IACS** - Infecções Associadas Cuidados de Saúde

**INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica

**IRC** - Insuficiência Renal Crónica

**ISO** - *International Organization for Standardization*

**MRSA** - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PCR** - Paragem Cardiorespiratória

**PNSD** - Plano Nacional para a Saúde dos Doentes

**PPCIRA** - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**PSC** - Pessoa em Situação Crítica

**RCP** - Reanimação Cardiopulmonar

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAV** - Suporte Avançado de Vida

**SMI** - Serviço de Medicina Intensiva

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SU** - Serviço de Urgência

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

**UHD** - Unidade de Hemodiálise

**VMI** - Ventilação Mecânica Invasiva

**VMNI** - Ventilação Mecânica Não Invasiva

## **ÍNDICE**

**AGRADECIMENTOS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**Pág.**

**INTRODUÇÃO**..... 9

### **PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO**

**ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS**..... 12

**1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM** .....

12

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA..... 13

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS..... 14

1.3 UNIDADE DE HEMODIÁLISE..... 15

**2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**..... 15

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ..... 16

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ..... 25

### **PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO**..... 37

**1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO**..... 37

1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS..... 42

**2. ASPETOS METODOLÓGICOS**..... 44

2.1 TIPO DE ESTUDO..... 44

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 45

2.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS..... 45

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO LEGAIS..... 46

**3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**..... 46

**4. CONCLUSÕES DO ESTUDO**..... 56

**CONCLUSÃO**..... 58

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**..... 61

**APENDICES**

**APENDICE I – POSTER SOBRE OS RESÍDUOS HOSPITALARES**

**APENDICE II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – QUESTIONÁRIO**

**APENDICE III – DOCUMENTOS DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

**APENDICE IV – TRABALHOS CIPE**

## **INTRODUÇÃO**

A sociedade onde nos inserimos está em constante mudança e por isso é necessário adquirir e desenvolver novos saberes, capacidades e competências.

A enfermagem tem evoluído no aprofundamento das competências por parte dos seus profissionais, elevando assim, a qualidade na sua prestação de cuidados. O seu objetivo é prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vida, e aos grupos sociais em que ele está integrado, procurando manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) inserido no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, os tratamentos médicos e cirúrgicos remontam da antiguidade e os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados. Estes cuidados são prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato de vida, como resposta às necessidades afetadas e permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação (OE, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), segundo o Regulamento nº 429/2018, definiu que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolve uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de forma a potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Ao enfermeiro especialista, é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. As competências adquiridas estão relacionadas com vários aspetos, que permitem avançar e melhorar de forma contínua a

prática da enfermagem (Decreto-Lei n.º 140/2019).

Este relatório vem no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, que pretende o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, com enfoque nos problemas e diagnósticos de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Pretendo apresentar o percurso realizado para alcançar o título de mestre, descrevendo, analisando e refletindo de forma sucinta, as atividades e/ou experiências de maior relevância desenvolvidas nos respetivos Ensinos Clínicos (EC). Esta estratégia coloca em prática a reflexão na ação, para e sobre a ação, permitindo evidenciar a teoria que se aplicou na prática.

O desafio de ingressar neste curso de mestrado, veio ao encontro do percurso profissional que tenho trilhado, inserido nos cuidados à pessoa em situação crítica. Assim, tem como missão o desenvolvimento de competências e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O percurso prático desta formação, desenvolveu-se segundo três momentos de EC, cada um com 180 horas, realizados pela seguinte ordem cronológica: EC Urgência, EC na Unidade de Cuidados Intensivos e EC na Unidade de Hemodiálise.

A escolha dos campos de estágio descritos, tiveram em conta a qualidade das instituições selecionadas, por serem consideradas instituições de referência na implementação e desenvolvimento de práticas de cuidados atuais e inovadores.

A decisão de opção no EC em Hemodiálise, surge do desafio em desenvolver competências que considero imprescindíveis para o tratamento da pessoa com Insuficiência Renal Crónica (IRC). Foi também objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem em Unidade de Cuidados intensivos (UCI), local onde exerço funções e onde desenvolvi o projeto de investigação proposto neste curso. A área de tratamento da pessoa com necessidade de Hemodiálise (HD), tornou-se uma necessidade de aprendizagem, dada a sua importância no tratamento da pessoa em situação crítica.

O tema da comunicação desenvolvido neste relatório tem como base a teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.

### **São objetivos e finalidades deste Relatório:**

1. Descrever o percurso formativo nos locais de EC;

2. Reconhecer as atividades/estratégias utilizadas como meio de aprendizagem;
3. Identificar as competências comuns e específicas desenvolvidas enquanto enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
4. Desenvolver uma análise crítico-reflexiva efetuada sobre as intervenções desenvolvidas nos ensinos clínicos.

Relativamente à estrutura, este relatório está dividido em duas partes. Na Parte I, estão descritas as competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro na área de especialização na PSC, atividades desenvolvidas e reflexão crítica em relação a cada EC, de forma integrativa, ou seja, estabelecendo relação entre os três EC quando se refere à competência em causa (EC de Urgência, EC de Cuidados Intensivos e Ensino Clínico de Opção em Hemodiálise). Na Parte II, o estudo de investigação / ação. A temática do estudo foi “*A comunicação com a pessoa ventilada numa Unidade de Cuidados Intensivos*”, que teve como objetivo geral, desenvolver competências comunicacionais nos enfermeiros numa UCI para comunicar com a pessoa ventilada. Para este estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário.

A conclusão encerra este relatório, com a descrição dos principais resultados do estudo e investigação, a descrição das dificuldades deste percurso, os seus pontos fortes de aprendizagem e os projetos futuros pretendidos.

## **PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS**

### **1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, constitui a realização de três momentos em EC: o EC que decorreu em Serviço de Urgência (SU), o EC na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e ensino clínico opcional, em Unidade de Hemodiálise (UHD).

O SU, a UCI e a UHD, pelo foco que os caracteriza no tratamento da pessoa em situação crítica, possibilitaram novas aprendizagens e contribuíram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências pretendidas neste curso.

Segundo Benner (2001), o conhecimento prático adquire-se com o tempo e por isso é necessário construir estratégias para que haja conhecimento do saber fazer de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.

Os EC realizados decorreram nos hospitais, HY e no HZ, sendo este último com acreditação pela *Joint Commission International* (JCI).

A missão essencial do HY, passa por prestar serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade para a satisfação dos seus utentes e das entidades responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, tendo sempre presente a justa noção da eficiência da sua ação. Este Hospital assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes distribuídos pelos concelhos vizinhos numa área de 3.500 Km<sup>2</sup>.

O HZ, conta com mais de 400 anos de história e presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas.

Neste primeiro momento, serão caracterizados os locais de EC, seguindo-se uma análise crítico-reflexiva, fundamentada cientificamente com as atividades desenvolvidas e vivenciadas.

## 1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

Segundo Sheehy (2004), considera-se urgência toda a situação de alteração do processo saúde/doença da pessoa onde existe risco de falência das funções vitais e, por emergência, toda a situação onde está iminente ou já instalada a falência de pelo menos uma das funções vitais.

O SU, onde foi realizado o EC, destina-se ao atendimento de pessoas vindas do exterior do hospital. Estas pessoas podem vir acompanhadas pelas equipas de socorro dos Bombeiros ou do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através de meios próprios ou ainda referenciadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) ou pela Linha de Saúde 24.

Face à situação atual de pandemia que se atravessa e de acordo com a Norma nº 004/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS), o SU está dividido em duas áreas distintas, a área COVID-19 e a área Não COVID-19, de forma a prevenir o contágio e/ou propagação da doença.

Existem quatro zonas de tratamento: a triagem, a área cirúrgica /ortopédica, a área médica e a sala de emergência. A Urgência Pediátrica e Obstétrica são separadas da Urgência Geral.

A triagem cumpre o Protocolo de Manchester para o estabelecer prioridades de atendimento. São assim, atribuídas cores conforme a gravidade do quadro clínico da pessoa: vermelho para situações emergentes, laranja para situações muito urgentes, amarelo para situações urgentes, verdes para situações pouco urgentes e azuis para situações não urgentes.

O circuito da pessoa em situação crítica, inicia-se pelo Serviço de Admissão, passando à sala de Triagem onde é definido o encaminhamento para a respetiva área de tratamento, salvo a exceção da área vermelha que tem entrada direta por ser onde se assistem os casos mais graves.

É maioritariamente na sala de emergência que a pessoa em situação crítica é assistida, e posteriormente encaminhada, depois de estabilizada.

A equipa de enfermagem encontra-se distribuída pelas diversas salas e existe sempre um enfermeiro responsável de turno, designado por chefe de equipa e com a competência de enfermeiro especialista. A este enfermeiro são atribuídas funções na área da gestão, no que diz respeito à distribuição da equipa por postos de trabalho, organização de pessoas com

necessidade de internamento, gestão de materiais e outras funções que estejam relacionadas com o funcionamento do SU.

O EC, decorreu no período de 7 de setembro a 13 de novembro de 2020 e teve a duração de 180 horas. Este EC, após ter ultrapassado a fase inicial de integração, teve como objetivo geral o desenvolvimento de aptidões que permitissem intervir de forma integrada na equipa de saúde e na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

## 1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Os Serviços de Medicina Intensiva estão habilitados para adotar a responsabilidade integral no tratamento à pessoa em situação crítica (Ministério da Saúde, 2017).

A UCI onde desenvolvi EC, decorreu no período de 3 de dezembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021, com a duração de 180 horas. A UCI é uma unidade polivalente onde prevalecem pessoas em situação crítica nas especialidades de Medicina Interna, Cirúrgica e Cardiológica. Na situação de pandemia conforme Norma nº 004/2020 da DGS, a UCI está dividida em duas áreas distintas face ao plano de contingência atual para o controlo da doença COVID-19. Assim, existe a área COVID-19, e a área Não COVID-19. Todo o Ensino Clínico foi realizado nas duas áreas.

A UCI é constituída por oito unidades/*Boxes* individuais de internamento, onde existe uma box com capacidade para diálise intermitente e outra para isolamento por pressão negativa. Integrada na UCI está a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP), que conta com doze unidades, das quais quatro são para pessoas em situação crítica da valência de Cardiologia e oito da Médico-Cirúrgica, sendo que existem duas unidades de isolamento por pressão negativa e uma que para a realização de hemodiálise intermitente.

Ao nível dos recursos humanos, a UCI é constituída por uma equipa formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeuta e assistente administrativa. Para além da enfermeira chefe, a equipa de enfermagem é constituída por trinta e oito enfermeiros, dos quais nove possuem o título de mestrado na pessoa em situação crítica.

É na UCI que está inserida, a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) que é constituída por um enfermeiro e um médico com formação em SAV (Suporte Avançado de Vida) e que tem como objetivo dar resposta a emergências médicas que ocorram na área

clínica e não clínica do hospital. Diariamente no plano de distribuição de trabalho da equipa é definido o elemento ao qual é atribuída esta função em caso de ativação via telefónica.

### 1.3 UNIDADE DE HEMODIÁLISE

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021), a Doença Renal Crónica (DRC) afeta cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Portugal mais de 20 000 pessoas estão dependentes de diálise ou transplante renal. O diagnóstico e tratamento, particularmente em estádios avançados da doença renal, tem um impacto nas suas vidas, interferindo na capacidade para as suas atividades quotidianas como o trabalho, viagens e socialização.

A UHD onde realizei o EC, decorreu no período de 10 de maio a 29 de julho de 2021, com a duração de 180 horas com orientação de uma professora da Escola de Saúde de Leiria, e da enfermeira chefe da UHD do HZ.

A UHD recebe pessoas do regime de ambulatório e das unidades de internamento do HZ. Esta UHD também está dividida em duas áreas distintas, face ao plano de contingência atual para o controle da doença COVID-19. Assim, existe quatro vagas para a área COVID-19, e 21 para a área Não COVID-19.

A gestão diária das pessoas provenientes do internamento é feita pela equipa médica e pela enfermeira coordenadora do serviço.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As atividades desenvolvidas nos EC, juntamente com a base teórica e científica adquirida ao longo deste curso, conduziram ao objetivo geral pretendido que corresponde à aquisição das competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista definidas pela OE, conforme Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019.

Neste capítulo pretendo de forma crítica descrever, refletir e analisar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos EC realizados.

## 2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento nº140/2019, regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. O enfermeiro deve possuir quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao enfermeiro especialista é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. As competências adquiridas estão relacionadas com vários aspetos, que permitem avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem e que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A Ordem dos Enfermeiros, no REPE, define no artigo 8º, que todos os enfermeiros devem adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015). Assim, na prática dos cuidados de enfermagem, devem ser valorizados de forma constante, os aspetos relacionados com os direitos da pessoa, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelas suas crenças.

As salas de emergência e unidades de tratamento são em espaço aberto, de forma a permitir a monitorização e a vigilância contínua em simultâneo pelos vários profissionais de saúde a todas as pessoas que nela permanecem. Neste contexto, tive a preocupação constante do uso de cortinas existentes nestas salas, uma vez que permitiam a prestação de cuidados garantindo a privacidade da pessoa num espaço físico individualizado.

O EC no SU, decorreu num período crítico da situação pandémica a nível nacional e internacional. Gerir o direito à privacidade, foi uma das maiores dificuldades, dado o elevado número de pessoas em macas para um reduzido espaço físico, onde a falta de recursos materiais e humanos foram também um obstáculo à qualidade dos cuidados. Apesar desta dificuldade, considero uma experiência positiva uma vez que desenvolvi momentos de criatividade, improviso e estabelecimento de prioridades na gestão dos recursos existentes.

O perigo de contágio da doença COVID-19, obrigou ao isolamento das pessoas no meio hospitalar e das famílias nos seus domicílios. Conforme o nível de evolução da pandemia, a gestão das instituições de saúde foram tomando decisões e feito as alterações necessárias com base nas normas emitidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Direção Geral de Saúde (DGS) e também ao nível governamental. Toda esta situação obrigou à reorganização dos serviços de saúde de forma a dar a melhor resposta aos cuidados de saúde possíveis.

Considero que, a complexidade no tratamento da pessoa em situação crítica desenvolve a capacidade para a tomada de decisão. Nestes EC identifiquei situações de elevado índice de gravidade, muitas das quais irreversíveis, onde participei com a equipa multidisciplinar na tomada de decisões importantes, como por exemplo, a limitação terapêutica e o envolvimento da família em fase final de vida, dadas as novas regras de isolamentos relacionadas com a proibição de visitas dos familiares no meio hospitalar.

O Artigo 87º do Código Deontológico, faz referência ao respeito pela pessoa em fase terminal. O enfermeiro tem o dever de defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida. Verifiquei que existiam muitas situações de morte em que estas pessoas não tiveram a presença da família na sua fase terminal de vida. Na maioria das vezes, a família foi informada da morte ou do estado clínico via telefone, uma vez que era a única estratégia de comunicação possível e permitida.

Segundo Benner (2001), a experiência profissional tem influência na tomada de decisão. Os enfermeiros são classificados de novatos a peritos, sendo o enfermeiro perito capaz de tomar decisões, como resultado do seu julgamento intuitivo adquirido através da intuição baseada na perícia acumulada. Este julgamento intuitivo envolve o reconhecimento de padrões, o reconhecimento de similaridades, a compreensão da situação, o sentido de prioridade e a visão global da situação.

Tal como Benner defende na sua teoria, verifiquei que eram os enfermeiros peritos que conduziam a tomada de decisão. Posso concluir que, mesmo no pior cenário, consegui e tenho o dever de defender e promover os direitos da pessoa em fase terminal, adaptando os recursos que existem, da melhor forma possível, sem esquecer o envolvimento da família e o direito à informação clínica. Um exemplo deste recurso, foi a comunicação por vídeo chamada telefónica entre a pessoa em situação crítica e a família. Outro dos recursos utilizados foi

também o uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) nos familiares de forma a permitir a sua presença sem existir o risco de contágio da doença.

Em todas as intervenções de enfermagem, foram sempre levadas em consideração as suas particularidades e individualidades no que se refere ao facto de ensinar hábitos e cuidados de saúde corretos, que muitas vezes estas pessoas decidiram não fazer nem respeitar. Assim, nestas advertências era respeitada a decisão e discordância da pessoa preservando o seu direito de escolha.

De acordo com o Artigo 84º do Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, foi necessário adquirir conhecimentos relacionados com a pessoa com DRC, como por exemplo, relativamente à alimentação, hábitos de vida e cuidados relacionados com a Fístula Artério Venosa (FAV) e o Cateter Venoso Central (CVC). Foi durante as sessões de Hemodiálise (HD), que consegui promover momentos de esclarecimento de dúvidas, de informação e de educação para a saúde, sempre de forma individualizada. Com base na Teoria de Peplau, a relação interpessoal com a pessoa com IRC, permitiu desenvolver estratégias para promover a educação para a saúde e a mudança de hábitos de vida que considerava necessários.

A PSC tem o direito à presença de um acompanhante no SU. De acordo com a Lei nº 15/2014, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, o Artigo 12º, refere-se ao direito ao seu acompanhamento por uma pessoa por si indicada, nos SU do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Durante o EC no SU, a gestão desta lei foi uma dificuldade, apesar de tida em consideração pelos enfermeiros, uma vez que o elevado número de pessoas para o espaço físico existente não permitia a presença permanente do acompanhante. Nas áreas COVID-19, não foi possível cumprir a lei na íntegra, dado o risco evidente de contágio desta doença. Nas áreas Não COVID-19, os enfermeiros permitiam a entrada e saída do acompanhante, para que este não permanecesse dentro das áreas de tratamento dado a dificuldade de gestão do espaço físico existente.

Posso concluir desta aprendizagem que, apesar das circunstâncias e das dificuldades vividas, consegui ajustar as condições existentes para a prestação de cuidados à pessoa com base no respeito e nos seus direitos envolvida na tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar.

## **Domínio contínuo da melhoria da Qualidade**

A OE (2017) tem desenvolvido esforços para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A definição dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” constituem um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal.

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, do Decreto-Lei n.º 102/2015 de 27-05-2015, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional.

No meu ponto de vista, alicerçado na evidência científica e na minha prática clínica, a existência de auditorias, normas, protocolos e documentos de consulta, são ferramentas fundamentais para manter o nível da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista deve promover e organizar os meios necessários para reduzir a probabilidade de ocorrência do erro humano e para a prestação de cuidados com qualidade e de forma uniformizada.

Foi visível que o HZ, procura uma melhoria contínua e está reconhecido pela obtenção das diferentes certificações como a “*International Organization for Standardization*” (ISO), bem como pela JCI, a mais reputada entidade de acreditação de serviços de saúde a nível mundial. Garantir e evidenciar boas práticas e melhoria contínua dos cuidados, deve ser a linha de orientação das equipas de saúde. No que diz respeito às normas da JCI, considero que colaborei com a equipa de gestão do SU do HY, demonstrando conhecimentos, e algumas experiências vividas no processo de acreditação do HZ onde exerço funções.

