

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica

Aplicação do Instrumento de Medida

Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument

David Emanuel Viegas Gonçalves

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

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

Leiria, Setembro de 2022

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica

Aplicação de Instrumento de Medida

Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

David Gonçalves, nº 5190222

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

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

Leiria, Setembro de 2022

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?”

Florence Nightingal

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Susana Mendonça, orientadora deste relatório de estágio, pelo apoio, paciência, disponibilidade, incentivo, dedicação e pelos conhecimentos transmitidos em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho e à Professora Doutora e Maria dos Anjos Dixe por todo o apoio ao longo de todo o processo.

Aos meus pais e à minha irmã, pela compreensão, apoio e incentivo demonstrado ao longo de todos estes meses. Por acreditarem em mim, nas minhas escolhas, por não me deixarem desistir e por sempre acreditarem que eu seria capaz de concluir este desafio.

À minha esposa, porque enfrentámos esta caminhada juntos desde o primeiro dia. Pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e pelo apoio e incentivo sem os quais não teria sido possível.

A todos, e sem exceção, que de alguma forma estiveram presentes neste percurso.

Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bi – Espectral

BPS - *Behavior Pain Scale*

CVCLD – Cateter Venoso Central de Longa Duração

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DRA – Doença Renal Aguda

DRC – Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA – *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EtCO₂ – *End Tidal CO₂*

FAV – Fístula Arteriovenosa

GCLPPCIRA – Grupo Coordenador Local Programa de Prevenção de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

NAS - *Nurse Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTFE – Prótese Arteriovenosa de Politetrafluoretileno

RDPDC – *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SAPS II - *Simplified Acute Physiology Score*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPC – Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos

Resumo

O propósito do presente relatório tem como objetivo demonstrar o percurso que foi desenvolvido na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, através de uma análise crítica e reflexiva. O presente trabalho está organizado em duas partes, onde a primeira, é realizada uma análise crítica e de reflexão sobre os ensinamentos clínicos que foram realizados ao longo do meu percurso académico, que me permitiram adquirir e desenvolver competências acrescidas em enfermagem, como investigação, na melhoria contínua dos cuidados prestados, tomada de decisão, sendo estes alguns pergaminhos importantes para a prática e dignificação da profissão de enfermagem.

Na segunda parte do presente trabalho, foi elaborando um trabalho de investigação com o objetivo de avaliar o grau de dependência de doentes renais crónicos submetidos a hemodiálise, aplicando uma escala designada por *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument*. A amostra incluiu 105 doentes renais crónicos em programa de hemodiálise numa clínica portuguesa. Concluiu-se que a RDPDC é uma escala fiável que permite a avaliação do grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise, onde resultados encontrados foram de que 21,9% apresentam necessidade de cuidados padrão, 46,7% cuidados intermédios e 31,4% cuidados elevados.

Palavras-chave: Hemodiálise, Grau de dependência, Instrumento de medida, Enfermeiro

Abstract

The purpose of this report is to demonstrate the path that was developed in the acquisition of common and specific skills of master nurses and nursing specialists in critical care, through a critical and reflective analysis. This study is organized into two parts, the first of which is a critical and reflective analysis of the clinical training that took place during my academic career, which allowed me to acquire and develop additional skills in nursing, such as research, continuous improvement of the care provided, and decision-making.

In the second part of this study, a research study was conducted with the purpose of assessing the level of dependence of chronic renal patients undergoing hemodialysis, using a scale called *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument*. The sample included 105 chronic renal patients on hemodialysis in a Portuguese clinic. It was concluded that the RDPDC is a reliable scale that allows assessing the level of dependence of chronic renal patients undergoing hemodialysis, and that 21.9% of them require standard care, 46.7% intermediate care and 31.4% high care.

Keywords: Hemodialysis, Degree of dependence, Measurement instrument, Nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
Adquiridas NOS ENSINOS CLÍNICOS	12
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	13
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	13
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	14
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS.....	15
2. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	17
2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados	19
2.1.3. Gestão dos Cuidados.....	24
2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	26
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	27
2.2.1. Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	28
2.2.2. Dinamizar a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação	33
2.2.3. Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Resposta Rápida e Adequada.....	35
PARTE II - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA <i>RENAL DIALYSIS PATIENT DEPENDENCY CLASSIFICATION INSTRUMENT</i>	38
CONCLUSÃO	48
BIBLIOGRAFIA	50

ANEXOS	LXI
Anexo I - Pedido de Autorização Para Realização do Estudo	LXII
Anexo II - Resposta de Autorização Para Realização do Estudo	LXIV
Anexo III - Pedido de Autorização ao Autor Principal para o Uso do Instrumento de Medida	LXVI
Anexo IV – Resposta ao Pedido de Autorização ao Autor Principal para o Uso do Instrumento de Medida	LXVIII
Anexo V – Instrumento de Medida Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (Versão Original).....	LXX
Anexo VI – Tradução I: Inglês – Português	LXXII
Anexo VII – Tradução II: Inglês – Português	LXXIV
Anexo VIII – Escala final Português	LXXVI
Anexo IX – Retrotradução I: Português – Inglês	LXXVIII
Anexo X – Retrotradução II: Português – Inglês	LXXX
Anexo XI – Retrotradução Final: Português – Inglês	LXXXII

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, integrando a unidade curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório” do 2º ano. O seu término e defesa em discussão pública visa a obtenção do grau de enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica (Despacho n.º 8925/2020, 2020).

O enfermeiro mestre e especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área de especialidade em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para desenvolver e adquirir as competências do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, torna-se imprescindível a realização de ensinamentos clínicos (EC), onde seja possível prestar cuidados à pessoa em situação crítica.

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 1963).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo Meleis (2010) devem-se focar no apoio às pessoas que se encontram em processos de transição ou antecipando uma transição, situações estas de doença aguda ou crónica, tendo como objetivo a satisfação das necessidades de autocuidado e adaptação, tendo como finalidade o seu bem-estar. O enfermeiro que presta cuidados à PSC, deve perceber quais as suas necessidades, por forma a organizar e aplicar estratégias que permitam promover a sua adaptação ao estado de doença atual, minimizando os efeitos negativos que possam advir do estado de transição saúde – doença.

A primeira parte deste relatório pretende demonstrar o percurso realizado ao longo dos três EC, tendo como objetivos realizar uma breve caracterização de cada EC, seguindo-se uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas e os seus contributos para o desenvolvimento profissional e aquisição de competências gerais e específicas, como futuro enfermeiro mestre e especialista. Os EC foram realizados nos serviços de urgência, de cuidados intensivos e cuidados pós-cirúrgicos, de vários hospitais da região

centro, com vista a desenvolver conhecimentos nessas áreas, atingindo as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A construção do conhecimento pessoal e profissional é um processo que resulta da reflexão crítica na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação, mas também das emoções, vivências, experiências de vida envolventes. Para Corral (2017), a reflexão é a base de uma prática profissional eficaz, visto que permite que se alcance a coerência nas diferentes áreas das nossas vidas, é uma forma de processamento mental, que é utilizada para alcançar um propósito ou obter algum resultado antecipado.

Integrei este mestrado pelo desafio de complementar a minha formação tanto teórica como prática, desenvolvendo novas competências e habilidades na prestação de cuidados ao doente crítico, sendo importante para a minha prática profissional, visto que presto cuidados a um serviço de medicina intensiva.

“O ciclo de aprendizagem proposto por Kolb (1984) oferece um referencial para conduzir o processo educacional. O ciclo contribui também para descobrir o ritmo de estudo e a forma como administrar o tempo para que a aprendizagem ocorra de forma organizada e disciplinada. Essa característica propícia o desenvolvimento da autonomia do aprendiz. Esse modelo trabalha como um inventário de estilos de aprendizagem para fazer a identificação dos mesmos. Esse inventário é composto de algumas sentenças com as quais estão associadas as alternativas. Cada alternativa recebe um peso de acordo com o que o estudante acredita que melhor descreva as suas atitudes e sentimentos no momento em que ele está aprendendo. Assim, a partir dos pesos que o estudante atribui para as alternativas são calculados quatro índices: experiência concreta, conceituação abstrata, observação reflexiva e experimentação ativa” (Schmitt & Domingues, 2016, p.365).

A seleção dos ensinamentos clínicos, devido a situação pandémica tiveram de ser reestruturados, não sendo os preferenciais, optei na ausência de vaga em urgência médico-cirúrgica, uma urgência básica, que me permitiu prestar cuidados num ambiente onde a nível médico (especialistas) e a nível de equipamentos é mais restrito, exigindo a nível teórico uma constante pesquisa. O estágio de opção foi escolhido devido a ser uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos, achei interessante o controlo da dor, visto ter muitos doentes cirúrgicos na minha prática profissional, o que me permitiu aprofundar essa temática e ter contacto com dispositivos de controlo de dor até à data desconhecidos. Relativamente a cuidados intensivos devido a pandemia as opções principais não foram aceites, pelo que optei por uma unidade no interior do país, sendo que apesar de equivalente a unidade onde presto cuidados, foi uma experiência

produtiva e enriquecedora. Todos os locais onde passei ao longo da minha formação académica permitiu-me uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados na minha prática profissional.

A segunda parte do relatório refere-se à prática baseada na evidência e da importância desta para o enfermeiro mestre e especialista. Uma das competências do enfermeiro mestre e especialista é usar a evidência científica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Para atingir esta competência, procedi à validação de um instrumento de medida: *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument*.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), “a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (OE, 2014, pp. 30247). No entanto, no que diz respeito às unidades de hemodiálise, a Norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem publicada no Diário da República n.º 233 de dezembro de 2014, formulada pela OE, não apresenta uma fórmula de cálculo adaptada a estas unidades, que demonstre a real necessidade do número de enfermeiros necessários, pois há muitas variáveis que não estão englobadas nessa mesma fórmula de cálculo. Torna-se fundamental a criação de um instrumento que permita contabilizar o número de horas reais de cuidados de enfermagem por tratamento de hemodiálise, a fim de poderem ser adequados rácios dependendo do tipo de pessoa, exames entre outras tarefas que possam vir a ser realizadas.

Para a OE as “...dotações deverão também refletir a necessária qualificação das respostas de Enfermagem, incluindo a titulação profissional do enfermeiro especialista.” (OE, 2016, p. 20). Assim sendo, será validada uma escala, em que seja possível caracterizar o estado de dependência da população em programa de hemodiálise.

O presente trabalho foi realizado em consonância com o Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA) e com as normas implementadas pela Escola Superior de Saúde de Leiria, pertencente ao Instituto Politécnico de Leiria.

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

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O processo de integração na prática clínica, desenvolve-se ao longo do tempo sendo sempre necessário o apoio contínuo dos profissionais de saúde, sendo bastante importante no sucesso ou insucesso da aprendizagem. Para Albuquerque, Gomes, Rezende, Sampaio, Dias e Lugarinho (2008), a formação e o desenvolvimento devem envolver vários saberes com o objetivo na democratização dos espaços de trabalho, no desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar por forma a dar uma resposta adequada aos problemas que vão surgindo, assim como no desenvolvimento do trabalho em equipa com o objetivo na qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem prestados. O ensino e a prática devem estar bem articulados, pois só assim é possível elaborar uma reflexão sobre os cuidados prestados e a necessidade de direcionar o objetivo principal para o bem-estar dos doentes (Albuquerque *et al*, 2008).

Alarcão e Rua (2005) defendem a importância da realização de ensinamentos clínicos, de forma a mobilizar os conhecimentos adquiridos na teoria, através da interação com situações reais em diferentes contextos. De seguida, apresento uma caracterização de cada EC.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de urgência básica do Hospital de Torres Novas (Centro Hospitalar do Médio Tejo) permitiu-me desenvolver competências nos diferentes domínios, pois não havendo especialidades médicas, obrigava a que o investimento em sabedoria teórica fosse mais exigente, pois existe mais responsabilidade sobre os atos que lá se praticam. Foi um serviço novo do qual nunca tinha contactado anteriormente, pelo que necessitei de uma maior integração inicial. A integração desenvolveu-se logo desde o primeiro contato inicia com o enfermeiro orientador, que numa primeira abordagem foi apresentando a estrutura física do serviço, assim como a dinâmica de recursos humanos e materiais. É um serviço que estava organizado por sala de triagem, sala de emergência, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia e sala de observação médica, sendo que devido a pandemia tinha sido criado uma área dedicada a doentes suspeitos Covid-19.