Da informação recolhida no EC Urgência, o HY não apresenta suporte de certificação recente na área da qualidade. Assim, conclui que apesar de existirem boas práticas nesta área, estas não mostram evidência.

A gestão da qualidade constitui um esforço consciente, contínuo e organizado por parte da Unidade de Gestão Clínica de forma a dar um valor acrescentado à prestação assistencial.

Baseada em ferramentas validadas e boas práticas, esta gestão da qualidade deve fazer parte da cultura da instituição e dos seus profissionais (DGS, 2017).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde e constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, gestores de risco e profissionais de saúde. Este plano assenta em cinco pilares importantes: a cultura e segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e a gestão de incidentes de segurança da pessoa e as práticas seguras em ambientes seguros.

Considerarei nesta área de aprendizagem aspetos que se tornaram relevantes como a segurança da pessoa em situação crítica e dos profissionais de saúde. Foi também pertinente a consulta de protocolos, registos de auditorias, normas ou instruções de trabalho. No HZ, os profissionais de saúde podem utilizar sempre que necessário, na intranet, uma plataforma (HER+) para o sistema de notificação de incidentes. Também na base deste plano, de acordo com a segurança dos cuidados, encontrei por parte dos enfermeiros gestores, a preocupação com a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde e a forma como o trabalho é organizado.

O HZ, realizou mensalmente, até final de 2019, a auditoria das boas práticas dos cuidados em todos os serviços com internamento. Este trabalho é um instrumento essencial para identificar os aspetos a melhorar na qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi importante consolidar conhecimentos na área da qualidade, uma vez que, profissionalmente faço parte desta área de trabalho e desta forma melhorei as minhas competências para o seu domínio.

No HZ, existe uma plataforma na Intranet acessível a todos os profissionais, com o registo atualizado de todos os protocolos, normas e documentos que podem ser utilizados.

No EC de UCI, verifiquei que existiam várias normas de procedimentos e protocolos implementados, que permitiam uma uniformização dos procedimentos baseados na evidência, fomentando assim, a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados, indo ao encontro do referido no Artigo 9º do REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros). São exemplos destes instrumentos, o protocolo da glicémia à pessoa em situação crítica e o protocolo da cetoacidose diabética / síndrome osmolar hiperglicémico.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (Regulamento 361/2015 p.17241) “Na procura

permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”.

O enfermeiro especialista tem assim um papel importante na prestação de cuidados de saúde e deve considerar que a gestão de risco é um processo de grupo com o objetivo de garantir a maior segurança possível da pessoa em situação crítica.

A redução do risco de erros e eventos adversos, passa pela correta identificação da pessoa.

Ao encontro das competências pretendidas como enfermeira especialista, cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

No SU, verifiquei que todas as pessoas admitidas tinham pulseira de identificação. Esta é colocada na triagem com a respetiva cor da prioridade atribuída. Em UCI e na UHD também validei que todas as pessoas fossem identificadas com pulseira sendo este um procedimento instituído em ambas as Unidades.

A presença de pulseira de identificação, é uma ajuda na validação para a administração terapêutica. Relativamente à garantia da segurança na administração dos medicamentos, pude observar que na UCI todos os enfermeiros têm como prática, imprimir a etiqueta correspondente para a medicação a administrar e identificá-la respetivamente. As etiquetas de identificação são fundamentais para a prevenção de erros na administração de medicamentos. Em relação aos armários de medicação, verifiquei que na UCI e na UHD toda a medicação estava devidamente identificada, inclusive a medicação considerada de alto risco.

É importante a prevenção de danos decorrentes de quedas. O SU do HY possui um sistema de identificação e pessoas admitidas neste serviço que possuem alto risco de queda, sendo adotadas medidas preventivas. Foi minha preocupação constante, levantar as grades das macas, baixar e travar as macas. Na UCI, apesar de grande parte das pessoas estarem sob sedação, também são adotadas medidas de prevenção de quedas, nomeadamente a contenção mecânica das mãos quando necessário para que não ocorra auto-extubação ou saída acidental de cateteres. Conforme consta nas normas da JCI, todas as pessoas com contenção física tinham prescrição médica. Na UHD é feito o registo e a avaliação do risco de queda a todas as pessoas antes de iniciarem a sessão de tratamento.

A criação de um ambiente seguro, durante o tratamento da pessoa em situação crítica é uma atitude terapêutica que também contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados

prestados.

No decorrer dos EC tive necessidade e preocupação constante de recorrer a pesquisa bibliográfica, bem como, a conteúdos lecionados durante a componente teórica deste curso, permitindo-me refletir e tomar decisões fundamentadas, sempre com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

### **Domínio da Gestão de Cuidados**

Conforme Regulamento nº101/2015, o enfermeiro gestor no seu perfil de competências garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera, implementa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e garante a prática de enfermagem baseada na evidência.

Nos EC realizados, foram criados momentos de reuniões de esclarecimento e compreensão das funções desempenhadas pelas enfermeiras chefes e enfermeiras coordenadoras, para haver oportunidade de desenvolver competências na área de gestão de recursos humanos, a elaboração de horários e de toda a atividade referente à articulação com a gestão hospitalar. A enfermeira coordenadora tem um papel importante na gestão e liderança do serviço. Foi possível verificar as principais atividades e a dinâmica de trabalho entre ambas.

No SU do HY, a distribuição das equipas por posto de trabalho é feita diariamente pelo chefe de equipa de enfermagem no início do turno. Esta metodologia de trabalho não me pareceu a mais eficaz, uma vez que atrasa o início da passagem de turno e por conseguinte a prestação de cuidados. Sugeri e elaborei, um plano de trabalho semanal, com a distribuição dos enfermeiros por postos de trabalho conforme as suas competências, de forma a permitir o planeamento antecipado do turno.

De acordo com Fradique e Mendes (2013), a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem é influenciada pela liderança. Esta qualidade depende de forma significativa do “líder” e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos. O Regulamento nº 743/2019, referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que não deve ser levado em conta apenas o número de horas de cuidado por pessoa e por dia, mas também, as competências profissionais, a arquitetura da

instituição, as características específicas de cada serviço, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da pessoa (OE, 2019). Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC (Enfermagem Médico Cirúrgica), preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas. Esta norma é um instrumento de apoio à gestão. Na UCI e no SU do HY apesar de existirem enfermeiros especialistas, não se verificou a percentagem recomendada.

A UHD cumpre os critérios do Regulamento n.º 743/2019, uma vez que integrava o mínimo de um enfermeiro, por cada quatro pessoas. Nesta Unidade não existem enfermeiros especialistas, à exceção da enfermeira chefe, no entanto, de salientar que todos os enfermeiros terem formação em técnicas dialíticas (OE, 2019).

Em relação à minha experiência profissional, tive a oportunidade de desenvolver funções de enfermeira gestora adjunta, o que considero que esta experiência, no EC no SU, foi uma mais valia para o desenvolvimento desta competência, uma vez que permitiu a troca de experiências e sugestões de melhoria com base nas diferentes instituições. Deste modo, fazem parte destas sugestões, a melhoria da gestão de pessoas internadas no SU, o circuito da pessoa em situação crítica, a metodologia de trabalho da equipa e aspetos relacionados com as boas práticas de acordo com normas da JCI.

### **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento de competências ao nível da aprendizagem, foi adquirido apesar dos níveis de stress no contexto hospitalar e da reorganização dos serviços provocados pela pandemia. Foi necessário nas experiências vividas, colocar em prática a assertividade, a gestão de sentimentos e a gestão do stress. A experiência em sala de emergência veio intensificar esta prática, por ser um local onde é necessário o controlo da equipa no estabelecimento de prioridades, dada a gravidade que obriga à rapidez na tomada de decisão. Por exemplo em situações como a Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral) e na Via Verde Coronária, todos os minutos são preciosos para melhorar ou recuperar a saúde da pessoa.

Relativamente, à função de enfermeiro supervisor, considero que é fundamental no contexto

da aprendizagem e faz-nos sentir mais seguros para o desenvolvimento das competências pretendidas, uma vez que, é adotada uma orientação crítica e reflexiva com base nos conhecimentos científicos adquiridos e nas experiências profissionais de cada um.

De acordo com o Regulamento n.º 366/2018, da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, a OE definiu que, o supervisor é o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de enfermagem e da supervisão clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisivos promove o desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2018).

De acordo com Garrido (2005), a função do supervisor clínico em enfermagem consiste em ajudar a controlar as dificuldades que este processo de acompanhamento comporta e possibilita o desenvolvimento de competências no sentido de uma maior qualidade no cuidar. A prestação de cuidados com qualidade em SU, UCI e UHD exige profissionais capacitados e preparados técnica e cientificamente, com conhecimentos aprofundados. Verifiquei nos EC a existência de planos de formação em serviço integrados nas necessidades dos profissionais neles inseridos.

A formação em serviço, deverá ser o reflexo de uma prática profissional refletida porque tratando-se de uma educação de adultos, a aprendizagem está diretamente relacionada com a experiência. Será assim um fator determinante para o seu desenvolvimento e para a promoção e realização desses profissionais (Santos, 2008).

Durante os EC de SU e de UCI, devido ao elevado risco de contágio, não foram permitidos momentos de formação presencial nos serviços, uma vez que foram canceladas as atividades programadas nos hospitais de forma que conseguisse dar resposta à elevada afluência e gravidade de pessoas devido à pandemia.

Sendo a formação um meio essencial para a equipa, recorreu-se a reuniões e formações por vídeo conferência, considero que a formação relacionada com a COVID-19 foi a mais requisitada, nomeadamente sobre EPI, talvez pelo medo dos próprios profissionais pelo contágio desta doença desconhecida e pela frequência com que estes se passaram a utilizar. Participei na divulgação de posters, elaboração e publicação de vídeos via telefone (*WhatsApp*) e reuniões entre pares também via online. Para consolidar conhecimentos para a prática de cuidados de enfermagem na abordagem da via aérea à pessoa com COVID-19, foi

de extrema importância a elaboração do trabalho CIPE (APENDICE IV), realizado e apresentado em contexto do EC de UCI.

Os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com DRC têm formação específica em técnicas hemodialíticas. O Enfermeiro iniciante deverá ter uma formação inicial com uma duração de três meses, no total mínimo de 420 horas, sendo supervisionado por um Enfermeiro com competências científicas e pedagógicas, reconhecido pela organização (OE, 2016).

Naturalmente, considero importante a educação permanente e continuada no cuidado ao DRC, principalmente para a realização da técnica de hemodiálise, onde as tecnologias estão em constante evolução e os cuidados à pessoa estão muitas vezes dependentes do correto manuseamento e interpretação das indicações das máquinas.

Assim, para o domínio das aprendizagens pretendidas durante os EC, foi de extrema importância a elaboração dos trabalhos CIPE, uma vez que promoveram o esclarecimento e o enriquecimento de conhecimentos. A base destes trabalhos passou por identificar uma problemática relevante para a prática de enfermagem com a codificação dos focos, dos diagnósticos e das intervenções associadas em Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). As temáticas destes trabalhos foram relacionadas com: as boas práticas para a decisão de algaliação da pessoa em sala de emergência, as complicações relacionadas com os acessos vasculares no DRC e a abordagem da via aérea à pessoa com COVID-19, como referido anteriormente.

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O crescimento e a satisfação profissional do enfermeiro é possível com base na sua motivação para a aquisição de novas competências, isto é, de competências específicas.

A construção de competências específicas para uma prática especializada tem de ter os alicerces nos novos conhecimentos adquiridos.

A OE, segundo o Regulamento n.º 429/2018, definiu que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolve uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de forma a

potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. Os EC, foram sem dúvida um excelente local para o desenvolvimento destas competências.

Aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos das unidades curriculares correspondentes a este curso de mestrado, nos EC, tornou-se um desafio durante este percurso.

A construção de competências específicas para uma prática especializada tem de ter os alicerces nos novos conhecimentos adquiridos.

### **Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos da doença crítica e /ou falência orgânica**

Os EC realizados ofereceram a oportunidade de cuidar e vivenciar experiências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação da sua gravidade clínica. Estas experiências proporcionaram-me o acompanhamento e a prestação de cuidados em vários contextos, como por exemplo a Paragem Cardiorespiratória (PCR), o choque anafilático, a Hipoglicemia, a Via Verde por AVC, os Síndromes Coronárias Agudas, os politraumatizados, as Cardioversões, a Intoxicação Medicamentosa Voluntária, etc. Foi possível também, aplicar e evidenciar os conhecimentos adquiridos na prática do Suporte Avançado de Vida (SAV) em várias situações distintas.

De acordo com AHA (*American Heart Association*) (2016), a atualização das diretrizes para RCP (Reanimação CardioPulmonar) e Atendimento Cardiovascular de Emergência mostraram a evidência que tanto em ambientes hospitalares com extra-hospitalares, muitas pessoas em PCR não recebem RCP de alta qualidade e a maioria não sobrevive. O SAV tem maior probabilidade de gerar resultados favoráveis quando os profissionais estão treinados, o reconhecimento da PCR e a resposta ao SAV é rápida, a desfibrilhação é o mais breve possível e os cuidados pós PCR são organizados.

Tal como referido anteriormente, o HZ tem uma EEMI (Equipa de Emergência Médica Interna), constituída por médico e enfermeiro que quando necessário é ativada, dentro da instituição, para dar resposta à pessoa em situação crítica em todas as áreas do hospital. Assim, foi possível fazer acompanhamento desta equipa e perceber a sua dinâmica numa

situação ocorrida durante o EC na UHD numa pessoa que durante o tratamento de HD (Hemodiálise) ficou inconsciente e fez PCR.

Durante o EC no SU, foi possível aplicar e evidenciar os conhecimentos adquiridos na prática do SAV em duas situações distintas. Uma situação numa pessoa vítima de trauma, e a outra numa pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Apesar das equipas mostrarem conhecimentos e seguirem de forma correta o algoritmo, conclui que nesta equipa as funções do *team leader* não foram conseguidas, uma vez que, existia algum desconhecimento sobre a organização e reconhecimento das funções desempenhadas pelos diferentes elementos.

De acordo com *American Heart Association* (2016), o líder da equipa é responsável por garantir que tudo seja feito em tempo certo e da melhor maneira, monitorizando e integrando a atuação do cada membro da equipa.

Nestes EC foram feitas várias pesquisas bibliográficas, para colmatar as dificuldades sentidas e o domínio da aplicação dos protocolos existentes. A título de exemplo, considerei que o domínio do protocolo de atuação da Via Verde AVC é a base para a sua eficácia.

Barreira (2018), evidencia a importância determinante do tratamento precoce do AVC através da ativação da Via Verde AVC.

No SU, em pessoas com critérios de ativação para a Via Verde AVC, a sua entrada era na sala de emergência, acompanhada da equipa pré-hospitalar. Verifiquei que na maioria dos casos não era realizada a fibrinólise, muitas vezes devido a janela terapêutica (quatro horas) e aos critérios de inclusão/exclusão descritos em protocolo.

As vivências no EC na UCI, proporcionaram-me desenvolver cuidados à pessoa com técnicas de alta complexidade como é por exemplo a colocação do Cateter Venoso Central (CVC), da linha arterial, Intubações Orotraqueais, avaliação do equilíbrio ácido-base e de balanço hídrico, pensos a feridas complexas cirúrgicas, etc. Neste contexto, também foi importante o domínio da avaliação e interpretação dos registos rigorosos de débitos urinários, débitos de drenagens, parâmetros vitais e monitorização de técnicas dialíticas.

Neste EC, o contacto e ampliação de competências inerentes aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica sob Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) foram de primordial importância para o meu desempenho profissional enquanto aluna do mestrado, como processo de aprendizagem numa área que considero essencial e importante. Foi uma dificuldade compreender os conceitos base na

pessoa com pneumonia associada à COVID-19 com necessidade de VMI, pelo desconhecimento científico desta doença atual ou pelo seu risco de contágio. Esta dificuldade foi ultrapassada com base no trabalho no CIPE realizado no EC na UCI. (APENDICE IV)

As pessoas internadas em UCI são submetidas a procedimentos altamente invasivos e que associados ao processo de doença necessitam de controle mais rigoroso da dor.

Gerir a dor e o bem-estar da pessoa, é um desafio que foi de encontro às minhas necessidades de aprendizagem.

Ferreira e Leite (2014), referem que o tratamento da dor não é apenas por terapêuticas farmacológicas (opióide e não opióide). O posicionamento adequado no leito, a correta colocação do tubo endotraqueal e estabilização de fraturas, entre outros, podem contribuir para o alívio da dor. A dor dificulta a colaboração da pessoa na sua recuperação.

Na UCI, existem escalas que são aplicadas para ajudar a avaliar a dor e o bem-estar da pessoa. A escolha das escalas tem a ver com o estado de consciência. São exemplos destas escalas, a Numérica (se a pessoa está orientada no tempo e no espaço), a do Observador (se não está orientada) e a de *Behavioral Pain Scale*. Considerei com a enfermeira orientadora neste EC, a necessidade urgente da criação de protocolos para o alívio da dor em terapêutica farmacológica. A enfermagem continua dependente da prescrição e decisão médica para administração de fármacos no que se refere ao controle da dor. De nada serve a excelente avaliação e registos feitos pelos enfermeiros, quando esta não está em articulação com a parte clínica para a prescrição.

Relativamente às pessoas com IRC, o uso de analgésicos é um desafio. O tratamento adequado deve levar em consideração a intensidade e duração da dor e as alterações farmacocinéticas decorrentes da doença renal. A adequação dos fármacos à condição clínica da pessoa pode ser capaz de ter bons resultados com os mínimos efeitos adversos e sem deterioração da condição clínica subjacente (Sakata & Nunes, 2014).

Apesar da complexidade do tratamento à pessoa com DRC, verifiquei no EC de UHD, os cuidados da equipa multidisciplinar na importância da individualidade em cada pessoa para a sua avaliação das necessidades terapêuticas.

A terapêutica medicamentosa instituída varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio e captadores de fósforo, entre outras. Visa ainda o controle de sintomas causados por doenças associadas à IRC, como sejam a

hipertensão arterial e a diabetes. Os medicamentos são prescritos com a expectativa de que eles possam causar benefícios e fatores positivos na saúde da pessoa (Terra, F., et al, 2010). Os protocolos, são instrumentos que contêm recomendações estruturadas de forma sistemática, baseando-se em evidências científicas, com o propósito de orientar as decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada a ter em situações de prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde (Figueiredo et al., 2018).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 da OE, o enfermeiro especialista garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Nos utentes que recorrem ao SU com protocolo de Manchester é o enfermeiro que estabelece a sua prioridade de atendimento. Assim serão atribuídas as cores consoante o grau de urgência do quadro clínico: vermelho para situações emergentes, laranja para situações muito urgentes, amarelo para situações urgentes, verdes para situações pouco urgentes e azuis para situações não urgentes e direcionados segundo a sintomatologia para as várias valências existentes. A triagem de Manchester organiza o acesso aos cuidados, segundo a identificação da prioridade clínica (Freitas, 2012).