Para perceber a dinâmica do serviço, que já por si só é um serviço específico, foi importante a existência de protocolos de atuação, e atendendo que estamos perante uma pandemia, a constante atualização implica também uma atenção redobrada para me manter atualizado. No entanto foi disponibilizado através de consulta

essencialmente do intranet, aqueles que se aplicam no serviço de urgência. A existência destas normas, procedimentos e protocolos, acaba por ser uma das formas que garantem que os cuidados prestados sejam uniformizados no seio da equipa de enfermagem, como também as mais diversas equipas multidisciplinares, atuando em consonância em todas as situações.

“A certificação das Unidades de Urgência e Emergência está concebida como um processo através do qual se observa e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos respondem ao nosso modelo da qualidade, sempre com o objetivo de facilitar e impulsionar a melhoria contínua” (Direção-Geral da Saúde, 2016, p.22).

A equipa de enfermagem era constituída por dezoito enfermeiros, dos quais quatro especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. O rácio encontrava-se de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, sendo distribuído um enfermeiro na zona de triagem, um enfermeiro na sala de observação e um enfermeiro na área de pessoas suspeitas de *Sars-Cov-2*. A plataforma utilizada para registos de enfermagem era o *SClinico* e a Triagem de *Manchester*. Relativamente ao método de trabalho, era utilizado o método individual, no entanto, sempre que possível e necessário não inibia o trabalho em equipa, fazendo com que fossem colmatadas dificuldades de alguns elementos.

Os doentes deste serviço eram maioritariamente médicos, sendo que os doentes mais críticos eram transportados para o serviço de urgência médico-cirúrgica do hospital mais próximo, com o apoio diferenciado da SIV, no entanto, até a sua estabilização permaneciam na sala de emergência, sendo as maiores causas PCR ocorridas no próprio SU.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

De acordo com Macedo (2012), tanto a integração num local de trabalho bem como a supervisão da integração assumem um processo determinante como suporte às práticas clínicas, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente.

Esta etapa do processo de aprendizagem não apenas permite conhecer uma nova realidade, mas permite-me também aprofundar o autoconhecimento e as minhas capacidades. Neste ponto, considero que a integração na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) foi gradual e positiva.

Estando a equipa dividida por equipas, e sendo o enfermeiro supervisor um chefe de equipa, tive a oportunidade de observar também o domínio da gestão, percebendo melhor estrutura física, orgânica e funcional do serviço.

A equipa de enfermagem era constituída por vinte e seis enfermeiros, sendo que estes, se encontravam divididos em várias sub-equipas; sete eram especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e dois em enfermagem de reabilitação. Cada sub-equipa era constituída obrigatoriamente por um enfermeiro especialista, com o objetivo de acumular funções de coordenador de turno, tal como refere o Parecer Conjunto N.º01/2017 da OE. Em relação às dotações seguras, o rácio corresponde a 1 enfermeiro para 2 pessoas, o qual vai de encontro ao preconizado no Regulamento n.º 743/2019 da OE. No entanto, o mesmo regulamento recomenda que a equipa de enfermagem seja constituída por 50% de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, o qual não se verifica.

O período de integração foi importante, pois permitiu-me interiorizar as dinâmicas da equipa, bem como os recursos materiais e humanos existentes no serviço e fundamentais à prática atempada ao doente crítico, visto que as necessidades do doente crítico na sua grande maioria são emergentes. Foram-me disponibilizados diversos documentos do serviço, entre eles, protocolos e normas institucionais, algumas formações elaboradas pela equipa, o que me ajudou a prestar cuidados dentro do que é a dinâmica da equipa, assim como a consulta da documentação presente no intranet, nomeadamente os que se aplicavam à UCIP. O contacto com o sistema informático *B-Simple* apesar de inovador já não era uma novidade para mim, no entanto permitiu que retirasse ideias para uma melhor parametrização no meu local de trabalho.

O método de trabalho da unidade é o método individual, que segundo Costa (2004) este método tem como base o conceito da prestação de cuidados globais à pessoa, em que um enfermeiro fica afeto a uma ou mais pessoas.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS

A unidade de cuidados pós-cirúrgicos tem como principal objetivo dar suporte vital, a pessoas que se encontrem em situação crítica após serem submetidas a atos cirúrgicos, suporte vital este que pode ser desde um simples oxigénio suplementar, alívio de dor, a uma ventilação mecânica invasiva.

Segundo Vimlatia, Gilsanzb e Goldik, (2009), as unidades de cuidados pós-cirúrgicos (UCPC) são um local, devidamente equipado do ponto de vista de recursos humanos, físicos e equipamento. Este tipo de unidade permite que a pessoa permaneça em

vigilância após o procedimento cirúrgico/anestésico, é um serviço essencial nos hospitais que tenham atividade cirúrgica programada.

Para Saraiva e Sousa (2015), o enfermeiro que cuida uma pessoa no período pós-anestésico deve ter conhecimento especializado e específico, relacionando-os com os agentes anestésicos e os seus efeitos, ter conhecimentos de farmacodinâmica tanto da anestesia como da analgesia, para além da fisiologia, fisiopatologia e dos procedimentos cirúrgicos e quais as suas possíveis complicações.

A tipologia de doentes desta unidade eram doentes do foro cirúrgico de diversas especialidades, como cirurgia geral, plástica e vascular, urologia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

Devido a diversidade de tipologia de especialidade dos doentes que eram admitidos na unidade, existiam protocolos de diversas temáticas, sendo uma mais-valia por exemplo, no controlo da dor, permite que o enfermeiro tenha autonomia na tomada de decisão, ou mesmo uma autonomia do doente na gestão do controlo da sua dor. O facto de os protocolos serem transversais neste centro hospitalar, foi uma mais-valia, visto que a maioria dos protocolos utilizados na UCPC já eram do meu conhecimento, facilitando assim a minha integração no serviço.

A equipa de enfermagem era constituída por doze enfermeiros, dos quais três eram enfermeiros em enfermagem médico-cirúrgica. As dotações seguras encontravam-se cumpridas na medida em que estavam presentes dois enfermeiros para duas pessoas, tal como preconizado no Regulamento n.º 743/2019 da OE. O método de trabalho utilizado era o método individual.

2. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho de 2018, “Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidados alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018).

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente os cuidados de enfermagem, assumem nos dias de hoje uma maior importância e exigência técnica/científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange os profissionais de saúde na sua generalidade.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE (2019), "competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo Pires (2008), a ética em saúde visa todas as ações que devem promover um bem-estar ao doente, família e comunidade, sendo que estas afetam a qualidade dos cuidados prestados.

A pessoa em situação crítica, devido à complexidade da sua doença, vivência inúmeros cuidados de uma equipa multidisciplinar, com uma envolvimento de recursos tecnológicos e científicos. Estes pressupostos podem questionar alguns princípios éticos e deontológicos, que paralelamente estão também associados à prática e aos cuidados de saúde.

De acordo com a OE (2018), o enfermeiro assume o segredo profissional com a finalidade de respeitar e proteger o direito das pessoas, à reserva da intimidade, da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como promover aos cidadãos confiança nos profissionais de saúde.

A construção da tomada de decisão em equipa foi com base no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), tendo em conta as diferentes situações da prática em enfermagem e as opções existentes, assumindo estratégias de resolução de problemas, sempre que possível, em concordância com a pessoa e respetiva família/representante legal, como refere o regulamento das competências do enfermeiro mestre e especialista, o enfermeiro “demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

De acordo com Mourão (2009), as boas decisões clínicas acontecem na consideração dos recursos disponíveis, dos interesses e vontade dos doentes, dos recursos cognitivos e práticos que têm em função da experiência clínica dos enfermeiros e o conhecimento gerado pela pesquisa de qualidade.

Como futuro enfermeiro mestre e especialista, rever o Código Deontológico dos Enfermeiros, permitiu que durante os EC pudesse atuar em conformidade, servindo de base para a minha prática. Procurei sempre que nos cuidados prestados fossem cumpridos os princípios éticos e legais do Código Deontológico, como o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência e justiça, direitos e deveres das pessoas, assim como pelas normas deontológicas que regem a profissão de enfermagem, a fim de oferecer segurança aos doentes/família.

Outro aspeto que foi alvo da minha reflexão diz respeito à informação transmitida sobre a pessoa e as questões éticas envolvidas. Em todos os locais onde realizar os EC as informações clínicas partilhada durante as passagens de turno, eram feitas em locais específicos que permitiam cumprir o parecer do Conselho Jurisdicional n.º 20/2001 da OE (2001), isto no que diz respeito à passagem de turno, sendo que era realizada em locais onde era privilegiada sempre a privacidade das informações clínicas diante terceiros.

Como falei anteriormente, trabalhei com um aplicativo informático de registos, o B-Simple que não é oficial dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, sendo que, sempre que uma instituição pública pretenda recorrer a serviços externos,

subcontratados, é importante que a mesma se certifique, em primeiro lugar que o subcontratante oferece as garantias necessárias em relação ao tratamento a realizar, comprometendo-se este último a zelar pelo cumprimento das medidas institucionais (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2017), visto que são plataformas que armazenam dados bastante sensíveis e pessoais.

Na minha ótica e reflexão, o objetivo foi alcançado, visto que foram respeitados os valores inerentes ao exercício profissional, tive uma promoção da prática dos cuidados que respeitam os direitos humanos. Demonstrei competências na gestão das práticas que podem comprometer a segurança assim como a privacidade e dignidade do doente. A ética e a responsabilidade são princípios que constam no código deontológico dos enfermeiros, sendo um dos pilares da prática da enfermagem no qual assentou a minha prática, procurando sempre a privacidade do doente, respeitando a sua autonomia, obtendo o consentimento informado acerca dos procedimentos que realizei, quando o estado do doente não o permitia, era obtido o consentimento presumido.

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

Segundo o Regulamento nº140/2019 o enfermeiro mestre e especialista é aquele que “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborante em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745).

A qualidade é um processo contínuo de atividades que são planeadas baseadas na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas e objetivos específicos que permitem uma melhoria qualitativa dos cuidados prestados. Isto corresponde ao tipo de cuidados que maximiza uma medida em que se inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre as os ganhos e as perdas que são esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas vertentes (Dias, 2014).

Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2020, para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com estes são prestados, depende da contante melhoria da qualidade no Sistema de Saúde (Plano Nacional de Saúde, 2020).

Durante a execução dos meus ensinamentos clínicos, adotei um conjunto de medidas que considerei essenciais para a garantia de uma cultura de segurança do ambiente, aumentar a segurança ao nível da comunicação, uma correta utilização da medicação com práticas seguras tanto na preparação, assim como na sua administração, de referir também e muito importante a identificação dos doentes, a prevenção da ocorrência de

quedas assim como de úlceras por pressão, que quando estas ocorrem, havia o dever de as notificar corretamente para posterior análise e instituição de medidas que permitem minimizar futuras ocorrências, e ainda não menos importante a prevenção e controlo de infeções e das resistências aos antimicrobianos.

A entrada no SU ocorre pela triagem onde é efetuada a triagem de *Manchester*, esta triagem consiste na aplicação de um protocolo onde é possível classificar o doente como emergente (vermelho = 0 minutos), por norma tem entrada direta numa sala de reanimação, muito urgente (laranja = 10 minutos), urgente (amarelo = 60 minutos), pouco urgente (verde = 120 minutos) e não urgente (azul = 240 minutos) (DGS, 2018). Após ter sido feita a triagem é colocada uma pulseira com a respetiva cor e encaminhado para o espaço designado pelo serviço para o efeito.

Para Urden *et al* (2006), serviços de urgência, são serviços onde o erro é mais propício acontecer, devido ao ambiente complexo com uma grande circulação de doentes, onde as margens de erro são curtas, e as exigências de segurança são frequentes e mais apertadas.

Durante a minha permanência no SU, por modo a garantir a segurança dos doentes a que prestei cuidados, baseei a minha prática baseada na evidência, em conhecimentos válidos como, protocolos, normas e algoritmos que potenciam a forma de cuidar, num modo mais uniformizado, indo ao encontro das competências presentes no Regulamento nº140/2019, (p.4747).

Segundo o Regulamento N.º 361/2015, de 26/6 publicado em Diário da República, 2.^a série – N.º 123, (p.17241) “Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica”, assume assim um papel de relevo na transmissão de informação que irá gerar aprendizagem e desenvolvimento de novas capacidades da pessoa ou do seu prestador de cuidados, bem como na educação para a gestão de processos complexos de doença.