No contexto do EC no SU, foi importante verificar a eficácia do protocolo de triagem segundo modelo de Manchester. Sem dúvida um excelente instrumento de gestão de cuidados, que é aplicado na maioria dos nossos hospitais. Por ter a certificação do curso de triagem de Manchester, foi possível fazer triagem durante o EC no SU.

Habitualmente, na sala de emergência, o enfermeiro intervém de forma prioritária e sistematizada, abordando a pessoa em situação crítica com a metodologia “ABCDE”. Neste contexto de sala de emergência, desenvolvi as competências inerentes a esta metodologia de avaliação, primando sempre por promover a humanização dos cuidados.

Segundo Sheehy (2004), a sala de emergência possui características específicas, por ser um lugar estruturado onde existe a possibilidade de praticar, desenvolver perícia e treino face à pessoa em situação crítica, em que o enfermeiro experiente avalia e reconhece de imediato estados em risco de vida e inicia as intervenções terapêuticas adequadas.

Para o EC do SU, foi importante e facilitador a minha experiência profissional que tem a ver com vinte anos em SU e de quatorze anos em emergência médica. Foi possível antecipar eventuais complicações, de forma a prestar cuidados de qualidade tal como se pretende no enfermeiro especialista. Considero que são pilares importantes para o sucesso da equipa nos

cuidados à pessoa no cenário de emergência: a liderança, a gestão do stress, a humanização dos cuidados e a comunicação.

De acordo com o Regulamento nº429/2018 da OE, o enfermeiro gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

No decorrer do EC, desenvolvi técnicas de comunicação com a pessoa/família de uma forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e valores. Enquanto futura enfermeira especialista adotei uma postura mais empática perante as várias situações de saúde. Uma pessoa em situação crítica está vulnerável e a sua família atinge níveis de ansiedade elevados, que muitas vezes não são traduzidos da melhor forma para os profissionais de saúde. A falta de informação é geradora de ansiedade, principalmente para a família. Pelas restrições aplicadas devido ao contexto COVID-19, criaram-se estratégias e momentos de comunicação com a família/ pessoa de referência. Foi minha preocupação localizar as pessoas significativas da pessoa em situação crítica, de forma a manter com esta a informação e o contacto adequado e necessário. Também foi essencial, desenvolver técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa/família de forma a gerir as situações de medo e ansiedade relacionadas com a nova doença COVID-19. A enfermagem deve adaptar-se aos vários contextos, sempre na linha da humanização dos cuidados e o êxito dos seus cuidados passa pela relação que consegue estabelecer com a pessoa/família.

Na UCI área COVID-19, verifiquei que para além de não serem permitidas visitas, a enfermagem não comunicava com a família, uma vez que estava definido pela gestão do serviço que o contacto era feito apenas pelo médico diariamente e a hora definida. Depois de identificar esta problemática, juntamente com a enfermeira orientadora, sugeri desenvolver estratégias de forma a motivar os enfermeiros a comunicar com estas famílias. Foi proposto à gestão do serviço, a aquisição de um *tablet* que permitisse fazer vídeo chamadas de forma que fosse possível o contacto da equipa e das pessoas internadas com a própria família. Até à chegada do material informático, juntamente com a enfermeira orientadora fizemos essas chamadas com os nossos próprios telemóveis. Foi interessante verificar que depois desta iniciativa, vários enfermeiros seguiram esta estratégia durante os seus turnos e os resultados foram muito positivos. As pessoas internadas apresentaram melhoria significativa em situações de ansiedade e as famílias manifestaram o seu agradecimento de diferentes formas,

reconhecendo também a importância desta estratégia para o bem estar de todos os envolvidos no processo de internamento

Na UHD do HZ, foram desenvolvidas várias atividades inseridas no contexto da realização de hemodiálise. Fazem parte destas atividades: a preparação da sala, a montagem do circuito extracorporeal na preparação do monitor de hemodiálise, a realização da avaliação inicial da pessoa antes da sessão, a execução do tratamento em si, a avaliação contínua dos parâmetros de diálise e a monitorização e vigilância. Toda a dinâmica da Unidade estava bastante mecanizada, autónoma, programada e eficiente.

Durante o tratamento intradialítico a pessoa com DRC pode apresentar focos de instabilidade e complicações. Estes tratamentos devem ser bem tolerados, de forma que o impacto na sua qualidade de vida seja minimizado. Neste sentido, o enfermeiro deve proceder de forma a monitorizar e minimizar os incidentes intradialíticos e os impactos sobre a sua estabilidade hemodinâmica da pessoa (OE, 2016).

Segundo a mesa do colégio da especialidade médico cirúrgica da OE, o acesso vascular é reconhecido pelos enfermeiros e pelas pessoas com DRC como a linha de vida. Ter um bom acesso contribui fortemente para o bem-estar destas pessoas e os problemas com o acesso são considerados a principal causa de morbilidade e de incapacidade. O objetivo do acesso vascular para a diálise é proporcionar um tratamento eficiente (OE, 2016).

Foi possível manusear acessos vasculares, de acordo com as linhas orientadoras da UHD, que por sua vez estão de acordo com as orientações preconizadas pela OE (OE, 2016).

De forma a promover o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com DRC em tratamento de hemodiálise, pensei ser de extrema importância aprofundar conhecimentos sobre as complicações relacionadas com os seus acessos vasculares. Para atingir esse objetivo, realizei o trabalho CIPE (APENDICE IV).

**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

De acordo com a DGS (2017), as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) trata-se

de infeções adquiridas pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Essas infeções podem afetar não somente a pessoa em situação de doença, mas também os profissionais de saúde. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, refere que esta vulnerabilidade às infeções deve-se ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva, a terapêutica imunossupressora e aos internamentos.

A taxa de IACS, referente às unidades de saúde, é um indicador de elevada importância, uma vez que revela a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Assim, é necessário o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica de forma a monitorizar esta taxa, permitindo a identificação de problemas e prioridades locais, bem como a eficácia das medidas adotadas para o controle da infeção (DGS, 2017).

Neste sentido, durante os EC, consultei protocolos e procedimentos existentes de forma que todas as minhas intervenções fossem de acordo com as boas práticas promovidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e pelas linhas orientadoras da DGS.

Decorridos vários meses do reconhecimento da COVID-19 como pandemia, pela OMS, têm sido fortalecidas e atualizadas as linhas de intervenção, com base na evolução epidemiológica e no avanço do conhecimento científico. De acordo com os padrões de qualidade em Enfermagem Médico Cirúrgica (OE,2017), o enfermeiro especialista tem um papel importante na prevenção e controlo de infeção, uma vez que toma a posição de liderança na gestão das orientações do PPCIRA.

Na UCI do HZ para uniformização dos cuidados relacionados com a COVID-19, foi elaborado em março de 2020, um procedimento interno (PROC.UCI.001) disponível na intranet do hospital. Este instrumento de trabalho foi realizado por um grupo de enfermeiros especialistas e demonstra a evidência da intervenção do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção em tempo útil com o objetivo na qualidade dos cuidados. Este procedimento também orienta e informa a equipa de profissionais da UCI para os circuitos relacionados com a farmácia, a esterilização, a alimentação e a recolha de resíduos. O uso adequado de EPI, os procedimentos para a limpeza e desinfeção de superfícies, são temas também descritos.

De acordo com a Norma nº 007/2020 da DGS, só a utilização adequada do EPI, pode garantir simultaneamente a proteção e total segurança do profissional de saúde. Esta Norma tem em

conta a fase de transmissão comunitária em que o nosso país se encontra e poderá ser revista a qualquer momento, em função da evolução do conhecimento científico.

Na UHD, também foi elaborado o documento (PLA.HEM.001.00), que descreve a metodologia de implementação do plano de atuação desta unidade face à pandemia e que segue as linhas de orientação da Norma nº008/2020 de 26/05 de 2020 da DGS.

Este procedimento orienta e informa a equipa de profissionais da UHD para os circuitos relacionados com o tratamento das pessoas com COVID-19.

A higienização das mãos é a medida mais relevante na prevenção e redução das IACS. O não cumprimento deste procedimento, contribui em larga escala para a transmissão de microrganismos entre profissionais de saúde e utentes (DGS, 2010).

Nos hospitais, com níveis endémicos de colonização/infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) está documentada uma baixa adesão às medidas de higiene das mãos (Norma nº 008/2014, DGS).

De acordo com a Norma nº 018/2014 da DGS com atualização a 27/04/2015, o MRSA é o agente etiológico mais frequente de infeções associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos no mundo. Assim, esta norma vem descrever os procedimentos na prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA.

O HZ, implementou o procedimento (PROC.GER.050.00) de forma a dar resposta a esta problemática. Este procedimento dirige-se aos Serviços que recebam pessoas do exterior ou de outras unidades de saúde. A equipa da UHD colabora neste rastreio. Durante este EC foi ministrada formação à equipa de enfermagem sobre este tema e o correto procedimento para a colheita de exsudado nasal através de zaragatoa.

Nas pessoas com necessidade de isolamento de contacto, a UHD tem uma área própria de tratamento com a sua correta identificação e que permite reduzir ou evitar o risco de contágio. Destaco também a importância da descontaminação dos equipamentos, principalmente dos monitores de diálise e dos carros de apoio, que são superfícies tocadas com frequência durante todo o tratamento e potencialmente contaminadas com sangue. O Caderno de Boas Práticas da OE, recomenda que após o início do tratamento essas superfícies devem ser novamente desinfetadas (OE, 2016). Supervisionei este procedimento de limpeza que era sempre realizado após terminar cada sessão de HD.

Em ambiente de SU, com maior afluência de pessoas, é possível que haja mais evidência de falhas na obediência a normas padronizadas de assepsia nos procedimentos técnicos, podendo vir a aumentar o risco de IACS. No EC de UCI após consulta, verifiquei que, de acordo com o relatório anual enviado pelo Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, a adesão à lavagem das mãos melhorou no ano de 2020 em relação ao ano 2019 e a enfermagem é a classe profissional com melhor resultado.

Relativamente aos resíduos hospitalares, constatei em EC de SU, que a equipa de Assistentes Operacionais e enfermeiros apresentavam algumas dúvidas quanto à sua triagem. De forma a melhorar esta problemática, achei pertinente sugerir à enfermeira orientadora, aplicar na sala de emergência o poster realizado na Unidade Curricular de Infecções Associadas aos cuidados de saúde deste curso de mestrado. O tema deste poster é uma orientação para “O lixo certo no saco certo” (APENDICE 1). Depois de colocado nesta sala, a sua visualização permitia o ensino e a boa prática da correta separação dos lixos de forma a promover alguma forma de ensino ou esclarecimento de dúvidas aos profissionais desse serviço. Nesta fase, não eram permitidas formações em serviço devido às medidas relacionadas com a COVID-19.

A título de exemplo, conforme normas da DGS e da JCI, verifiquei no EC de HD que o uso de EPI é obrigatório na prestação de cuidados. Também verifiquei a criação de unidades individuais de tratamento, com carros de apoio para cada enfermeiro equipados com desinfetante das mãos, contentor de corto-perfurantes, contentores para separação de resíduos e stock de material de EPI. Todas estas medidas se revelam fundamentais para prevenir a infeção, dado o elevado risco de exposição a fluídos.

O fardamento da equipa é de circuito interno hospitalar e a sua lavagem é assegurada pela lavandaria da instituição.

O enfermeiro especialista deve avaliar e interpretar os registos relacionados com os feixes de intervenção para poder consolidar e adquirir conhecimentos sobre as IACS.

A Norma nº 21/2015 da DGS, referente ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, recomenda a higiene oral com gluconato de clorohexidina 0,2% pelo menos 3 vezes ao dia; a elevação da cabeceira em 30° a 45°, evitando a posição supina; e a manutenção da pressão do cuff entre 20 a 30 cmH<sub>2</sub>O, entre outras recomendações. Verifiquei que na UCI esta norma era cumprida e a sua evidência é registada pelos enfermeiros diariamente nos processos clínicos. O mesmo se verificou com a Norma nº 019/2015 de

15/12/2015 atualizada a 30/05/2017, do Feixe de Intervenções da Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical e da Norma nº 022/2015 de 16/12/2015 do Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC.

As infeções associadas aos cuidados de saúde e a crescente resistência a antibióticos por parte dos microrganismos é algo que deve estar sempre presente no dia a dia do enfermeiro especialista, assumindo este um papel de responsabilidade na monitorização e registo das boas práticas bem como na formação dos profissionais relativamente a essas boas práticas.

### **Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

De acordo com a Lei de Bases da Proteção civil (Lei 27/2006), “Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (artigo 3º).

Para o caso da ocorrência de situações de exceção e ou emergência multivítimas, a DGS (2010), recomenda a todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que elaborem um plano de emergência de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”. Assim, é possível agir rapidamente e de forma eficiente, na possibilidade de uma catástrofe, seja ela de origem natural, epidémica, tecnológica, nuclear, radiológica, química ou de grandes proporções. As instituições do SNS devem fazer uma análise periódica da sua situação, tendo em consideração o meio envolvente interno e externo, planeando uma resposta de emergência, sistemática e integrada, a qualquer dos cenários referidos, que possa implicar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, quer esse desequilíbrio seja momentâneo ou permanente.

Também o Ministério da Saúde, no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, refere que cada SU deverá ter um plano de catástrofe que inclua resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações da DGS, e que esse plano deve ser treinado e do conhecimento de todos os profissionais de saúde. Assim, podemos concluir que todas as instituições devem elaborar os seus planos de emergência.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, é da competência do enfermeiro especialista a capacidade de conceber planos de catástrofe ou emergência, planear a resposta perante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe e que consiga também gerir os cuidados destas situações de acordo com os planos institucionais (OE, 2018).

O HY tem um Plano de Emergência, que segue as orientações sugeridas pela DGS. Verifiquei junto da equipa multidisciplinar que apesar de conhecerem a existência deste plano, não existia evidência da prática do conhecimento da sua operacionalização, uma vez que não foram feitos simulacros ou formação.

O HZ tem Plano de Emergência orientado por uma equipa de gestão de risco. Cada Serviço desta instituição tem um enfermeiro responsável por esta área que faz a articulação com as atividades e objetivos programados com esta equipa de gestão. Foi possível consultar as avaliações realizadas após os simulacros que se realizam anualmente de acordo com as normas emitidas pela JCI.

É fundamental existirem conhecimentos sobre a forma de atuar em situação de catástrofe ou emergência multivítimas não só para o enfermeiro especialista como para toda a equipa multidisciplinar. Uma vez consultado o plano de emergência do HZ e do HY considero que estes planos de uma forma geral estão bem adaptados para catástrofes naturais, mas mal elaborados para situações de pandemia como é a que estamos a atravessar. A evidência desta reflexão, vem do facto de poder ter observado que nas duas instituições de saúde havia a existência destes planos, mas que não foram operacionalizados no momento do pico da pandemia que o nosso país atravessou. No HZ verificou-se que os elementos que faziam parte do gabinete de crise pertenciam ao grupo da gestão hospitalar e não ao grupo de profissionais que faziam parte dos elos da gestão de risco da instituição.

Com base nas orientações frequentemente atualizadas pela DGS, os hospitais reformularam circuitos e as suas estruturas, conforme a necessidade de resposta aos cuidados e o número de pessoas internadas. Foram criados gabinetes de crise que se articularam com a gestão dos serviços. Neste contexto, a análise e acompanhamento que consegui realizar durante o EC no SU e o EC na UCI, proporcionaram-me um importante momento de aprendizagem. Foi evidente o papel dos enfermeiros especialistas na liderança das equipas e na gestão dos recursos humanos e materiais para a organização da prática dos cuidados.

A comunicação de situações de emergência foi uma dificuldade, uma vez que se verificava a entrada de pessoas em situação crítica com suspeita de infeção por COVID-19, nas salas de emergência sem aviso prévio por parte do CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes). É importante que nos Serviços de Urgência dos hospitais, exista uma linha telefónica direta para o CODU de forma a permitir a comunicação adequada, rápida e eficaz para a articulação do meio pré-hospitalar com o meio hospitalar. Também considero importante para futuras situações em catástrofe, a existência de comunicação via rádio pelo Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP). Se a via telefone falhar não existe forma destes hospitais serem contactados pelo exterior. Referi e alertei estes aspetos com os enfermeiros orientadores nos EC.

## **PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO**

### **1- FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO**

Neste capítulo será realizada uma descrição da Teoria de Peplau e da teoria das Transições de Afaf Meleis, de modo a fazer um enquadramento teórico da pertinência do tema escolhido.

O tema escolhido para este estudo foi “*A comunicação com a pessoa ventilada numa Unidade de Cuidados Intensivos*”.

No decurso deste capítulo, será realizada uma síntese crítica da informação recolhida de forma a determinar com precisão o nível atual dos conhecimentos científicos sobre a temática em estudo numa base de referencial teórico de enfermagem. Desta forma, os conceitos que considere pertinentes estudar são: **Comunicação, Unidade de Cuidados Intensivos e Ventilação Mecânica Invasiva.**

Explorar o tema da comunicação leva-nos a pensar no conhecimento dos modelos e teorias de enfermagem e a sua adequada aplicação que permite capacitar o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, trazendo benefícios para a prática de enfermagem.

A comunicação enfermeiro/doente pode conduzir-nos ao pensamento de uma relação psicodinâmica uma vez que é necessário compreender o comportamento para ajudar as dificuldades sentidas. Assim podemos refletir sobre a Teoria das Relações Interpessoais em enfermagem.

Peplau, usou o conhecimento retirado da ciência comportamental criando um modelo psicológico para elaborar a sua teoria de relações interpessoais. Desta forma, a enfermagem afastou-se de uma orientação virada para a doença para outra com base no significado comportamental e psicológico. Peplau, define uma enfermagem psicodinâmica, uma vez que o enfermeiro é capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros e identificar as dificuldades sentidas e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem e todos os níveis de experiência. O enfermeiro tem seis papéis importantes na sua relação com a pessoa: papel de estranho, pessoa de recurso, professor, líder e substituto de conselheiro (Tomme & Alligood, 2004).

A capacidade de o enfermeiro comunicar com a pessoa ventilada vai assim depender da qualidade da relação que consegue estabelecer. A enfermagem tem por isso a arte de ajudar a pessoa de forma que este consiga desempenhar as suas atividades o mais independentemente possível.

O enfermeiro tem vários papéis durante a sua relação com a pessoa em situação crítica. De acordo com a Teoria de Peplau, no desenvolvimento de uma relação interpessoal do processo de cuidados à pessoa em situação crítica, a enfermagem tem de tornar a comunicação terapêutica o mais adequada e eficaz possível com base na avaliação do comportamento que vai demonstrando. O papel do enfermeiro é estabelecer o processo de comunicação e relação terapêutica como objetivo principal nos cuidados e na relação de ajuda com a pessoa.

Em suma, considero que a Teoria das Relações Interpessoais de Hiedegard E. Peplau é uma referência para a prática de enfermagem e especialmente para o processo de comunicação em enfermagem à pessoa em situação crítica.

O desafio da enfermagem atual traduz a base do conhecimento académico e científico para a prática nos cuidados à pessoa. Assim podemos falar de uma prática baseada na teoria.

Sempre que existe necessidade de internamento numa UCI, verifica-se a ocorrência de uma transição relacionada com o estado de saúde/doença que é caracterizada como um evento

crítico na vida de uma pessoa. Esta circunstância está amplamente identificada na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Esta teoria apoia-se num conceito central denominado de Transição, responsável por justificar o papel e a esfera de ação de Enfermagem enquanto Ciência e respetiva prática.

Assim, segundo Meleis (2010), existem quatro tipos de transições: saúde-doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. Esta teoria tem por base a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa. Para ajudar a pessoa a vivenciar de forma positiva o seu processo de transição saúde/doença é necessário que o enfermeiro adquira competências no âmbito da comunicação.

De acordo com Meleis (2010), a forma como a pessoa reage e se adapta às mudanças ou transições, não depende somente da sua individualidade como também da influência da família e do meio onde está inserida.

O internamento numa UCI é uma mudança a que a pessoa em situação crítica está sujeita e por isso, segundo a Teoria das Transições de Meleis, um processo de transição. Os cuidados de enfermagem à pessoa devem ser vistos como um processo facilitador das transições.

A comunicação é a principal ferramenta do enfermeiro para cuidar da pessoa em situação crítica. Através da comunicação é possível conhecer a sua personalidade, o ambiente em que ela se encontra inserida e desta forma consegue criar a motivação necessária na luta contra a doença e na aceitação do seu tratamento que pode levar a uma maior motivação dos seus esforços para lutar contra a doença e aceitar com ânimo o tratamento (Phaneuf, 2005)

*“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.”* (Phaneuf, 2005, p.23).

Para Carpenito (1998), a comunicação prejudicada é um diagnóstico de enfermagem e significa que o indivíduo apresenta capacidade diminuída de enviar ou receber mensagens, isto é, tem dificuldade em transmitir pensamentos, desejos ou ideias. São várias as intervenções de enfermagem que podem ser associadas a este diagnóstico.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz pode ser obtido através da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), com diversos benefícios para a pessoa, a família e os

profissionais de saúde. São também benefícios importantes a melhoria da capacidade de expressão da dor e o seu controlo, o aumento da segurança e o aumento do nível de satisfação, gerando comportamentos positivos tanto da pessoa como da equipa de enfermagem (Pina et al., 2020). Na CAA devem utilizar-se técnicas que promovam a compreensão num ambiente tranquilizador.

Existe atualmente uma grande diversidade de métodos e instrumentos de CAA, como por exemplo, discurso, texto, gestos, linguagem gestual, símbolos, imagens, dispositivos eletrónicos geradores de fala, entre outros.

Vieira (2014), relata que a comunicação é um instrumento essencial na enfermagem, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção. É por intermédio da comunicação que o enfermeiro pode compreender a pessoa e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais, com a finalidade de aplicar alternativas de ajuda e humanizar os cuidados prestados

Para Matos (2012), os enfermeiros reconhecem a comunicação como uma aptidão de extrema importância. É através da comunicação que o enfermeiro consegue estabelecer parte significativa das suas intervenções tendo em conta a ciência, os valores, a ética e deontologia de cada pessoa, traduzindo-se na melhoria contínua dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, e apesar de todos os avanços tecnológicos que se tem conseguido, a vertente relacional da profissão não deve ser descurada. A diminuição ou inaptidão desta capacidade fundamental deve ser vista como uma inquietação por parte de todos os profissionais que lidam diariamente com pessoas sob ventilação, tendo como pressuposto tranquilizar as mesmas acerca da causa e do carácter temporário associados ao processo de saúde-doença que estão a atravessar.

Na interação enfermeiro/pessoa, são mobilizados os modos de comunicar-verbal e não verbal. O enfermeiro utiliza preferencialmente a palavra falada para comunicar com a pessoa, associando também grande parte das vezes às formas de comunicação não-verbal. A pessoa com VMI, comunica com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, estando estas dependentes da descodificação da mensagem por parte do enfermeiro (Alves, 2012).

A ventilação mecânica invasiva é feita através de um tubo traqueal com cuff ou de um tubo de traqueostomia com cuff e ambos, pela sua localização, alteram o normal funcionamento

do aparelho fonético, impedindo a pessoa de produzir qualquer tipo de som, o que implica que a fala, forma mais comum de comunicação verbal, não possa ser utilizada. Também a necessidade da pessoa ventilada ser sedada, pela sua própria condição de saúde e para promover a adaptação ao ventilador, altera o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais as formas de comunicar como é o caso da escrita, uma forma comum de comunicação verbal, tornando as formas de comunicação não-verbal uma relevância superior no desenvolvimento da relação terapêutica (Alves, 2012).

A sedação é assim uma situação de uso frequente na ventilação artificial e por isso uma componente que interfere com o estado de consciência da pessoa e assim na comunicação com o mesmo.

Para Alves (2012), o estado de consciência, o nível de sedação da pessoa, a experiência profissional do enfermeiro em UCI e o ambiente da própria unidade são os principais fatores que interferem na comunicação.

As pessoas mecanicamente ventiladas vivem dificuldades de comunicação e esta situação é uma problemática atual que pode ser atenuada utilizando-se programas de suporte à comunicação desenvolvidos pelas equipas multidisciplinares.

Segundo Martinho et al., (2012), o enfermeiro deve ser capaz de otimizar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com as pessoas, diminuindo assim, o stress e ansiedade dos mesmos, proporcionando-lhes a possibilidade de manter a comunicação com o exterior, nomeadamente, exprimir as suas emoções, sentimentos, opiniões e necessidades uma vez que não podem fazê-lo pela forma habitual. A comunicação não verbal na pessoa ventilada assume um papel imprescindível na sua relação interpessoal com o enfermeiro.

A maioria das pessoas que se encontram ventiladas mecanicamente sentem dificuldades em se comunicar. Os métodos mais utilizados neste contexto são: acenos de cabeça, gestos, piscar de olhos, escrita e mímica labial. O impedimento de manter comunicação verbal leva a pessoa a sentimentos de frustração, ansiedade, confusão, dor, sofrimento, raiva e horror (Martinho et al., 2012).

Vieira (2014), também relata que as estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica são o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de

perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento.

Morais et al., (2008), referem que a comunicação é um instrumento básico para a construção de estratégias para a humanização dos cuidados. São descritos exemplos desta construção: a utilização de uma linguagem acessível, a valorização da escuta atenta, de um sorriso que expresse confiança, de um olhar que demonstra tranquilidade, de um toque carinhoso que proporcione apoio e conforto ou até uma palavra de mimo para elevar a autoestima.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde e às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas da pessoa. O enfermeiro deve ter em conta o desejo de participação e informação da pessoa sobre a doença, tratamentos e terapêuticas. Não fornecer informação ou fazê-lo de forma insuficiente, imprecisa e ambígua, inadequada, excessivamente técnica e não saber “escutar”, leva a consequências nefastas a vários níveis (Ramos, 2004).

As dificuldades de comunicação vividas pelas pessoas sob VMI são uma problemática atual que pode ser atenuada utilizando-se programas de suporte à comunicação desenvolvidos por equipas multidisciplinares. Em Portugal, os estudos dedicados a esta temática são ainda muito pouco representativos. Adicionalmente, existe também uma lacuna na avaliação das dificuldades de comunicação neste contexto, não havendo um instrumento específico traduzido e adaptado linguisticamente para a população portuguesa (Martinho et al, 2016).

A necessidade da VMI coloca a pessoa em situação crítica numa posição de desvantagem pela impossibilidade de comunicar verbalmente.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados. A utilização de estratégias de comunicação vai ao encontro da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado. Os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2017).

Após a reflexão crítica construída a partir da literatura existente sobre a comunicação na pessoa sob ventilação invasiva, a partir da prática clínica, e de acordo com a experiência profissional em UCI, penso que explorar as estratégias usadas na UCI e a formação dos enfermeiros, poderia trazer excelentes contributos ao conhecimento, e simultaneamente, potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido defini questões à investigação e os objetivos em torno do objeto de estudo, que apresentamos de seguida.

### 1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

É necessário, que o cuidado à pessoa seja prestado de uma forma humanizada, privilegiando-se o estabelecimento de uma comunicação eficaz no intuito de se delinear intervenções de enfermagem que proporcionem respostas às suas necessidades. Assim, tornou-se importante perceber:

- Quais as intervenções de enfermagem que promovem e facilitam a comunicação com a pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) numa UCI?
- Que estratégias de comunicação existem para os enfermeiros comunicarem com a pessoa em situação crítica que está sob VMI numa UCI?
- Os enfermeiros da UCI conseguem comunicar com a pessoa ventilada de forma eficaz? Quais são as estratégias que mais utilizam?
- Existem necessidades formativas nos enfermeiros em relação à comunicação com a pessoa sob VMI?
- Na UCI existem instrumentos de trabalho para comunicar com a pessoa sob VMI?

A investigação desenvolve-se em torno de questões de investigação, isto é, em perguntas que de forma explícita questionam o tema de estudo que se pretende investigar. É a partir das questões que o processo tem início e que o investigador formula as respostas que conduzirá ao enunciado do problema em estudo (Fortin, 2009).

#### **Objetivos do estudo:**

Após definidas as questões de investigação, foram elaborados os seus objetivos correspondentes.

Segundo Fortin (2009), o objetivo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chaves, a população alvo e a orientação a dar à investigação.

Considerei como objetivo geral deste estudo:

• Desenvolver competências e estratégias comunicacionais nos enfermeiros da UCI para uma comunicação eficaz com a pessoa sob VMI.

De forma a atingir o objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender que estratégias os enfermeiros identificam como mais adequadas para comunicar com a pessoa ventilada na UCI;
- Identificar se a equipa de enfermagem tem formação sobre o tema da comunicação com a pessoa ventilada na UCI;
- Avaliar a importância do tema da comunicação e o nível das dificuldades sentidas na equipa de enfermagem da UCI para uma comunicação eficaz;
- Avaliar a importância da existência de um livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação com a pessoa ventilada na UCI;

Sabendo que a comunicação é um meio fundamental para os cuidados de enfermagem e que a VMI é um obstáculo a essa comunicação, considero pertinente a realização deste estudo para melhorar o processo de comunicação da equipa de enfermagem com a pessoa submetida a ventilação na UCI.

## **2. ASPETOS METODOLÓGICOS**

Para dar resposta às questões de investigação decidi optar pela metodologia de projeto, cumprindo as fases inerentes a um trabalho desta natureza. Assim, numa primeira fase fiz o diagnóstico da situação, fazendo uma descrição do problema identificado, às necessidades sentidas pela equipa de enfermagem em relação à comunicação na pessoa sob VMI, e no qual baseei o meu projeto de investigação para a melhoria dos cuidados. Neste seguimento passo a descrever o processo metodológico que serviu de fio condutor a todo o estudo de investigação.

A fase metodológica descreve a forma como se realiza a investigação. O investigador, nesta fase, define a forma como procede para responder à questão da investigação. Posteriormente,

é definida a população em estudo, o tamanho da amostra e o método de colheita de dados de forma a assegurar uma colheita de dados fiável (Fortin, 2009).

Segundo a mesma autora, a fase metodológica tem quatro etapas: a escolha do desenho de investigação; a definição da população e da amostra; a elaboração de métodos ou escalas de medidas ou de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados.

Os conhecimentos sobre a comunicação com a pessoa ventilada numa unidade de cuidados intensivos de um hospital, constituem o foco desta investigação pela sua importância ao nível da qualidade dos cuidados de saúde.

## 2.1 TIPO DE ESTUDO

Para o presente estudo seleccionei o método que pudesse dar a resposta mais correta à investigação pretendida e às questões de investigação. Este estudo é de carácter exploratório descritivo.

Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos têm como finalidade descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou classificar a informação.

Este estudo é quantitativo uma vez que, tal como refere Fortin (2009), é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Assim, é baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem e são independentes do investigador.

## 2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2009), a população é o conjunto de pessoas, animais, eventos, ou objetos bem definidos que têm características comuns e que se pretende estudar. Essa população é definida por determinados critérios de inclusão identificados pelo investigador que delimitam a amostra tornando-a um grupo homogéneo.

Neste estudo, uma vez que foi objetivo estudar as intervenções de enfermagem que facilitam a comunicação com a pessoa ventilada, foram critérios de inclusão todos os Enfermeiros de uma UCI.

Foram critérios de exclusão: a investigadora e os enfermeiros que se encontrem em período de integração ou em período de EC. O tamanho da amostra é de 36 enfermeiros (30 mulheres e 6 homens).

O tipo de amostra é não probabilística intencional.

### 2.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Recolher dados é uma importante fase de um trabalho de investigação para alcançar os objetivos do estudo. A escolha do instrumento está relacionada com as variáveis em estudo e a sua operacionalização, tendo em conta determinados fatores, nomeadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis e a obtenção de medidas apropriadas às definições conceptuais (Fortin, 2009).

Neste estudo pretendi proceder a uma pesquisa e posterior análise das respostas obtidas. Assim, de acordo com os objetivos definidos, selecionei como instrumento de colheita de informação, o questionário.

Para Quivy e Campenhoudt (2008), o questionário é o instrumento de colheita de dados mais adequado para o conhecimento de uma população, das suas condições de vida, dos seus comportamentos, dos seus valores ou das suas opiniões; permite interrogar um grande número de pessoas e analisa um fenómeno que se pretende conhecer melhor num determinado grupo de indivíduos.

Para este estudo a realização do questionário foi feita *on-line* através do link, ([https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdKIJgE3JWHzsuvomKvTMGTsMbiANmANogNYAXOYCoymRV4lg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdKIJgE3JWHzsuvomKvTMGTsMbiANmANogNYAXOYCoymRV4lg/viewform?usp=sf_link)) (APÊNDICE II).

Este questionário esteve dividido em três partes. Na primeira constitui a caracterização sociodemográfica do profissional, a experiência profissional e académica e a importância e as dificuldades do tema da comunicação. Na segunda, as dificuldades que estão diretamente relacionadas com a pessoa ventilada e as estratégias de comunicação utilizadas. Na terceira, a exploração da necessidade de criação de um instrumento de trabalho, isto é, um livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação.

## 2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

De forma a cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes ao desenvolvimento deste estudo, nomeadamente os princípios do respeito pela pessoa e da beneficência, tornou-se essencial que se iniciasse pela realização de um pedido de autorização formal ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da instituição envolvida, onde foi explicitado o âmbito do estudo, bem como os objetivos do mesmo e os interesses do estudo para a prática profissional e para a instituição. Posteriormente, foi efetuado também um pedido de parecer à comissão de ética da mesma instituição. A este pedido foi anexado o currículo do investigador e um impresso próprio da instituição onde foram descritos os dados referentes ao estudo pretendido.

Além de realizar os pedidos de parecer supracitados, foi feita uma apresentação do estudo e a solicitação das respetivas autorizações à Sra. Enfermeira Diretora e Sra. Enfermeira Chefe da UCI.

Após a entrega de todos os pedidos formais e a apresentação do estudo, a comissão de ética da instituição reuniu e deu parecer positivo para a sua concretização. Este parecer foi enviado ao Conselho de Administração (CA) que finalizou todo o processo e deu a decisão final a esta autorização.

O consentimento informado por parte dos participantes do estudo é também um ponto essencial para a realização do mesmo. Assim, foi explicado ao enfermeiro participante os objetivos do estudo, de modo que participasse no mesmo de uma forma livre e consciente. O questionário apenas seria iniciado se o participante der o seu consentimento informado que está inserido no próprio *link*.

A privacidade e a proteção dos dados vão de encontro ao preconizado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), sendo a segurança e proteção dos dados garantida através do armazenamento dos mesmos em equipamentos protegidos por palavra-passe, que só a investigadora tem acesso e todas as informações obtidas através deste questionário são anónimas e confidenciais, sendo apenas utilizadas para fins de investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

Neste estudo fazem parte da amostra os enfermeiros que demonstraram interesse em participar.

Assim, terminada a conceptualização do estudo, a identificação do problema e o planeamento, o passo seguinte foi a fase de execução.

A Fase de Execução do projeto de investigação/ação, foi iniciada com a aplicação do questionário que foi desenvolvido em três partes: inicia-se com a caracterização sociodemográfica do profissional, seguindo-se das perceções do mesmo acerca das dificuldades sentidas na comunicação com a pessoa ventilada, terminando com a avaliação da necessidade do livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação, sendo aplicado apenas após o parecer positivo do conselho de administração e da comissão de ética da instituição em causa. Após a aplicação dos questionários foi feita a apresentação e discussão dos resultados.

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise dos dados tem como objetivo descrever as características da amostra e responder às questões de investigação. Os dados brutos que resultaram da fase metodológica são organizados, segundo os diversos níveis de medida e de seguida submetidos a um tratamento estatístico dos dados que serão apresentados sob a forma de quadros e de gráficos (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico de dados foi efetuado através dos programas informáticos *Microsoft Excel e Google forms*.

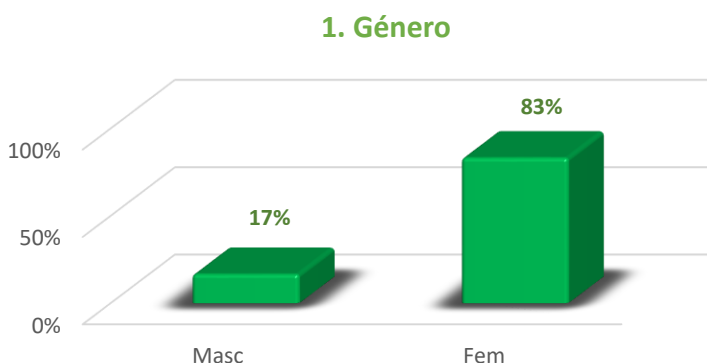
Após colheita da informação adquirida através da aplicação do questionário, foi feita a análise dos resultados apresentados numa amostra de 36 enfermeiros pertencentes a uma UCI. Importa referir que todos os enfermeiros propostos para este estudo, participaram na realização deste estudo.

#### **Caracterização da amostra:**

De acordo com a OE, no Anuário Estatístico de 2021, Portugal tem 80 379 enfermeiros, dos quais 66 209 são do género feminino e 14 170 do género masculino. Destes enfermeiros, 4 850 têm especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 258 com mestrado na pessoa em

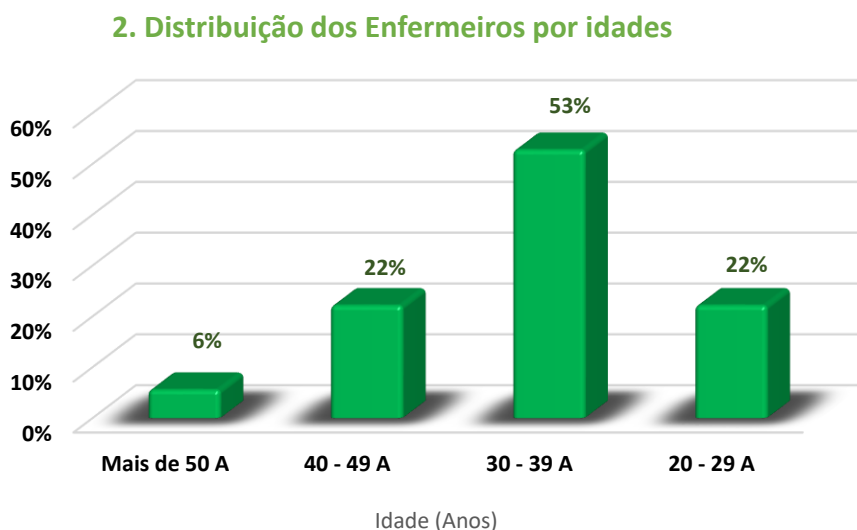
situação crítica. O grupo etário com mais enfermeiros está entre os 36 e os 40 anos de idade e são um total de 14 803.