Para uma melhor aprendizagem, e visto que é pretendido a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, tornou-se importante sempre que possível, a permanência na sala de emergência, onde acontecia a entrada dos doentes mais críticos e para onde eram muitas vezes encaminhados agudizações de situações clínicas de doentes já admitidos no serviço, aí foi possível aplicar vários conhecimentos mais avançados como o caso do algoritmo de suporte avançado de vida, acionamento das vias verdes instituídas e protocoladas no hospital, como a via verde AVC, via verde trauma ou mesmo a via verde

coronária, sendo que conclui que tempo é vida, e tendo protocolos criados torna uma mais fácil sistematização e no atendimento em situações mais críticas o mais precocemente possível.

A utilização de protocolos, pode melhorar potencialmente o atendimento à pessoa em situação crítica, pois quando estes são usados e aplicados de maneira cuidadosa e criteriosa têm o potencial de minimizar erros clínicos, diminuir a probabilidade de lesões, aumentar a segurança da pessoa e melhorar os resultados, gerando a uniformização dentro da equipa (Veiga & Henriques, 2008). Os protocolos traduzem-se em ferramentas essenciais necessárias para a discussão e educação e podem ajudar no trabalho de equipa (Chang, Sevransky & Martin, 2012).

Quanto ao EC realizado na UCIP e na UCPC, pude constatar que não eram serviços acreditados pela qualidade como é o meu serviço de origem, onde todos os anos ocorre um processo de acreditação pela Norma ISO 9001, tendo sido debatido com os enfermeiros supervisores esse facto, e foi partilhada alguma documentação que poderá no futuro ajudar a dar esse passo numa futura acreditação.

Segundo a OE (2018), a necessidade de implementar políticas e sistemas de qualidade é assumida pela Organização Mundial de Saúde, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, e também por entidades Nacionais. A criação de sistemas de qualidade assume-se hoje como uma prioridade. É essencial a elaboração de projetos de intervenção contextualizados à realidade de cada serviço, unidade, ou departamento de cuidados de enfermagem com a finalidade de contribuir para a implementação e desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Dias, 2014).

Tanto nos EC que efetuei na UCPC e na UCIP, segui a linha do que tinha sido feito no SU, onde igualmente procurei manter a minha prática clínica assente nos protocolos existentes no serviço, que já eram seguidos pela equipa multidisciplinar, onde dão uma maior autonomia aos enfermeiros e uma maior segurança no exercício das suas funções, destaca-se a monitorização de potássio sérico e a sua correção em casos de hipocaliemia, gestão de perfusão de noradrenalina, sendo que neste caso havia sempre uma prescrição médica das pressões arteriais médias alvo, monitorização das glicémias e a sua correção com insulina, a preservação da privacidade e intimidade do doente, entre muitos outros. Sendo que, mais direcionado para uma unidade de cuidados intensivos polivalente, apliquei mais protocolos como o caso do delirium, obstipação, sedação, dor, entre outros. Sendo que cada serviço, adequa os seus protocolos, e outros acabavam por ser transversais a outros serviços da mesma instituição.

A existência dos protocolos são uma mais-valia para a prática da enfermagem, pois permitem que haja uma maior satisfação do doente, como permite um equilíbrio entre a efetividade e a excelência dos cuidados prestados. Alves, Salvador, Tourinho e Santos (2014), refere que os mesmos permitem uma uniformização de procedimentos entre os profissionais de saúde, previne o erro humano, ou reduz a sua possibilidade de ocorrência, e ao mesmo tempo, permite que os cuidados prestados sejam de qualidade, diz-nos também que, permite uma maior consciencialização das normas de controlo de prevenção e controlo da infeção.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), tem englobado metas internacionais, e nesse sentido sugere a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão e assegurar a prática sistemática da sua notificação, análise e prevenção de acidentes. De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026, “A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que assentou numa metodologia participativa de auscultação de peritos e parceiros nacionais e internacionais. Este plano reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de Setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p.97).

Posto isto, o PNSD definiu como objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca das pessoas, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, tendo a minha prática salvaguardado estes objetivos.

No EC que realizei na UCPC, o PNSD estava a ser muito bem implementado pela equipa, nomeadamente desde a identificação da doente, a notificação de incidentes em plataforma própria, à prevenção de úlceras de pressão e ocorrências de quedas, através de avaliações diárias do risco de queda através da escala de *Morse* e a avaliação do risco de úlcera por pressão através da escala de *Braden*, assim como a análise

individual quando existe ocorrência de queda e o desenvolvimento de úlcera de pressão adquirida no serviço.

Em concordância com Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), a subnotificação de incidentes é considerada uma importante limitação para a segurança dos doentes e dos próprios profissionais de saúde. O mesmo autor, refere que as causas que são mais referenciadas para que não ocorra uma notificação estão relacionadas com o medo ou receio de fazer a notificação, isto nos casos mais graves, outra das justificações é a falta de conhecimento sobre o tema, ou como notificar a ocorrência.

Numa das instituições onde realizei o EC no SU e na UCPC, deparei-me que possuíam um aplicativo que era gerido pela qualidade, onde poderiam fazer notificações clínicas e não clínicas, sendo que da experiência que tive ao longo da minha permanência nestes locais, os profissionais confidenciavam que a notificação do evento não era intuitiva, sendo que o aplicativo era muito burocrático, levando a uma perda de tempo para o preenchimento da notificação, sem que muitas vezes tivessem certezas de que a mesma tinha sido bem elaborada.

Numa UCI são diversos os indicadores de qualidade existentes numa globalidade de parâmetros a avaliar, essencialmente no domínio multidisciplinar relacionados essencialmente com iatrogenia, tais como: dias de internamento na unidade; data de saída da unidade, *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS II), *Nurse Activities Score system-28* (NAS), data de saída do hospital, falecido no hospital, readmissões, entre outros, sendo muitos destes dados possíveis de ser colhidos muito rapidamente através da aplicação informática *B-Simple*.