O estudo realizado, tem uma amostra de 36 enfermeiros e conforme a análise do **Gráfico 1**, verifica-se que 83% dos enfermeiros são do género feminino e 17% do género masculino.



**Gráfico 1.** Distribuição dos enfermeiros por género

Tal como se verifica na estatística global do país em 2021, também nesta amostra a maioria dos enfermeiros (53%) têm idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, sendo que a média de idades dos enfermeiros desta amostra é de 36 anos de idade (**Gráfico 2**).

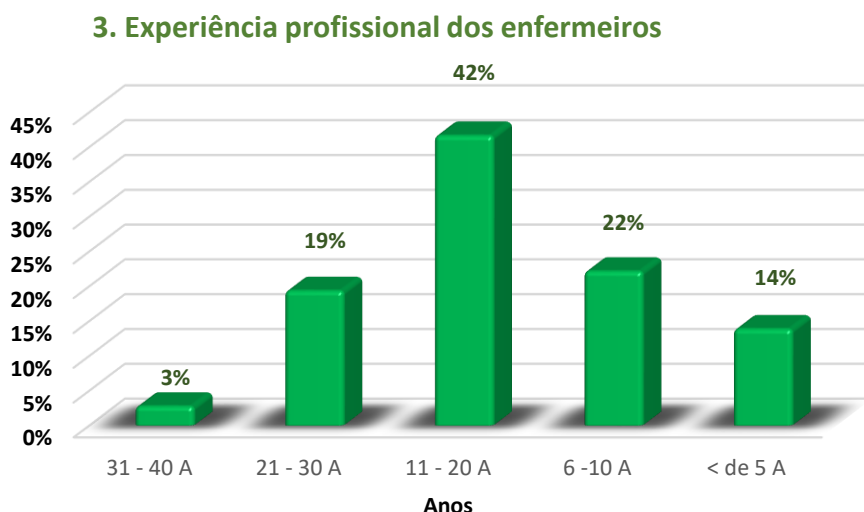


**Gráfico 2.** Distribuição dos enfermeiros por idades

No que diz respeito a habilitações académicas, da percentagem da amostra, 42% dos enfermeiros têm pós-graduação, sendo que nos 33% destes enfermeiros a pós-graduação é na pessoa em situação crítica.

O grau de mestrado está presente em 25% dos enfermeiros. As especialidades predominantes são a Médico-Cirúrgica e a reabilitação, sendo importante referir que metade da amostra são enfermeiros especialistas.

Em relação à experiência profissional, a maioria dos enfermeiros (42%) têm entre os 11 e os 20 anos. Com menos de 5 anos são apenas 14%. Dos 6 aos 10 anos são 22% dos enfermeiros, dos 21 aos 30 são 19%. Apenas 3% da amostra tem mais de 31 anos de experiência profissional. **(Gráfico 3)**



**Gráfico 3.** Experiência profissional dos enfermeiros da UCI em Anos

Na experiência profissional em UCI a maioria dos enfermeiros tem menos de 5 anos (41.7%), sendo que 27,8 % tem entre os 6 e os 10 anos, 19,4% dos 11 aos 15 anos, e apenas 5,6 % com mais de 16 anos **(Gráfico 4)**.

#### 4. Experiência profissional dos enfermeiros em UCI

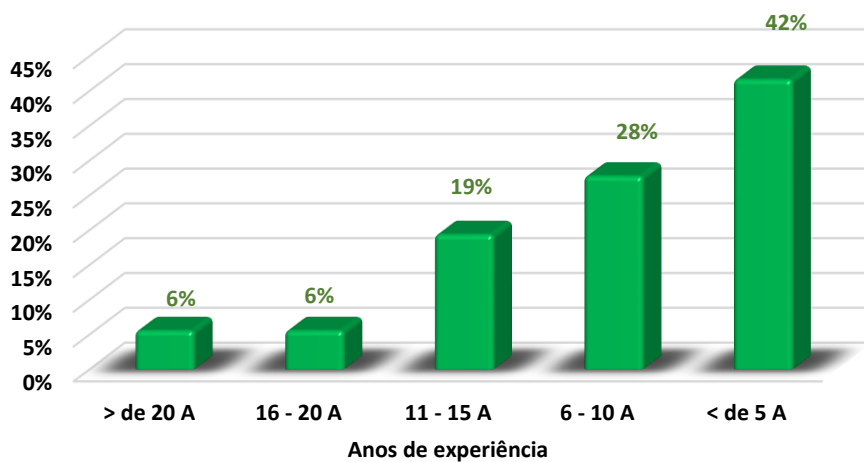


Gráfico 4. Experiência profissional dos enfermeiros em UCI

Num total de 36 respostas dadas, 72% dos enfermeiros referem que nunca receberam formação sobre o tema da comunicação. (Gráfico 5)

#### 5. Formação em comunicação

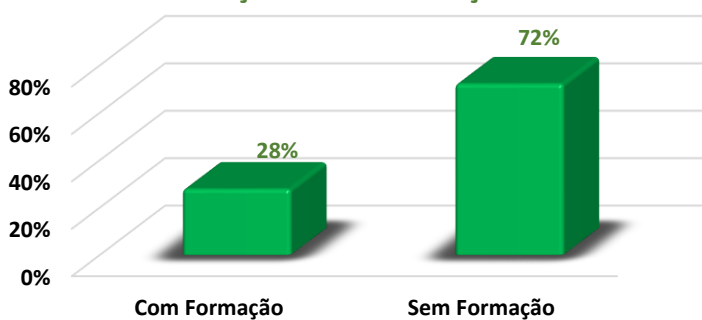


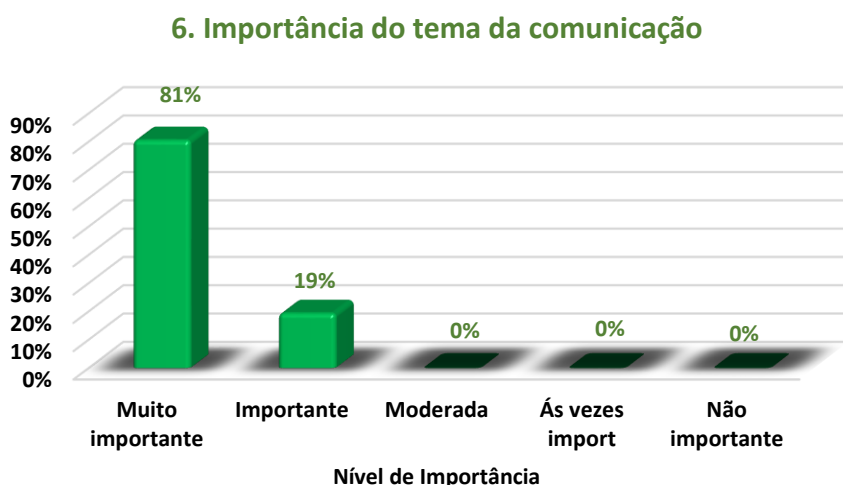
Gráfico 5. Formação dos enfermeiros em comunicação com a pessoa ventilada em UCI

### Estratégias de comunicação

A comunicação é a principal ferramenta do enfermeiro para cuidar da pessoa em situação crítica (Phaneuf, 2005).

A comunicação faz parte integrante das intervenções de enfermagem em contexto de UCI.

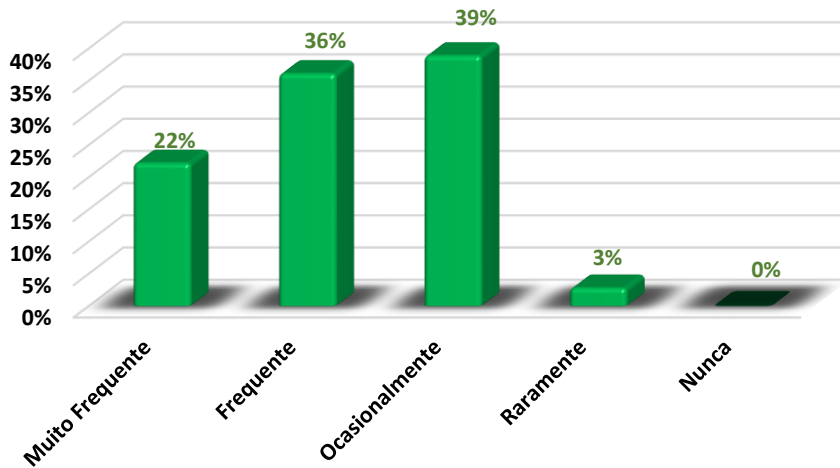
Na importância do tema da comunicação com a pessoa ventilada em UCI, podemos apurar que 81% da amostra considera que a comunicação é muito importante e 19% importante para a prestação de cuidados de enfermagem. Este resultado está de acordo com o autor acima mencionado e vem confirmar a correta escolha do tema de investigação para o contexto desta amostra, uma vez revelada a sua elevada importância. Nenhum dos inquiridos considerou que o tema não era importante (**Gráfico 6**).



**Gráfico 6.** Importância do tema da comunicação para os enfermeiros da UCI

Do gráfico que se segue (**Gráfico 7**), podemos aferir que a maioria da amostra estudada tem dificuldade em comunicar com a pessoa ventilada numa UCI.

**7. Dificuldade em comunicar**



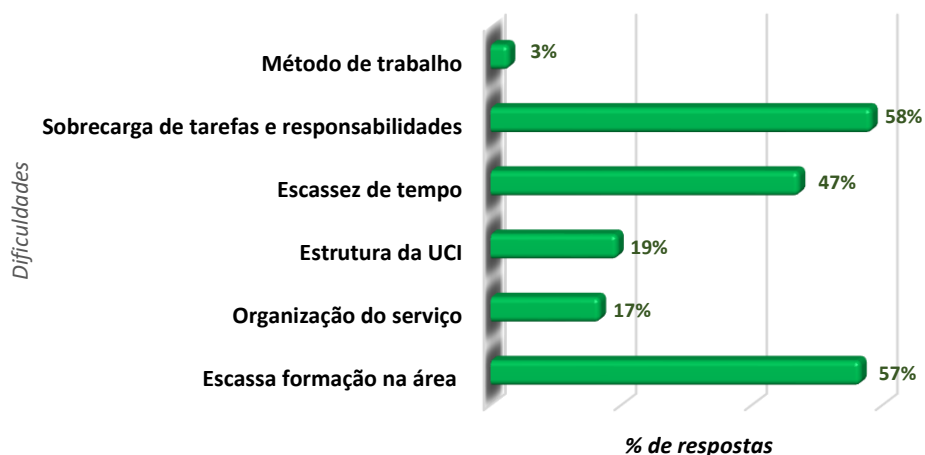
**Gráfico 7.** Dificuldade em comunicar com a pessoa ventilada

De acordo com Gomes (2020), os enfermeiros que prestam cuidados nas UCI deparam-se sistematicamente com dificuldades a nível da comunicação com a pessoa sob ventilação. Esta dificuldade na relação desperta sentimentos de frustração e negligência em ambas as partes.

Das dificuldades sentidas, que não estão diretamente relacionadas com a pessoa ventilada, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros sente uma insuficiente formação na área.

De acordo com Alves (2012), também estes enfermeiros identificaram a sua necessidade em ampliarem conhecimentos nesta matéria. A escassez de tempo e a sobrecarga de tarefas e responsabilidades também fazem parte das dificuldades mais evidenciadas pelos enfermeiros. **(Gráfico 8)**

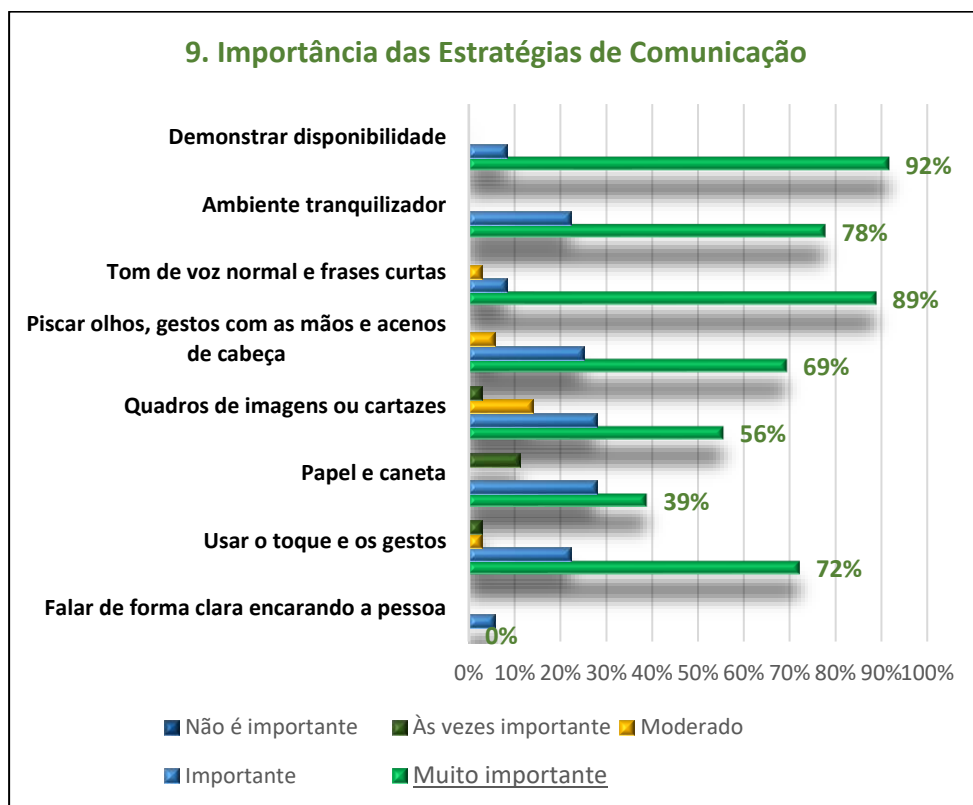
### 8. Dificuldades para a comunicação



**Gráfico 8.** Dificuldades em comunicar com a pessoa ventilada não relacionadas com a pessoa.

Existem diversas estratégias para comunicar com a pessoa ventilada, passíveis de serem criteriosamente escolhidas e adaptadas às necessidades e potencialidades de cada pessoa. Perante as diferentes formas de comunicação verbal e não verbal, o enfermeiro poderá identificar a estratégia que melhor se adapta às circunstâncias que encontra.

Conforme o **Gráfico 9**, podemos concluir que os enfermeiros consideram que as estratégias mais importantes são: falar de forma clara encarando a pessoa, demonstrar disponibilidade em comunicar e usar um tom de voz normal e frases curtas. A privacidade também é um aspeto importante. A estratégia menos utilizada é o uso de bloco de papel e caneta.



**Gráfico 9.** A importância das estratégias de comunicação

Vários estudos têm sido realizados, procurando as estratégias que melhor se adaptam à comunicação. Segundo Vieira (2014), as estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico são o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento.

### Instrumento facilitador da comunicação - Livro de imagens

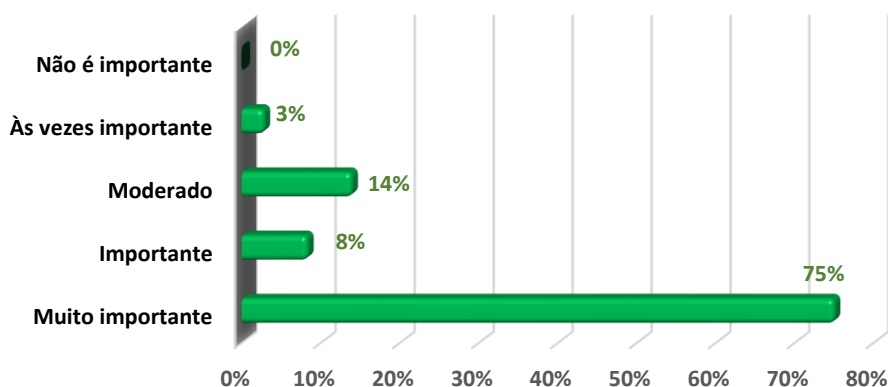
Existe uma grande diversidade de métodos e instrumentos de CAA. O livro de imagens é considerado pela maioria dos enfermeiros da amostra como um instrumento importante e facilitador da comunicação. Os diversos estudos enunciam a Comunicação Alternativa e Aumentativa enquanto estratégia potenciadora da comunicação, descrevendo métodos e

instrumentos. Não existe consenso relativamente ao instrumento mais eficaz (Pina et al, 2020)

Um quadro de comunicação, quando usado adequadamente durante o período em que a pessoa está sob ventilação mecânica, diminui a sua frustração no que se refere à comunicação e melhora a eficiência da transmissão do que pensam, necessitam ou sentem. O conteúdo, formato e materiais aconselhados para a criação de quadros de comunicação incluem letras e imagens grandes e uso de cores fortes (Patak et al., 2004).

Neste estudo, a importância da existência de um livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação com a pessoa ventilada na UCI foi bem evidente uma vez que das 36 respostas, 28 enfermeiros, isto é, 75% consideram muito importante este instrumento para o contexto desta UCI. **(Gráfico. 10)**

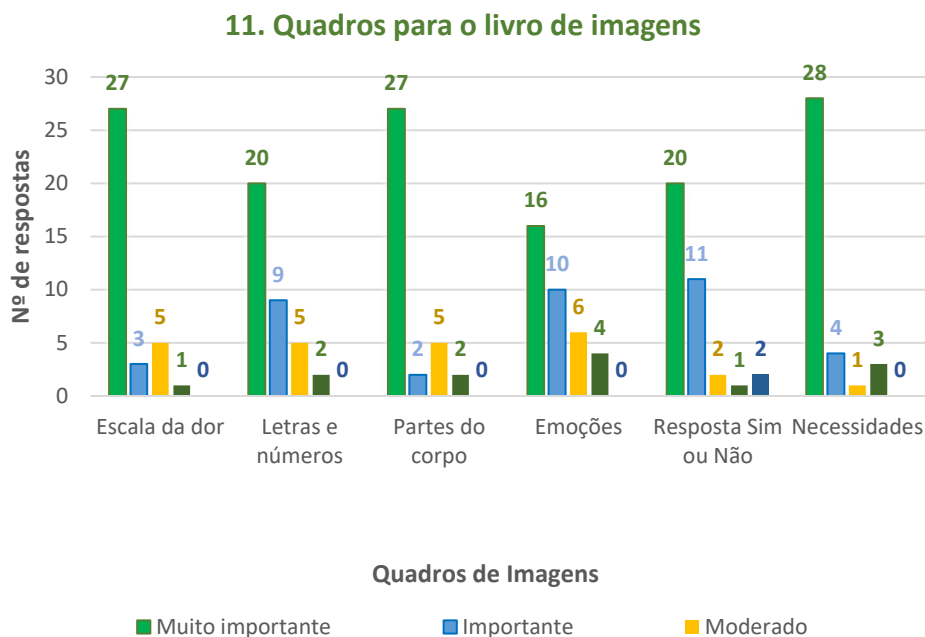
### 10. Importância do livro de imagens para a comunicação



**Gráfico 10.** Importância da existência do livro de imagens

Para a construção deste instrumento de comunicação foram sugeridos alguns quadros de imagens e avaliados conforme o seu grau de importância.

Todas as imagens sugeridas foram avaliadas pelo seu grau de importância para a amostra. Podemos concluir que, o quadro das necessidades, o das partes do corpo e o da avaliação da dor são os mais importantes. O quadro das emoções foi considerado como muito importante por 16 enfermeiros.



**Gráfico 11.** Importância dos quadros apresentados para a construção do livro de imagens

#### 4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo de investigação permitiu delinear algumas sugestões e refletir sobre projetos futuros e mudanças de comportamentos e atitudes. Este tema deverá continuar a ser alvo de futuras investigações e, sempre que possível, uma vez que uma comunicação eficaz garante uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Na amostra de 36 enfermeiros deste estudo, predomina o género feminino e a média de idades é 36 anos. A maioria dos enfermeiros tem entre os 11 e os 20 anos de experiência profissional. Salienta-se o facto de 41.7% destes enfermeiros terem menos de 5 anos de experiência em UCI e a sua maioria (72%) referir necessidade de formação para o tema da comunicação.

Os enfermeiros consideram que as estratégias de comunicação mais importantes são: falar de forma clara encarando a pessoa, demonstrar disponibilidade em comunicar e usar um tom de

voz normal e frases curtas. A privacidade também é um aspeto importante. A estratégia considerada menos importante é o uso de bloco de papel e caneta.

A importância da existência de um livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação com a pessoa ventilada na UCI, foi bem evidente neste estudo uma vez que foi referida por 75% da amostra.

Este estudo foi importante para a consciencialização dos enfermeiros da UCI, para a necessidade da inclusão das competências de comunicação, para a formação de base dos diferentes profissionais de saúde e para o uso das estratégias de comunicação adequadas.

Neste contexto, o futuro dos instrumentos de comunicação passará pela evolução da tecnologia e pelo seu investimento financeiro nas instituições de saúde.

## **CONCLUSÃO**

A elaboração deste relatório, descreve e analisa de forma reflexiva e retrospectiva o percurso realizado para o desenvolvimento das competências pretendidas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica.

Nos EC foram desenvolvidas atividades que permitiram pôr em prática os conhecimentos e as aprendizagens adquiridas neste percurso. A pesquisa bibliográfica, a leitura, a análise e a reflexão, associadas à minha experiência profissional de vinte e sete anos em cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, foram fundamentais para melhorar o meu processo de desenvolvimento para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em todos os EC foi objetivo desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista conforme consta no Regulamento nº 135/2018 e no Regulamento nº 140/2019 da OE. Assim, desenvolvi competências em todos os campos de ação que correspondem ao enfermeiro especialista com ênfase na prestação de cuidados, na gestão, na formação em serviço, na investigação e na liderança clínica.

As principais dificuldades consistiram em conciliar a sobrecarga de trabalho profissional e a disponibilidade de tempo para a família, que se agravou pelo período que todos atravessamos e que corresponde a uma pandemia. Todos os recursos humanos são poucos para dar resposta aos cuidados de saúde nas instituições de saúde em Portugal, e por isso, na instituição de saúde onde exerço funções, estas dificuldades foram superadas pelo empenho e dedicação pessoal, em conjunto com o apoio da família e a orientação dos professores da escola e dos enfermeiros orientadores dos EC.

Considero que no decorrer dos ensinamentos clínicos desenvolvi intervenções especializadas em enfermagem nos contextos específicos de cuidados à PSC em Urgência, Cuidados Intensivos e em Hemodiálise.

No contexto pandémico em que se desenvolveu este percurso, foi possível participar na dinâmica de resposta das instituições para os cuidados de saúde, tendo por base a capacidade de gerir recursos humanos e materiais.

A abordagem da temática da comunicação assumiu um pilar fundamental para a construção de um projeto desenvolvido na UCI que foi ao encontro da necessidade desta equipa de

enfermagem e do meu desenvolvimento no conhecimento científico e na investigação. O presente trabalho conseguiu dar resposta às questões da investigação e aos objetivos definidos.

A continuidade deste projeto, será um objetivo futuro dado a importância que lhe foi atribuída pela equipa multidisciplinar e pela enfermeira coordenadora de departamento, responsável pela Unidade. O avanço para as novas tecnologias de comunicação, já estão patentes no envolvimento que consegui com esta equipa. Atualmente, essas tecnologias estão a ser utilizadas numa pessoa em situação crónica submetida a VMI internada nesta.

As competências de formação em serviço desenvolveram-se similarmente nos EC. A videoconferência foi a estratégia de adaptação utilizada para fazer face às limitações existentes relacionadas com a COVID-19, o que permitiu a comunicação eficaz pretendida entre os profissionais.

A aplicação das Teorias de Enfermagem nos ensinamentos clínicos (Teoria das transições de Afaf Meleis e Teoria das Relações Interpessoais de Peplau) permitiu fundamentar as intervenções e estratégias desenvolvidas demonstrando a sua importância na prática dos cuidados.

As intervenções e a aprendizagem efetuada no decorrer dos EC, foram adequadas e próprias de um enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, pois tiveram por base um pensamento crítico-reflexivo fundamentado no conhecimento específico desta área de especialidade.

No SU destaca-se a importância da gestão e orientação de equipas na área de urgência, bem como a capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas na pessoa em situação crítica.

Na UCI, destaca-se a realização do trabalho CIPE pela necessidade de conhecimento sobre a pessoa em situação crítica com pneumonia por COVID-19 submetida a VMI, dado ser uma doença atual desconhecida. Este trabalho teve relevância para a uniformização dos cuidados prestados.

No EC de opção, foram desenvolvidas competências na área específica da pessoa IRC com necessidade de tratamento em HD, o que contribuiu para colmatar necessidades formativas existentes para a prática de cuidados no serviço onde exerço funções e deste modo tornou-se importante o meu desempenho para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados de forma a dar visibilidade à profissão de enfermagem.

A construção deste processo de aprendizagem teve o seu sucesso pelo envolvimento e integração conseguida nas várias equipas multidisciplinares e nos vários contextos dos serviços hospitalares. A partilha mútua de conhecimentos foi um aspeto relevante para alcançar os objetivos pretendidos.

Este percurso de aprendizagem, permitiu tornar-me uma profissional mais autónoma, com espírito crítico e reflexivo onde contribui para o desenvolvimento das instituições onde foram realizados os EC programados neste curso. Considero que desenvolvi uma prática de enfermagem com recurso à metodologia de investigação correspondente ao pretendido nível de mestrado e que adquiri as competências inerentes ao enfermeiro especialista na área Médico-Cirúrgica. Saliento ainda que, para o desenvolvimento e inovação da prática de enfermagem, o enfermeiro tem de ter uma base no respeito pela pessoa e família em todo o processo de cuidados e que a tomada de decisões ético-legais tem de ir ao encontro dos valores desta profissão.

O final desta etapa, será o início de um novo caminho para a continuidade do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alves, A. P. L. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf)

American Heart Association. (2016). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. Estados Unidos da América. Integracolor, LTD.

Barreira, I. M. M. (2018). *Via Verde de Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19107/1/Barreira\\_Ilda.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19107/1/Barreira_Ilda.pdf)

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Carpenito, L. J. (1998). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. Porto Alegre. Artes Médicas Sul LTDA.

Decreto – Lei nº104/98 de 21 abril. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República I Série A Nº 93. 1739- 1741. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. 2015-2020. Diário da República 2ª Série, Nº 153, 20673-20678. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho nº 9390/2001 de 24 de setembro (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República. II Série. Nº 187, 96- 103. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho nº5613/2015 de 27 de maio (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário da República II série. Despacho 5613/2015. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Direção Geral da Saúde (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção da *Pneumonia Associada à Intubação*. Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). *Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde*. Norma nº 002/2017 de 20/01/2017. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx>

Direção Geral de saúde (2017) *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Ministério da saúde. Lisboa. Retrieved from [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Norma nº 007/2010 de 06/10/2010. Ministérios da saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Ferreira, N., Miranda, C. & Leite, A. (2014). *Dor e Analgesia em doente crítico*. Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, (II), 17-20.

Figueiredo, T. W. B., Mercês, N. N. A. & Lacerda, M. R. (2018) Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(6), 3004-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta;

Fradique, J. M. & Mendes, L. (2013) *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, (III). Retrieved from [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000200006?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000200006](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006)

Freitas, P. (2012). *Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do Serviço de Urgência*. Lisboa: LIDEL.

Garrido, A. F. S. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

Gomes, B. M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados Intensivos*. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rbti/a/dHYQGtY4wj4Z8ptkNKcnKPK/abstract/?lang=pt>;

HZ, (2020). *Prevenção e controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus resistente à Meticilina*. Procedimento interno (PROC.GER.050.00).;

HZ, (2020). *Unidade de Hemodiálise / Atuação em contexto de pandemia por COVID 19*. Procedimento interno (PLA.HEM.001.00);

Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). *Direitos e deveres do utente nos serviços de saúde*. Diário da República I Série N.º 57. 2127-2131. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>

Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (2006). *Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil*. Diário da República I série. N.º126, 4696-4706. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>

Martinho, C. I. F. & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). *A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, (2), 132-140. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rbti/a/dHYQGtY4wj4Z8ptkNKcnKPK/?format=pdf&lang=pt>

Matos, T. M. L. F. (2012). *Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15807/1/Relatório.pdf>

Meleis, A. (2010) *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories*. Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Governo de Portugal. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. República portuguesa. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Morais, G. S. N., Costa, S. F. G & Fontes, W. D. (2008). *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. Universidade Federal de São Paulo. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>

Norma nº 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 14/10/2020. *COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. Direção Geral de Saúde. Disponível em [https://backoffice.ump.pt/files/files/Norma\\_004\\_2020\\_act\\_14\\_10\\_2020.pdf](https://backoffice.ump.pt/files/files/Norma_004_2020_act_14_10_2020.pdf)

Norma nº 007/2020 de 29/03/2020 atualizada a 30/05/2017. *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

Norma nº 008/2022 de 26/05/2020 atualizada a 26/05/2020. *Doentes com Doença Renal Crónica em Hemodiálise*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082020-de-280320201.aspx>

Norma nº 018/2014 de 09/2014 atualizada a 27/04/2015. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. *Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

Norma nº 019/2020 de 26/10/2020. *Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-26102020-pdf.aspx>

Norma nº 017/2011 de 28/09/2021 atualizada a 14/06/2012. *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio*. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros - Mesa de colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa. Edição: Projeto digital. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)

Ordem dos enfermeiros (2005). *Código deontológico dos enfermeiros*. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Leiria. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Anuário Estatístico 2021*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática- Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodialise*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)

Ordem dos enfermeiros. (2017). *Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa*. Edição: Ordem dos enfermeiros. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia\\_diálise-peritonal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_diálise-peritonal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Diário da República nº 113/2018, série II de 2018-06-14, pág. 16663. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma de Cálculo de Dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República nº 184/2019, série II de 2019-09-25, p. 128-135. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Patak, L., Gawlinski, A. & Fung I. (2004). *Patients` reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation*. *Heart & lung: the journal of critical care*, 33(5), 308-20. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.002>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência.

Pina, S., Canellas, M., & Prazeres, R. (2020). *Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gradiva.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta.

Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor*. Diário da República II Série. N.º 48, 5948-5952. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República II Série. N.º 26, 47444750. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República II Série. 17240-17243. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Diário da República II Série. N.º113, 16656-16663. Disponível em [https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842?\\_ts=1646006400044](https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842?_ts=1646006400044)

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica*. Diário da República II Série. N.º 135, 19359-19369. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Sakata, R. K. & Nunes, M. H. G. (2014) *Analgesics use for Kidney failure*. *Revista Dor*, 15 (III), 224-229. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rdor/a/crPwjH7HnDgWGJK4PGrKqtF/?lang=en&format=pdf>

Santos, E. M. C. P. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional*. Universidade do Algarve. Retrieved from <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMAÇÃO%20EM%20SERVIÇO%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>

Sheehy, S. (2004). *Enfermagem de urgência – da Teoria à Prática*. Loures. Lusociência, ENA – Associação dos Enfermeiros de Urgência.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021) *Dia Mundial do Rim 2021*. Retrieved from [https://www.spnefro.pt/dia\\_mundial\\_do\\_rim/dia\\_mundial\\_do\\_rim\\_2021](https://www.spnefro.pt/dia_mundial_do_rim/dia_mundial_do_rim_2021)

Terra, F. S., Costa, A. M. D. D. & Figueiredo, E. T. (2010). *Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise*. Revista Brasileira Clínica Médica, 8(2), 119-124. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>

Tommev A., M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. [PDF] Retrieved from <https://pt.scribd.com/document/57831255/Teoricas-de-Enfermagem-e-a-Sua-Obra-D>

Vieira, E. J. M. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16387/1/AS%20ESTRATÉGIAS%20DE%20COMUNICAÇÃO%20NO%20CUIDADO%20À%20PESSOA%20EM%20SITUAÇÃO%20CRÍTICA.pdf>

## **APÊNDICES**

# **APÊNDICE I**

**(Poster – Resíduos Hospitalares)**

## RESÍDUOS HOSPITALARES

### GRUPO I / II – RESÍDUOS NÃO CONTAMINADOS

Resíduos equiparados a urbanos / Resíduos hospitalares não perigosos



- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e ou comum (com exceção dos incluídos nos grupos III e IV);
- Resíduos provenientes de serviços gerais e de apoio (gabinetes, salas de reunião, vestiários);
- Material ortopédico: talas, gessos, ligaduras gessadas não contaminadas e sem vestígios de sangue;
- Resíduos provenientes de atividade de alimentação, resultantes da confeção e restos de alimentos;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão);
- Frascos de soro não contaminados (com exceção dos do grupo IV);
- Material de proteção individual utilizado nos serviços de apoio.

### GRUPO III – RESÍDUOS CONTAMINADOS

Resíduos hospitalares de risco biológico



- Todos os resíduos biológicos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos;
- Resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;
- Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos;
- Material contaminado ou com vestígios de sangue;
- Sacos coletores de fluidos orgânicos;
- Peças anatómicas não identificáveis.

### GRUPO IV – RESÍDUOS CONTAMINADOS

Resíduos hospitalares específicos – Incineração obrigatória



- Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
- Citostáticos e material utilizado na sua manipulação e administração;
- Material cortante e perfurante.

Imagens retiradas de Stencyle - www.stencyle.pt

Elaborado pela Aluna Carla Nascimento do Mestrado À Pessoa em Situação Crítica do Instituto Politécnico de Leiria

## **APENDICE II**

(Instrumento de recolha de dados - Questionário)

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

## A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

A comunicação do enfermeiro com a pessoa é fundamental para se construir a relação terapêutica. Nas pessoas que estão sob ventilação mecânica invasiva a comunicação é mais difícil. Logo, é responsabilidade dos enfermeiros desenvolver estratégias para comunicar nas Unidades de Cuidados Intensivos com as pessoas ventiladas, correspondendo assim, ao que está descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica. O presente estudo pretende melhorar e desenvolver competências e estratégias de comunicação numa UCI com a pessoa ventilada.

### \*Obrigatório

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

A privacidade e a proteção de dados estão asseguradas de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia. Os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação. O tratamento dos dados é considerado legal quando o participante dá o seu consentimento. A sua participação é de carácter livre e voluntária e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

1. Após ter tomado conhecimento dos fins desta investigação e da política de privacidade, pretende colaborar com este estudo? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

2. 1. Género \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino  
 Masculino

2 / 13

18/04/22, 15:01 A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

3. 2. Idade (anos) \*

\_\_\_\_\_

4. 3. Habilitações Académicas - Pós graduação:

\_\_\_\_\_

5. 4. Habilitações Académicas - Especialidade:

\_\_\_\_\_

6. 5. Habilitações Académicas - Mestrado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 6. Experiência Profissional (anos) \*

\_\_\_\_\_

8. 7. Experiência Profissional em Unidade de Cuidados Intensivos? (anos) \*

\_\_\_\_\_

9. 8. Alguma vez recebeu formação sobre o tema: a comunicação com a pessoa numa UCI? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

[https://docs.google.com/forms/d/1j\\_t4gOryez0rBEudAzk0O0mmGw93fz4\\_Q7\\_rUMPJEWc/edit](https://docs.google.com/forms/d/1j_t4gOryez0rBEudAzk0O0mmGw93fz4_Q7_rUMPJEWc/edit) 2/13

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

10. 9. Para si, a importância do tema da comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com Ventilação Mecânica Invasiva é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante  
 importante  
 Moderada  
 Às vezes importante  
 Não é importante

11. 10. Sente dificuldade em comunicar com a pessoa com Ventilação Mecânica Invasiva em Unidade de Cuidados Intensivos? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Muito frequentemente  
 Frequentemente  
 Ocasionalmente  
 Raramente  
 Nunca

12. 11. As dificuldades que não estão diretamente relacionada com o doente, podem estar relacionadas com: \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Escassa formação na área  
 Organização do serviço  
 Estrutura da Unidade de Cuidados Intensivos  
 Escassez de tempo  
 Sobrecarga de tarefas e responsabilidades do enfermeiro  
 Método de trabalho

Outro:  \_\_\_\_\_

Nas dificuldades que estão diretamente relacionadas com a pessoa ventilada, assinale a importância que cada item apresentado pode ter para si:

[https://docs.google.com/forms/d/1j\\_t4gOryez0rBEudAzk0O0mmGw93fz4\\_Q7\\_rUMPJEWc/edit](https://docs.google.com/forms/d/1j_t4gOryez0rBEudAzk0O0mmGw93fz4_Q7_rUMPJEWc/edit)

3/13

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

13. 1. Para promover a compreensão com a pessoa ventilada, falar de forma clara encarando a pessoa é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante  
 Importante  
 Moderado  
 Às vezes importante  
 Não é importante

14. 2. Para promover a compreensão da pessoa ventilada, usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante  
 Importante  
 Moderado  
 Às vezes importante  
 Não é importante

15. 3. Pensa que os métodos alternativos como o bloco de papel e caneta são: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importantes  
 Importantes  
 Moderados  
 Às vezes importantes  
 Não são importantes

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

16. 4. Pensa que os métodos alternativos como quadros de imagens ou cartazes são: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importantes  
 Importantes  
 Moderados  
 Às vezes importantes  
 Não são importantes

17. 5. Os métodos alternativos como o incentivo ao piscar de olhos, gestos com mãos ou acenos de cabeça são: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importantes  
 Importantes  
 Moderados  
 Às vezes importantes  
 Não são importantes

18. 6. Para proporcionar um ambiente tranquilizador, usar tom de voz normal e frases curtas é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante  
 Importante  
 Moderado  
 Às vezes importante  
 Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

19. 7. Para garantir a privacidade de forma a criar um ambiente tranquilizador é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes importante
- Não é importante

20. 8. Para demonstrar disponibilidade para comunicar de forma a proporcionar um ambiente tranquilizador é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes importante
- Não é importante

O livro de imagens como instrumento facilitador da comunicação com a pessoa ventilada em UCI

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos



21. 1. Considera a importância da existência de um livro de imagens facilitador de comunicação com a pessoa ventilada em UCI: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

22. 2. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UCI: \*



Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

23. 3. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UCI: \*



Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

24. 4. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UCI: \*



Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

25. 5. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UC: \*



Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

26. 6. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UCI: \*



Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

18/04/22, 15:01

A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

27. 7. Considera a importância deste quadro no livro de imagens para a comunicação com o doente ventilado em UCI: \*

NECESSIDADES		
		
Data	FAMILIA	HORAS
		
Falar com o médico	Ir para a cama	Ir para o cadeirão
		
Ir ao WC	Comer	Beber água

Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderado
- Às vezes Importante
- Não é importante

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

### **APENDICE III**

(Parecer da Comissão de ética, Conselho de administração e direção de enfermagem para autorização da realização do estudo)

TC  
Pau e comiss Etica  
Pau amline e pausa.  
Portu. nte gudar pau et.  
Enfermeira Diretora

Exma. Sra Enfermeira Diretora

**Assunto:** Pedido de autorização

Eu, Carla Ouro Nascimento, enfermeira a exercer funções nesta Unidade de Cuidados Intensivos, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto Politécnico de Leiria/Escola Superior de Saúde, orientado pela professora Susana Mendonça, venho solicitar a Vossas Excelências autorização para realizar uma investigação com o tema da "Comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos".