No entanto, falando mais genericamente, a avaliação de úlceras por pressão ou mesmo do risco de queda, eram transversais a todos os contextos de prática clínica por onde passei. Sendo que de uma maneira geral, pude observar que as orientações emanadas pela DGS eram cumpridas assim como eram instituídas medidas de prevenção e tratamento das mesmas.

Segundo o Despacho nº1400/2015 o PNSD 2015-2020, “as instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas praticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar” (p.3882).

Assim durante a minha prática procurei manter um ambiente terapêutico seguro, seguindo a orientação acima referida, sendo que o contato com o doente desde a admissão até à alta, confirmava a presença da pulseira de identificação e confirmando

a informação que a mesma dispunha, antes de iniciar qualquer procedimento, tendo sido bastante importante no SU.

Prestei cuidados especializados de enfermagem à PSC, aos seus respetivos familiares, sempre baseado na melhor evidencia científica, em normas clínicas orientadoras e protocolos, sendo que me permitiu que os meus cuidados fossem ao encontro do esperado pelo doente, gerando bem-estar, conforto, alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

2.1.3. Gestão dos Cuidados

O enfermeiro gestor, segundo o artigo 3.º do Regulamento nº 101/2015, refere que este é o que tem conhecimento efetivo no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e também do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, ele garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem relativamente ao enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem”, sendo que este elemento é aquele que é capaz de dinamizar a sua equipa, construir ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado a toda a pessoa que procura serviços de saúde; é um gestor de recursos humanos e recursos materiais, da segurança dos cuidados, da formação, da redução do risco clínico, das relações profissionais, dos conflitos entre outros aspetos importantes.

Está implícito na prática de Enfermagem que o processo de gestão, não são funções exclusivamente do Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Especialista. No entanto, com o desenvolvimento de competências diferenciadas, automaticamente crescem-se as responsabilidades. Para Urden *et al* (2008, p. 1265), a gestão de cuidados “é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar suportar e coordenar os cuidados ao doente através do continuum dos serviços de saúde.” No entanto para Balsanelli e Cunha (2015), o dia-a-dia, a exigência e especificidade do cuidar em enfermagem exige ao enfermeiro o desenvolvimento de competência de liderança.

Ao longo dos EC, em articulação com os enfermeiros gestores e com os enfermeiros orientadores, foi possível me proporcionarem oportunidades de desenvolvimento na área da gestão.

No SU mais concretamente na sala de emergência, é onde são prestados cuidados mais diferenciados, isto porque é a porta de entrada à pessoa em situação crítica, e isto exige uma abordagem sistemática e domínio de algoritmos de atuação, sendo que exige um grande corpo de conhecimentos e habilidades técnicas sendo que o enfermeiro

especialista em enfermagem médico-cirúrgica detém um papel crucial, ocupando uma posição de liderança (Martins, 2013).

No SU, não tive uma percepção tão óbvia na alocação dos enfermeiros nos diversos locais, a equipa tinha sensivelmente 50% de enfermeiros que faziam SIV/VMER e a experiência profissional da equipa era basta, o que só denotava a alocação de enfermeiros mais específicos no posto de triagem, visto que é necessário curso de triagem. Relativamente ao responsável de turno, era sempre o elemento com mais experiência profissional, e sempre que possível o enfermeiro especialista presente no turno. O método que usavam para trabalhar era por equipa, estando depois alocados aos diversos locais do SU. O líder de equipa era o responsável por tomar decisões, pelo planeamento, coordenação, supervisão, avaliação e prestação de cuidados diretos (Marquis & Hustun, 2009).

Outro aspeto que pude observar e vivenciar é que não há modelos de liderança eficazes em qualquer contexto, todos os supervisores com o qual tive a oportunidade de interagir, aprender e trocar conhecimentos tinham um processo de liderança diferente uns dos outros. Segundo Lima (2017), na equipa de saúde o líder é aquele que sobressai dos restantes, que tem ideias inovadoras em busca de objetivos comuns à equipa, o líder é aquele que tem qualificações acrescidas e que é reconhecido e considerado referência para a sua equipa.

“Os enfermeiros, que são preparados e qualificados de modo único para promover a saúde de todas as pessoas, em virtude da sua formação e experiência, devem estar ativamente envolvidos na política de saúde e na tomada de decisões, incluindo a delegação das tarefas de Enfermagem a outros prestadores, pessoal deles dependente.” (OE, 2007).

A continuidade dos cuidados está contemplada na Lei nº156/2015 e constitui matéria importante no Código Deontológico, mais concretamente no artigo 104º do Estatuto da OE, referindo que o enfermeiro “assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas” (p. 8079).

O momento mais nobre para mim a nível da gestão e planeamento de cuidados, é a passagem de turno, sendo que na UCPC era realizada em conjunto com os assistentes operacionais e posteriormente pelos enfermeiros. Este momento, era de extrema importância para o envolvimento da equipa, pois permitia que todos os elementos estejam integrados e tenham conhecimentos sobre toda a dinâmica do serviço. Sendo que este modo de passagem de turno me parece interessante e melhor do que fazer em separado, isto porque de acordo com Silva e Campos (2007), a passagem de turno

deveria envolver a equipa multidisciplinar, sendo ainda mais importante em equipas fixas, sendo que o ideal é a presença de pelo menos um membro de cada profissão, proporcionando espaço para a discussão de diversos tipos de informação. Silva e Campos (2007, p.507) referem também que,

“O sucesso da passagem de turno depende de um trabalho em equipa bem articulado, criando formas alternativas e eficazes para a transmissão de informações consistentes e de qualidade. A passagem de turno deve ser vista como um momento para educação, reflexão e entrosamento de equipas, sob o enfoque multidisciplinar, objetivando reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo e melhor desenvolvimento do trabalho.”

No entanto o mesmo já não se passava nos outros locais de EC, onde a passagem de turno era realizada unicamente pelos profissionais de enfermagem, em local próprio, sempre com vigilância direta do doente ou com recurso a telemetrias, sendo um momento de reunião e um momento de análise de aspetos a algumas situações inerentes ao serviço. Acabam por ser momentos produtivos e muitas vezes formativos onde a equipa de enfermagem tomava decisões em equipa.

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A aprendizagem é um processo que é inato no ser humano, estamos de forma constante a desenvolvê-lo e isto permite de certa forma crescer enquanto pessoas, mas também profissionalmente. Segundo Eckroth-Bucher (2010), a autoconsciência é um processo dinâmico e transformador de si mesmo, é o uso do conhecimento que orienta o comportamento genuíno e autêntico de forma a estabelecer uma relação interpessoal.