A comunicação é um meio fundamental para os cuidados de enfermagem e a ventilação mecânica invasiva é um obstáculo a essa comunicação.

Fazendo referência aos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica, a utilização de estratégias de comunicação verbal e não-verbal no cuidado à pessoa, são elementos importantes para a satisfação desta e para a excelência do exercício profissional.

Considero pertinente a realização deste estudo uma vez que pretendo com o seu resultado elaborar um projeto que tem por objetivo desenvolver competências e estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos deste Hospital.

Para este estudo será aplicado um questionário, a realizar a todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos. Os questionários são de autopreenchimento online.

A privacidade e a proteção de dados estão asseguradas de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia.

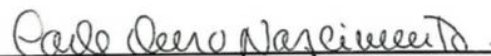
Este estudo será submetido à comissão de ética e saúde da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, assim como à Comissão de ética deste hospital.

Os resultados serão para uso exclusivo desta investigação, estando sujeitos às normas habituais de divulgação. A participação dos elementos da equipa é voluntária e obriga ao preenchimento do consentimento informado.

A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes.

Solicito a sua autorização na concordância para a realização deste estudo.

Atenciosamente,



O investigador, Carla Ouro Nascimento; contacto [c.ouronascimento@gmail.com](mailto:c.ouronascimento@gmail.com)



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

### INFORMAÇÃO PARA DESPACHO


De: Encarregado de Proteção de Dados N.º: 02/2022 Data: 01/02/2022 Pág.: 2

Para: Secretariado do Conselho de Administração

C.c.: \_\_\_\_\_

**Assunto:** Estudo "Comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos"

PARECER	DESPACHO

Considerando o pedido de análise e parecer ao estudo "Comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos", procedeu o Encarregado de Proteção de Dados do  à reavaliação da documentação junta pela investigadora principal no pedido de realização do estudo.

Este projeto de investigação tem como finalidade a obtenção do grau de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica. A investigação é organizada pelo Instituto Politécnico de Leiria / Escola Superior de Saúde, tendo como investigadora principal, a Enfermeira Carla Ouro Nascimento e a Professora Susana Mendonça, na qualidade de orientadora da dissertação. O estudo não implica encargos adicionais para a instituição ou para os participantes.



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

## INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

O projeto em causa terá como principais objetivos o desenvolvimento de competências e estratégias comunicacionais, para uma comunicação eficaz com a pessoa ventilada, na Unidade de Cuidados Intensivos ("UCI"); Conhecer as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na UCI; Identificar o nível de dificuldade existente nos enfermeiros; Identificar a necessidade de recursos facilitadores e estruturar um Instrumento de Comunicação – Livro de imagens. Este estudo será realizado através da resposta a um questionário de autopreenchimento *online*, enviado por correio eletrónico.

É garantido pela investigadora principal que os participantes serão informados previamente sobre os objetivos do estudo, sendo assegurado a sua privacidade, confidencialidade dos dados, dando o seu consentimento informado por escrito.

Cumprir referir que a investigadora principal garante que os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação.

De salientar que, conforme previsto no formulário de consentimento, a participação no estudo é de carácter livre e voluntário, podendo os participantes retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer justificação e sem quaisquer implicações.

Em face do supra exposto sou de parecer que, salvo melhor entendimento em contrário, o estudo reúne as condições para aprovação superior, considerando as disposições legais relativas à proteção de dados pessoais e privacidade, nomeadamente quanto ao facto do tratamento de dados pessoais se basear no consentimento do titular dos dados, nos termos da al. a) do n.º2 do artigo 9º do RGPD, considerando ainda os fins de investigação clínica nos termos previstos na al. j) do n.º2 do artigo 9º do RGPD, como também o cumprimento da prestação de informações ao titular dos dados nos termos previstos no artigo 13º do RGPD.

À consideração superior,

**Encarregado de Proteção de Dados**

IMP/GER.131.01



28/05/22, 23:15 [Redacted] Correio - Estudo - Enfª Carla Nascimento - A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade d..



Carla Nascimento <carla.nascimento@[Redacted].pt>

**Estudo - Enfª Carla Nascimento - A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos**  
1 mensagem

[Redacted] - Conselho de Administração <[Redacted].pt> 25 de fevereiro de 2022 às 14:56  
Para: Carla Nascimento <carla.nascimento@[Redacted].pt>

Boa tarde  
EnP Carla Nascimento,

Serve o presente para informar que o estudo/projecto de investigação abaixo identificado foi aprovado, em sede de Comissão Executiva, no dia 22/02/2021.

Estudo - A comunicação com a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos

A Comissão Executiva solicita o preenchimento do documento que se envia em anexo, o qual deve ser remetido ao secretariado do Conselho de Administração, aquando da conclusão do estudo/projecto de investigação em apreço.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]  
Secretariado Administração  
Te [Redacted] • Ext: [Redacted] • Email: [Redacted]



[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

50K

**APENDICE III**  
**(Trabalhos CIPE)**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em  
Situação Crítica  
**Ensino Clínico I – Serviço de Urgência**

**Estudante:** Carla Ouro Nascimento

**Ensino Clínico I:** Serviço de Urgência

**Local:** Hospital de Y

**Data:** De 7 /09/2020 a 13/11/2020

**Professor Responsável:** Sérgio Soares

1. *Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).*

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas é uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico cirúrgica no Serviço de Urgência.

Na chegada do doente crítico á sala de emergência no Serviço de Urgência do Hospital de na sala de emergência, assim como em muitos outros serviços como este, verifica-se a tomada de decisão precoce e/ ou sem protocolo de atuação para a algaliação ao doente. Assim, uma vez que não se verifica nenhum protocolo ou orientação na decisão deste

procedimento, considere este o tema para a realização do meu trabalho.

A Infecção do Trato Urinário é uma das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde de grande importância dadas as suas consequências com o doente, a família e também no impacto económico para as instituições. A algaliação é essencial na prestação de cuidados de saúde ao doente, mas também é um fator de risco associado à infecção do trato urinário. Segundo a Direcção-Geral da Saúde a Infecção urinária associada a cateter urinário é uma das mais frequentes infecções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter urinário.

O cateterismo urinário inapropriado em doentes que diariamente entram nas salas de emergência é comum, mas deve ter cada vez mais uma tendência de redução.

Neste sentido, torna-se extremamente importante o enfermeiro avaliar a necessidade de algaliação e minimizar o seu uso, sobretudo entre os idosos, embora algumas situações o justifiquem, como é o caso de existir retenção urinária; necessidade de uma monitorização rigorosa dos débitos urinários, em pós-operatórios complicados; incontinência urinária na presença de úlceras na região sagrada ou perineal; entre outras (Gould et al, 2009).

É premente avaliar os motivos e a necessidade de cateterização urinária de forma sistemática e remover o cateter urinário quando o mesmo não é necessário. A efetividade das intervenções de prevenção, baseadas em protocolos, fomenta reduções significativas na ocorrência de infeções urinárias e um aumento de ganhos em saúde. Os enfermeiros desempenham um papel importante nesta prevenção. (OE,2014)

Tendo em conta o anteriormente mencionado e de forma a uniformizar os cuidados, revela extrema importância a elaboração de um protocolo /guia orientador da boa prática relativa à decisão da algaliação no doente em sala de emergência do Serviço de Urgência do Hospital de Y.

*2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).*

Para a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.35), Foco é a “Área de atenção relevante para a enfermagem”.

Dentro da situação descrita para este trabalho, considere os seguintes focos:

*- A eliminação urinária*

A eliminação urinária é controlada pela técnica de algaliação e conseqüente complicações no decorrer do percurso terapêutico do doente.

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 16), o Diagnóstico de Enfermagem é definido como o “rótulo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem.”

Deste modo, os Diagnósticos de Enfermagem que identifiquei para a inexistência de um protocolo de apoio á decisão de algaliação dos doentes na sala de emergência foram os seguintes:

**Foco – Eliminação Urinária**

✓ **Diagnósticos:** *Risco de infeção*

*Eliminação urinária comprometida*

Diagnosticar as necessidades do Serviço de Urgência do Hospital Y em matéria de prevenção e controlo de infeção foi uma das áreas importantes e que está também inserida no quadro de competências do enfermeiro especialista médico cirúrgica.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), anteriormente designada por Infeção Nosocomial (IN), entende-se como a ocorrência de infeção conseqüente dos cuidados de saúde prestados. Constitui-se um problema com conseqüências relevantes a nível de morbilidade e mortalidade, com repercussões nos gastos em saúde, pelo que se torna imprescindível a adoção de medidas preventivas à sua ocorrência (Caramujo, Carvalho, & Caria,

O enfermeiro deve proceder a aplicação do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, conforme a norma 019/2015 da Direção geral de Saúde 2011).

(Instituto nacional de saúde Dr Ricardo Jorge, 2004) As recomendações para a

prevenção da ITU no doente algaliado devem ter cinco níveis de intervenção: avaliação da necessidade de algaliação, seleção do tipo de algália, inserção asséptica da algália, manutenção da algaliação e remoção da algália.

A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência da algália determinam o risco de infeção (Painter & Ferguson, 2009).

Caramujo et al. (2011) realizaram um estudo no hospital de Évora, num departamento de medicina, com o objetivo de determinar a frequência de cateterismo urinário evitável, tendo observado que 25% dos casos não tinham indicação apropriada. Como justificativas para a permanência do cateter identificaram a gestão da incontinência (6,2%), a retenção urinária (9,4%) e a ausência de indicação para a sua remoção (18,8%). Deste grupo de doentes identificados com indicação inapropriada para o uso de cateter urinário, foram diagnosticadas 41,7% de ITU, que eram potencialmente evitáveis.

Na pertinência destes estudos importa referir que eliminação urinária é controlada pela técnica de algaliação e conseqüente complicações no decorrer do percurso terapêutico do doente.

A tomada de decisão e o julgamento, constituem aspetos específicos consignados no Regulamento de Exercício da Profissão de Enfermagem.

Para a tomada de decisão de algaliação ao doente crítico na sala de emergência é de extrema importância que o enfermeiro tenha uma base definida de uma norma, um procedimento, um protocolo ou uma instrução de trabalho.

A Administração Central do Sistema de Saúde, em 2011, criou um manual onde descreve a norma do processo do sistema Urinário, no que se refere ao cateterismo urinário. Segundo esta norma a algaliação deve ser de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do doente.

(Ramos et al, 2018) identificou também a evidência científica na avaliação diária da necessidade de algaliação e manutenção do cateter vesical na pessoa em situação crítica, através da implementação de um protocolo previamente definido e que contribuiu para a diminuição da taxa de ITU. Também neste estudo verificaram que 47% das algaliações eram desnecessárias.

Pode-se concluir desta forma a necessidade de um protocolo, procedimento, norma ou

instrução de trabalho para a abordagem da eliminação urinária do doente na sala de emergência da Urgência do Hospital Y.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

No que diz respeito ao significado de Intervenção de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 16) descreve como uma “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem.”

Assim, para os Diagnósticos estabelecidos foram selecionadas as seguintes Intervenções de Enfermagem:

Foco – **Eliminação urinária:**

- ✓ Eliminação urinária comprometida
- ✓ Risco de infeção

**INTERVENÇÕES:**

- Implementar técnica asséptica para a algaliação
- Otimizar cateter urinário
- Monitorizar débito urinário
- Vigiar eliminação urinária
- Registrar o feixe de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical

## 5. Referências bibliográficas

- Direcção-Geral da Saúde: Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI). Portugal. Direcção-Geral da Saúde 2008
- Gould, C. V., Umscheid, G. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G. & Pegues, D. A. (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/341281513\\_Algaliacao\\_em\\_Servico\\_de\\_Urgencia\\_Risco\\_de\\_infecao\\_pela\\_utilizacao\\_desnecessaria](https://www.researchgate.net/publication/341281513_Algaliacao_em_Servico_de_Urgencia_Risco_de_infecao_pela_utilizacao_desnecessaria)
- Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”. Direcção Geral de Saúde.
- Caramujo, N., Carvalho, M., & Caria, H. (2011). Prevalência da algaliação sem indicação: um factor de risco evitável. Acta Médica Portuguesa, 24(S2), 517-522. Disponível em [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5148/1/artigo\\_517-522.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5148/1/artigo_517-522.pdf). 90
- Caramujo, N., Santos, C., Mendes, A., & Frias, A. (2013). A Algaliação em Serviço de Urgência: Risco de infeção pela utilização desnecessária. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10174/8636>.
- Ministério da Saúde - Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2003). Programa Nacional de Controlo de Infeção – Critérios do CDC para o diagnóstico das Infeções (1ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M., & de Oliveira, J. P. (2018). Revisão integrativa: avaliação da necessidade de algaliação/manutenção do cateter vesical na pessoa em situação crítica. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 5-13. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7216>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização  
à Pessoa em Situação Crítica  
Ensino Clínico II – Unidade de Cuidados Intensivos

**Estudante:** Carla Ouro Nascimento

**Ensino Clínico II:** Unidade Cuidados Intensivos

**Local:** Hospital Z

**Data:** Dezembro 2020

**Professor Responsável:** Doutora Susana Mendonça

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 429/2018 (máximo 500 palavras).

De acordo com o regulamento nº429/2018, a Ordem dos Enfermeiros definiu que 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.

De forma a adquirir as competências pretendidas, durante o Ensino Clínico II, na Unidade de Cuidados intensivos do Hospital Z, deparei-me com a necessidade de aprofundar conhecimentos na área dos cuidados de enfermagem ao doente com Ventilação Mecânica Invasiva com COVID-19.

Durante o Ensino Clínico, tive a possibilidade de prestar cuidados aos doentes com COVID-19, que por agravamento do padrão respiratório associado a pneumonia, tinham necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2020, a COVID-19 é a mais recentemente descoberta doença infecciosa causada pelo coronavírus. Tanto esse novo vírus quanto a doença que ele causa eram desconhecidos antes do surto em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Atualmente, a COVID-19 é uma pandemia que afeta muitos países ao redor do mundo.

Os coronavírus são uma extensa família de vírus que podem causar doenças em animais e humanos. Em humanos, vários coronavírus são conhecidos por causar infecções respiratórias, como é o caso da síndrome respiratória aguda grave (SARS). O coronavírus descoberto recentemente causa a doença COVID-19.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020), recomenda que a estratégia de ventilação mecânica invasiva seja baseada no protocolo da ARDS e que doentes com critérios de pneumonia grave sejam precocemente referenciados a Serviços de Medicina Intensiva.

A Ventilação mecânica é fundamental na manutenção da vida em condições graves de insuficiência respiratória.

Segundo a Sociedade de Medicina Intensiva (2020), o tratamento de doentes com ARDS (Acute respiratory distress syndrome) por Covid-19 é uma novidade que obriga a uma postura crítica e de vigilância uma vez que os doentes agravam rapidamente a dispneia e a hipoxemia. Também refere que estes doentes têm febre mais elevada, são mais velhos, têm comorbidades (HTA; diabetes mellitus; insuficiência cardíaca; doença renal crónica; DPOC) e apresentam neutrofilia, linfopenia, d-dímeros e DHL elevados. Para a uniformização dos cuidados de enfermagem ao doente crítico deste contexto, a sociedade portuguesa de cuidados intensivos juntamente com a ordem dos enfermeiros publicaram recomendações importantes numa abordagem ABCDEFG.

Com este trabalho pretendo aprofundar conhecimentos numa temática que é novidade e me causou desconhecimento e dificuldades. Pretendo ainda, contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com necessidade de VMI por pneumonia associada à Covid-19.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

Segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem, o foco é a área de atenção relevante para a enfermagem.

Para o tratamento do doente com ventilação mecânica invasiva com pneumonia por COVID 19, foram definidos os focos: Processo do Sistema respiratório comprometido e Suscetibilidade à infecção.

### **O Processo do Sistema respiratório comprometido**

Segundo a CIPE® Versão 2 (2011), o processo do sistema respiratório define-se como um “processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, recetores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão.” Pág.69.

No agravamento da doença COVID 19, com pneumonia, o doente apresenta o seu processo do sistema respiratório comprometido.

A sociedade Portuguesa de cuidados intensivos, tal como a DGS, adaptou as recomendações da organização mundial de saúde e definiu critérios para as síndromes clínicas associadas ao COVID-19. Assim, a pneumonia é grave se tiver associada a: choque séptico, ventilação mecânica, confusão, frequência respiratória  $\geq 30$ , hipotensão, hipotermia ( $T_{central} < 36^{\circ}C$ ),  $PaO_2/FiO_2 \leq 250mmHg$ , ureia  $\geq 43mg/dL$ , leucopenia (leucócitos  $\leq 4.000/\mu L$ ) e trombocitopenia (plaquetas  $\leq 100.000/\mu L$ ). A sociedade Portuguesa de cuidados intensivos, tal como a DGS, adaptou as recomendações da organização mundial de saúde e definiu critérios para as síndromes clínicas associadas ao COVID-19. Assim, a pneumonia é grave se tiver associada a: choque séptico, ventilação mecânica, confusão, frequência respiratória  $\geq 30$ , hipotensão, hipotermia ( $T_{central} < 36^{\circ}C$ ),  $PaO_2/FiO_2 \leq 250mmHg$ , ureia  $\geq 43mg/dL$ , leucopenia (leucócitos  $\leq 4.000/\mu L$ ) e trombocitopenia (plaquetas  $\leq 100.000/\mu L$ ).

A UCI do HZ tem lotação para oito doentes em tratamento com comprometimento do processo do sistema respiratório.

O tratamento destes doentes não se baseia apenas em critérios estritos, mas antes numa avaliação caso-a-caso que inclua a cada momento a perceção de gravidade por parte da equipa e a gestão global dos recursos disponíveis.

A UCI do HZ tem lotação para oito doentes em tratamento para este comprometimento do processo do sistema respiratório.

O tratamento destes doentes não se baseia apenas em critérios estritos, mas antes numa avaliação caso-a-caso que inclua a cada momento a perceção de gravidade por parte da equipa e a gestão global dos recursos disponíveis.

### **Suscetibilidade à infeção**

Para CIPE® Versão 2 (2011), Infeção é “invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.” Pág. 59.

Como referido no regulamento Regulamento n.º 429/2018, das competências específicas do enfermeiro especialista, o enfermeiro maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A pneumonia associada à ventilação representa um peso significativo de morbilidade e mortalidade em doentes críticos, aumentando assim o risco também de infeção.

Várias medidas ao nível do controle de infeção hospitalar foram adotadas para conter a expansão desta infeção. Foram separados circuitos dos doentes COVID-19 face aos restantes, de acordo com a Norma n.º 004/2020 da DGS.

A Norma n.º 005/2020, também orienta para a correta resposta da medicina intensiva para o controle da propagação da infeção e para a reestruturação dos serviços na separação de circuitos e na reestruturação dos recursos humanos e materiais.

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a sua avaliação. Os resultados de Enfermagem CIPE® definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem

(ICN 2001). O resultado da elaboração destes diagnósticos são assim as intervenções de enfermagem que lhes vão estar associadas.

### **1- Processo do Sistema Respiratório comprometido**

Para este foco, o diagnóstico selecionado foi **Padrão respiratório comprometido**.

De acordo com Ratton (2005), as Unidades de Cuidados Intensivos encontram-se vocacionadas para a prestação de cuidados a utentes em estado grave, cuja situação de falência orgânica obriga a uma necessidade de monitorização invasiva para a identificação precoce e tratamento de intercorrências clínicas graves como é o caso dos doentes com Insuficiência Respiratória.

### **2- Suscetibilidade à infeção**

Para este foco, o diagnóstico selecionado foi **Risco de Infeção**.

O modelo de abordagem de casos suspeitos e confirmados de infeção viral por SARS-CoV-2 (COVID-19) é implementado através das medidas e ações das várias entidades do Ministério da Saúde, conforme as normas da DGS.

Também o doente com ventilação mecânica invasiva tem o risco de pneumonia por infeção bacteriana associada à entubação orotraqueal. A Norma 021/2015 da DGS implementou o “Feixe de Intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à entubação endotraqueal nestes doentes.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

Benner (2005), refere que o conhecimento desenvolve-se numa disciplina aplicada que consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) baseado em estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do saber fazer existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina.

Foram identificadas as principais intervenções para os diagnósticos referentes ao doente com Ventilação Mecânica Invasiva portador de COVID 19:

## **1- Processo do Sistema Respiratório Comprometido**

### **1.1-Padrão respiratório comprometido**

#### *Intervenções:*

- Vigiar sinais de desadaptação ventilatória, observando os alarmes do ventilador e o doente;
- Monitorizar e registar os sinais vitais;
- Monitorizar a saturação de oxigénio através de oxímetro;
- Aspirar secreções da cavidade oral/nasal sempre que necessário;
- Otimizar tubo traqueal, verificando nível da comissura labial e cuff;
- Avaliação da perfusão periférica, observando alterações da coloração da pele e leito ungueal;
- Mudança de decúbitos, promovendo a expansão pulmonar (decúbito ventral é bem tolerado na maioria dos doentes);
- Avaliar o estado de consciência;
- Avaliar respiração (verificar se existe o uso de músculos acessórios, registar frequência e amplitude respiratória);
- Gerir oxigenoterapia (FiO<sub>2</sub>).

## **2- Suscetibilidade à infeção**

### **2.1 Risco de Infeção**

#### *Intervenções:*

- Uso correto do equipamento de proteção individual de acordo com as normas da DGS;
- Trocar o filtro do circuito ventilatório periodicamente;
- Trocar o nastro sempre que necessário;
- Utilizar sistema de aspiração de secreções em circuito fechado;
- Fazer o registo diário do feixe de intervenção para a prevenção da PAV:
  - Manter a cabeceira da cama acima de 30 graus;
  - Promover uma boa higiene oral com clorhexidina 0.2%;
  - Verificação do Cuff (20-30 Cm/H<sub>2</sub>O);
  - Avaliação diária da possibilidade de desmame ou suspensão da sonda;
  - Avaliação da possibilidade de desmame ventilatório.

5. Referências bibliográficas

- Benner (2005). *De Iniciado a Perito*. Quarteto editora. Coimbra.
- Decreto – Lei n.º 140/2019 de 06 de Fevereiro (2019). Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série. N.º 26, 4744-4750.
- Decreto – Lei n.º 429/2018 de 16 de Julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República II Série. N.º 135, 19359-19369.
- DGS. (16.12 .2015). Norma 021/2015. “Feixe de Intervenções” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*
- Freitas, Maria da Graça Gregório. “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI).” 2020, obtido de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>.
- Sociedade Portuguesa de cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/enfermagem-covid-19>. 04-01-2021. 12h00m
- Intensiva, S. P. (2021). *SPMI*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva: <https://www.spmi.pt/tratamento-nao-invasivo-da-insuficiencia-respiratoria-aguda-em-doentes-com-covid-19/>
- International Council of Nurses (2001). *International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2*. Santa Maria da Feira
- Ordem dos enfermeiros. *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. portuguesa ed., 2009.
- Organização Mundial de Saúde. “Perguntas e respostas sobre a doença por coronavírus (COVID-19).” *OMS*, 2021, obtido de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
- Ratton. (2005). *Emergências Médicas e Terapia Intensiva*. NOVA GUANABARA.
- Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos. “Abordagem de enfermagem ao doente crítico COVID-19.” SPCI, 2020.
- Sociedade Portuguesa de cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/enfermagem-covid-19>. 04-01-2021. 12h00m

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
especialização à Pessoa em Situação Crítica  
Ensino Clínico III – Unidade de Hemodiálise

**Estudante:** Carla Ouro Nascimento

**Ensino Clínico III:** Unidade de Hemodiálise

**Local:** Hospital Z

**Data:** Maio / Junho 2021

**Professor Responsável:** Doutora Susana Mendonça

2. *Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).*

De acordo com o regulamento nº429/2018, a Ordem dos Enfermeiros definiu que 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 de vida.

De forma a adquirir as competências pretendidas, durante o Ensino Clínico III, na Unidade de Hemodiálise do Hospital Z, foi possível realizar técnicas hemodialíticas aos doentes com Insuficiência Renal Crónica em regime de ambulatório e de internamento.

Para Suzanne S. e Brenda B. (1993, pg. 1009) “A insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover as escórias metabólicas do corpo ou realizar suas funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em consequência do comprometimento da excreção renal e

*levam a uma rutura das funções endócrina e metabólica, assim como a distúrbios hidroelectrolíticos e ácido básicos. A insuficiência renal é uma doença sistémica e uma via final comum de várias e diferentes doenças renais e do trato urinário.”*

A Diálise tem por base um processo utilizado para remover líquido e produtos do metabolismo do corpo quando os rins são incapazes de o fazer devido ao compromisso na sua função ou quando toxinas devem ser removidas para evitar lesão permanente ou letal. Assim, os objetivos da diálise são de manter a vida e o bem estar do doente até que a função renal seja restabelecida e remover as substâncias indesejadas do sangue se a função renal não responde. Os métodos de tratamento incluem a hemodiálise, hemofiltração e diálise peritoneal. (Suzanne S. e Brenda B,1993)

De forma a promover o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença renal crónica em tratamento de hemodiálise, achei de extrema importância aprofundar conhecimentos sobre as **complicações relacionadas com os acessos vasculares do doente**.

Segundo a mesa de colégio da especialidade médico cirúrgica da ordem dos enfermeiros, o acesso vascular é reconhecido pelos enfermeiros e pelos doentes de diálise como a linha de vida do doente. Ter um bom acesso contribui fortemente para o bem-estar do doente e os problemas com o acesso são considerados a principal causa de morbilidade e de incapacidade nos doentes em diálise. O objetivo do acesso vascular para a diálise é proporcionar um tratamento eficiente. (OE,2016).

Sendo o acesso vascular destes doentes a sua linha de vida, tomei a consciência da prioridade deste tema para este trabalho.

Segundo Milton Júnior, et al (2013), estudos recentes têm mostrado que os acessos vasculares e as técnicas para a manutenção dos acessos têm sido melhorados e aperfeiçoados ao longo do tempo, mas os cuidados com estes acessos devem ser uma preocupação nos serviços de diálise. Assim, os cuidados com os acessos minimizam as complicações e prolongam o tempo de utilização dos mesmos.

Para Fábio et al (2010), é frequente ocorrerem complicações nos doentes com IRC durante as sessões de hemodiálise. A constante avaliação dessas complicações deve estar inserida em qualquer programa de controle da qualidade do tratamento. O doente

deve ser orientado para as possíveis complicações e como elas ocorrem, para que este esteja alerta a qualquer alteração física durante a hemodiálise. No seu estudo foram identificadas complicações, tais como: Hipotensão, vômito, cefaleia, hipertensão arterial, arritmia, dor torácica, hipoglicémia, lipotimia, câimbras, sudorese, dor epigástrica, dispneia e enfarte agudo do miocárdio.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) **Foco(s)** - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

São várias as complicações relacionadas com os acessos vasculares no doente Insuficiente renal crónico com necessidade de realizar tratamento de hemodiálise.

Segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem, o foco é a área de atenção relevante para a enfermagem.

Selecionei duas destas áreas por achar que são as que sinto com maior necessidade para enriquecer conhecimentos de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados neste contexto.

Assim, defini dois focos: **a Infecção e a Hemorragia.**

### **1- Infecção**

Para CIPE Versão 2 (2011), Infecção é “*invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno- anticorpo*” (Pág. 59).

Como referido no regulamento nº 429/2018, faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista, o enfermeiro maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O manuseamento inadequado dos acessos vasculares pode tornar o acesso numa fonte de infeção e conseqüentemente impróprio para o uso podendo ter danos no doente. Desta forma, a hemodiálise é um procedimento que necessita de cuidados de

enfermagem especializados. (Santos et al 2010)

De acordo com Pedro Lima et al (2020), a melhoria das técnicas de assepsia, a aplicação de antibioterapia na profilaxia cirúrgica e da evolução das técnicas cirúrgicas, e a prevalência de infeções vasculares protésicas têm vindo a decrescer.

Segundo a OE (2016), a infeção do acesso arteriovenoso está normalmente associada ao microorganismo staphylococcus aureus ou staphylococcus epidermitis, com rara incidência em FAV, afetando entre 5 a 20% das próteses arteriovenosas. Pode surgir inflamação local e exsudação serosa ou purulenta. Estas infeções, normalmente estão relacionadas com a técnica cirúrgica ou com os procedimentos na altura da canulação, remoção das agulhas e hemóstase.

Os locais de canulação devem ser alternados consoante a técnica de canulação utilizada. Na técnica de botoeira deve ser feita uma primeira desinfeção para remoção do apósito de fibrina da entrada do túnel, e uma segunda desinfeção para a realização da canulação. No final deste procedimento deve ser colocado um penso estéril em contacto com o local de inserção. (OE, 2016)

## **2- Hemorragia**

Para CIPE Versão 2 (2011), Hemorragia é *“perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associado a sangramento arterial, venoso ou capilar”* (Pag.57)

A perda de sangue durante o tratamento dialítico é uma das complicações que podem surgir. Esta perda de sangue pode ocorrer por laceração excessiva da pele e/ou parede da veia durante a canulação. Para prevenir esta situação devem ser considerados os fatores que influenciam a hemóstase do doente: a posição do bisel, o ângulo de inserção da agulha, a rotação da agulha, a técnica de canulação (área, escada, botoeira) e a posição da agulha (retrógrada ou anterógrada). (OE, 2016)

Segundo Parisotto e Pancirova (2016), após o tratamento de hemodiálise pode ocorrer hemorragia durante a hemóstase. Pode perder-se uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo se não se atuar de imediato, contudo se a compressão for demasiado agressiva pode ocorrer a trombose da FAV.

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os **Diagnósticos** Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a sua avaliação. Os resultados de Enfermagem CIPE® definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem (ICN 2001). O resultado da elaboração destes diagnósticos são assim as intervenções de enfermagem que lhes vão estar associadas

Para o Foco I – Infecção, defini o diagnóstico **“Risco de Infecção”**

**Risco de Infecção:**

Segundo Parisotto e Pancirova (2016), a infecção é a segunda causa mais comum de perda de uma FAV. A estenose / trombose são a complicação mais comum. As precauções padrões têm como objetivo prevenir a transmissão de agentes infecciosos associados á prestação de cuidados. Estão relacionadas com estas precauções: a higiene das mãos e o uso de equipamento de proteção individual, luvas, máscara, aventais e vestuário profissional próprio.

Para o Foco 2 – Hemorragia defini, o diagnóstico **“Risco de hemorragia”**

**Risco de Hemorragia**

Segundo Santos et al (2010), o risco hemorrágico pode ocorrer quando a heparinização é inadequada. A hemorragia pode ser causada pela passagem ou tentativas de passagem de cateteres para HD ou por complicações decorrentes da desconexão das linhas de diálise.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as **Intervenções** de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

Benner (2005), refere que o conhecimento desenvolve-se numa disciplina aplicada que consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) baseado em estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do saber fazer existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina.

De forma a basear o conhecimento científico para a prática aplicada do saber fazer, identifiquei as principais intervenções associadas aos diagnósticos referidos anteriormente para o doente com acesso vascular para realização de hemodiálise:

### **Foco – 1. Infecção**

#### **Diagnóstico – 1.1 Risco de Infecção:**

##### **Intervenções:**

- Manter a sala limpa, janelas fechadas e cadeira/cama higienizada;
- Supervisionar a correta desinfecção e limpeza de superfícies e equipamentos;
- Ensinar o doente a lavar e desinfetar as mãos antes e depois do tratamento;
- Cumprir os 5 momentos na higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica: antes de tocar no doente, antes de uma tarefa limpa e asséptica; após o risco de exposição a fluidos corporais; após tocar num doente e após tocar no ambiente em torno do doente;
- Usar Equipamento de Proteção Individual (luvas, máscara, viseiras, touca, avental e bata) de forma adequada conforme normas da Direção Geral de Saúde;
- Lavar e desinfetar a pele sobre a FAV cumprindo técnica asséptica no momento de punção e de desconexão da técnica de tratamento;
- Aplicar técnica asséptica no manuseamento do Cateter Venoso Central de Hemodiálise;
- Vigiar a presença de sinais e sintomas de infecção no local do acesso;
- Avaliar e registar temperatura corporal;
- Ensinar o doente / cuidador a reconhecer sinais e sintomas de infecção (vermelhidão, rubor, febre, edema, calor ao toque, dor ou exsudado);
- Monitorizar a correta eliminação dos resíduos de acordo com as normas do controlo de infeção da Unidade de Hemodiálise.
- Colaborar com a equipa multidisciplinar nas indicações para o tratamento do doente com infeção associada aos acessos venosos
- Registrar, monitorizar e informar o médico se existem sinais inflamatórios na região de inserção de Cateter Venoso Central.

### **Foco – 2. Hemorragia**

**Diagnóstico – 2.1 Risco de Hemorragia:**

**Intervenções:**

- Ensinar o doente sobre os procedimentos a realizar antes e depois do tratamento de hemodiálise quanto à sua mobilidade limitada;
- Ajudar a pessoa a calçar uma luva se for capaz de colaborar na compressão após saída da agulha de punção da fístula;
- Estabilizar a agulha e remover cuidadosamente as tiras de adesivo;
- Retirar em primeiro lugar a agulha venosa;
- Remover a agulha no mesmo angulo de inserção;
- Aplicar pressão utilizando dois dedos, apenas após a remoção completa da agulha;
- Aplicar a pressão adequada sentindo o frémito acima e abaixo do local da agulha;
- Manter uma compressão constante durante 8-12 minutos sem aliviar (nas primeiras canulações da FAV manter pressão durante 20 minutos);
- Aplicar o penso hemostático ou uma compressa esterilizada e adesivo sobre o local;
- Ensinar o doente a realizar compressão direta no local de punção cerca de cinco minutos até verificar hemóstase concluída;
  - Assegurar que o doente na sua saída da unidade de diálise com um penso limpo e seco sobre os locais de inserção das agulhas.

**5. Referências bibliográficas**

Andréia Augusto dos Santos, Caroline de Carvalho Siqueira, Denise de Assis Corrêa Sória (2010), *Padronização dos cuidados com acessos vasculares para terapia hemodialítica : Cuidado essencial de enfermagem*; Escola de enfermagem Alfredo Pinto. Rio Janeiro. Brasil

Benner (2005). *De Iniciado a Perito*. Quarteto editora. Coimbra.

Decreto – Lei n.º 135/2018 de 16 de Julho (2018). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República II Série. N.º 135, 19359-19369.

Decreto – Lei n.º 140/2019 de 06 de Fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série. N.º 26, 4744-475

Fábio de Souza Terra , Ana Maria Duarte Dias Costa , Estevão Tavares de Figueiredo , Alline Moterani de Moraes , Marina Dias Costa , Rosane Dias Costa (2010) *As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as*

*sessões de hemodiálise\**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade José do Rosário Vellano (FCM-UNIFENAS). Alfenas, Brasil

dos Santos Iraci dos Santos , Renata de Paula Faria RochaI , Lina Már , Lina Márcia Miguéis Berarcia Miguéis Berardinelli dinelli. (2010). *Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise*. Faculdade de enfermagem. Rio de Janeiro

a Parisotto e Jitka Pancirova (2016). *Manual de boas práticas de enfermagem*. Madrid. EDTNA/ ERCA

a de colégio da especialidade de enfermagem medico cirúrgica - Ordem dos Enfermeiros (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Edição Agosto 2016. Projeto digital.

em dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

Pedro Lima, Cândida Silva, Luís Antunes, Mário Moreira, Mafalda Correia, Joana Silva, Anabela Gonçalves e Oscar Gonçalves. (2020). *Infeção de próteses vasculares – Ainda uma entidade a temer?*. Sociedade Portuguesa de angiologia e cirurgia vascular.

Suzanne S. e Brenda B. (1993) *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Guanabara Kogan, 7ª edição. Rio de Janeiro