Segundo a OE (2019), o enfermeiro mestre e especialista tem a necessidade de ter presente desenvolvimento cognitivo, autoconhecimento e assertividade, baseando a sua prática na evidencia científica sólida e documentada, devendo este sempre que possível ser transmissor desses mesmos conhecimentos, tanto a nível de formações em serviço como também a título individual.

Na procura da excelência do exercício profissional, todo o enfermeiro tem o dever de manter-se atualizado a nível de conhecimentos. Segundo a Lei nº156/2015, Artigo 109º, alínea c), o enfermeiro tem de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8076).

Sendo que isto me impulsionou a frequentar o mestrado, a fim de dar continuidade à minha formação contínua, adquirindo novos conhecimentos e aprofundando conhecimentos já adquiridos, tornando-os mais sólidos.

Em todos os EC delineei projetos de estágios onde defini objetivos pessoais além dos propostos pelo plano de estudos, realizei pesquisas bibliográficas e reflexões individuais ou em equipa, como nos momentos de passagem de turno, ou em momentos mais informais com o enfermeiro supervisor.

Nos serviços onde passei ao longo deste mestrado, devido a situação pandémica as atividades formativas estavam suspensas, no entanto em todos eles havia planos implementados, que devido a contingência atual não estavam em prática.

No entanto, nos momentos informais em que refletia com o supervisor, também permitia identificar algumas lacunas onde necessitava de adquirir um maior conhecimento teórico, constituindo assim uma fonte de aprendizagem.

Segundo Corral (2017), a reflexão é o ponto de partida para uma prática profissional eficaz, sendo que um praticante reflexivo é usar a reflexão para melhorar a nossa prática dentro e através de domínios separados e relacionados com a atividade profissional.

Ao longo deste percurso, a utilização e o desenvolvimento de pensamento crítico como base na prática diária da atividade de enfermagem é deveras importante. Para Papathanasiou, Kleisariis, Fradelos, Kakou e Kourkouta (2014), o pensamento crítico tem um papel fundamental na prática clínica: é um processo mental em que tem de haver perceção, uma análise, uma síntese e posteriormente uma avaliação ativa da informação colhida através de observação, experiência e comunicação.

Uma das lacunas que achei que poderia melhorar prendia-se com as minhas competências comunicacionais, sendo que o seu aperfeiçoamento, permitiu-se o estabelecimento de uma comunicação mais adequada, mais assertiva com os doentes e/ou familiares.

Na enfermagem as aprendizagens são um processo contínuo e necessário para a prática segura da profissão, para isso, continuarei o meu investimento na aquisição e desenvolvimento de competências, sendo importante no meu local de trabalho proporcionar momentos de reflexão com os meus pares para que todos juntos possamos oferecer um serviço de qualidade à comunidade que a nós recorre.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções

básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.2.1. Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

De acordo com OE (2018, p. 19362),

“Entende-se que 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. Os cuidados de enfermagem a pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

É da inteira responsabilidade do enfermeiro mestre e especialista “...a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para avaliar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes esses efeitos indesejáveis” (OE, 2017, p.13).

No SU tive a oportunidade de iniciar o meu EC na triagem, o que me permitiu desde logo identificar o protocolo instituído do Sistema de Triagem de *Manchester*, além deste protocolo também existiam o da via verde AVC, via verde coronária, via verde sépsis e via verde trauma, estes protocolos eram iniciados pelo enfermeiro da triagem, sendo importante para a tão sobejamente falada “*golden hour*” que vai desde a deteção até ao início do seu tratamento, no entanto na sua grande maioria após a deteção era necessário proceder à transferência do doente para o serviço de urgência médico-cirúrgica.

Assim sendo é necessário que o mesmo seja efetuado por pessoal capacitado e com formação específica que permita assumir cuidados diferenciados a uma pessoa em situação crítica, sendo que a OE lançou o Parecer nº09/2017 em que diz que o melhor profissional para realizar o transporte é aquele que preferencialmente possui o grau de mestre e é reconhecido como especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo que na sua grande maioria o transporte era feito pela SIV sediada no mesmo serviço de urgência básica.

Relativamente ao EC da UCIP o transporte era efetuado por um elemento externo ao serviço, o que permitia a manutenção dos rácios, sendo que não era necessário o fecho de camas, no entanto, era seguido o parecer descrito anteriormente, havendo uma escala elaborada a nível hospitalar para o efeito.

No entanto, tanto no SU, na UCPC e na UCIP antes dos transportes serem efetuados era necessário a continuação de cuidados, o que fazia com que houvesse uma vigilância apertada destes doentes. No caso da UCIP era um serviço onde o ambiente é controlado, com diversos dispositivos que permitem antecipar deteriorações clínicas do doente, assim como na UCPC onde a nível de equipamento era similar à UCIP como afirma Benner *et al.*(2011) que no contexto de cuidados intensivos a tecnologia é uma parte integral e essencial da prática competente do enfermeiro, no entanto no SU por ser um serviço de urgência básica, a nível de dispositivos unicamente possuía-se monitores que permitiam a monitorização cardíaca, tensão e saturação periférica de oxigénio, o que me permitiu desenvolver conhecimentos práticos para a execução de uma avaliação primária e secundária rápida e eficaz.

O SU engloba diversas atividades de apoio na base de atuação, no entanto é importante fazer referência à importância de que é a identificação precoce de situações de instabilidade. Assim, torna-se importante conhecer a dinâmica, os equipamentos disponíveis no serviço assim como os espaços físicos, tal como saber manusear muito destes equipamentos, o local onde eles se encontram de modo que não seja despendido muito tempo, de forma que a atuação seja feita da forma mais célere possível. Neste serviço existe uma sala de emergência que é ampla, e que serve de sala de emergência de adultos e sala de emergência pediátrica, visto que a urgência pediátrica se situa nesta mesma instituição, e este é o local principal e mais adequado onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica, pois é onde assume condições e recursos necessários para colmatar as necessidades nestas situações. “A Sala de Emergência é uma área fulcral num Serviço de Urgência. É habitualmente, uma área, onde se concentra um número complexo de capacidades para avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico, e onde uma equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” (Ordem dos Médicos, 2009).

No entanto, sendo eu enfermeiro de cuidados intensivos na minha prática diária, foi importante a passagem essencialmente pelo SU, pois, é importante que haja uma reflexão dos benefícios e vantagens das novas tecnologias, no entanto a tecnologia não deve absorver na totalidade o enfermeiro, é importante a manutenção de um lado humano na assistência prestada mantendo o rigor e competência técnica e científica,

sendo de extrema importância a relação interpessoal do enfermeiro com o doente assim como a família.

No entanto o serviço de urgência é apenas um serviço de passagem, a porta de entrada no hospital, sendo que na UCIP por exemplo, é um serviço de internamento, onde o principal objetivo é a recuperação das funções vitais de pessoas em estado crítico, aqui são prestados cuidados complexos que visam a atender, de forma segura e eficaz as pessoas que necessitam de uma criteriosa e cuidadosa atenção, com o objetivo na sua recuperação clínica (Melo, Teixeira, Oliveira, Almeida, Veras, Frota & Studart, 2014). Ao longo do ensino clínico, pude participar em inúmeras técnicas, como por exemplo a colocação de cateteres venosos centrais ou linhas arteriais, a entubação orotraqueal, a extubação, entre muitos outros procedimentos. Ainda na UCIP participei na monitorização de vários parâmetros, desde hemodinâmicos a ventilatórios, como é o caso da ventilação invasiva e não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo ou mesmo técnicas de substituição renal, não sendo para mim uma novidade, aproveitei a experiência para presenciar outros métodos de executar, uma outra forma de trabalhar e tratar a pessoa em situação crítica.

Uma grande parte dos doentes em situação crítica na UCI, são submetidos a ventilação mecânica invasiva, sendo que necessitam de estar sob sedação e analgesia. A avaliação da sedação é efetuada através da escala de Richmond (*The Richmond Agitation and Sedation Scale – RASS*). A sua pontuação varia de menos cinco a mais quatro, sendo que o zero, é o nível onde podemos aferir que o doente não tem agitação nem sedação. No entanto em valores superiores a zero, terá de se fazer uma avaliação de delirium, sendo que para esta avaliação é usada uma outra escala a *Confusion Assessment Method (CAM-ICU)* (Prayce, Quaresma & Neto 2018).

Para precaver a depressão respiratória, a instabilidade hemodinâmica ou mesmo a acidose metabólica, preconiza-se que uma ventilação mecânica invasiva que seja efetuada durante muito tempo, a fim de se prevenir os efeitos secundários inerentes ao uso de sedativos, deve-se dar primazia à analgesia multimodal e com pouca ou mesmo nenhuma ação sedativa, ou seja, a analgesia deve sempre acontecer (Westphat, 2019).

Na UCI desde a entrada do doente até a sua saída, o mesmo devido a sua patologia ou mesmo aos procedimentos instituídos, sente dor, o que tem um grande impacto no seu estado geral (Teixeira & Durão, 2016)

A DGS, através da circular normativa nº09/DGCG/2013, refere que o controlo da dor é um direito dos doentes, e um dever para os profissionais. A mesma deve ser monitorizada como o 5º sinal vital, sendo uma norma de boas praticas. A dor deve ser

valorizada, diagnosticada, avaliada e registada pelo profissional de saúde de forma contínua e regular, a fim de potenciar a terapêutica instituída e melhorar a qualidade de vida do doente.

Sempre que a pessoa estava consciente, a avaliação da dor foi efetuada usando a escala numérica, sendo esta um instrumento unidimensional e onde a dor quando questionada é classificada numericamente de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor sentida pelo doente) (Teixeira *et al.*, 2016). No entanto no doente sedado ou com alteração do seu estado de consciência, ou mesmo por alterações ao nível da comunicação verbal, a avaliação da dor torna-se difícil, pelo que é necessário o uso de outras escalas comportamentais (Teixeira *et al.*, 2016). Ao nível dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, a escala de eleição e que é recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016) é a *Behavioral Pain Scale* (BPS), sendo esta usada na sua grande maioria das UCI do mais pelo seu elevado rigor e na facilidade de aplicação (Oliveira, Macedo, Silva, Oliveira & Santos 2019). Esta escala avalia a dor através da observação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica invasiva, sendo que é classificada de 1 a 4 pontos em cada um dos items, no resultado (3 sem dor e 12 dor máxima) (Payen, Bru, Bosson, Lagrasta, Novel, Dechaux, Lavagne & Jacquot 2001). No entanto, há outros fatores que podem também ajudar a perceber de forma indireta que o doente está a presenciar um momento de dor, como é o caso da hipertensão arterial, da taquicardia, entre outros fatores fisiológicos.

Para o tratamento da dor, e dada primazia a medidas não farmacológicas inicialmente, sendo que posteriormente após nova avaliação são implementadas medidas farmacológicas, necessitando de uma reavaliação contínua.

Apesar todas as vivências experimentadas, não tive nenhum transporte ou ida a uma exame imagiológico como a Tomografia axial computadorizada, no entanto, de acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012), e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte engloba 3 fases, a decisão, o planeamento e a efetivação. A decisão de realizar um transporte é um ato unicamente médico, o que se espera que nesta fase, os riscos/benefício estejam corretamente avaliados. O planeamento é realizado pelas duas equipas, médica e de enfermagem, havendo comunicação com o serviço ou zona de destino do doente, a escolha do equipamento, sendo que segundo o INEM (2012), os incidentes provocados pelo transporte de pessoas em situação crítica são passíveis de serem evitados com uma adequada preparação tanto da equipa como do doente.

Segundo Burns (2015), o feedback é responsável pela observação reflexiva, conceptualização abstrata e experimentação ativa no ciclo de aprendizagem, o que permite que se compreenda a situação e se reflita sobre a prática de forma que haja uma melhoria do desempenho futuro.

A efetivação é quando o doente fica a cargo da equipa de transporte e este só termina quando o doente é entregue ao serviço destino, ou regressa ao seu serviço após a realização de exames.

Na sua globalidade, a pessoa em situação crítica, a prioridade é a estabilidade hemodinâmica, no entanto, devido à sua especificidade e cirurgias menos invasivas, o foco principal passa a ser o controlo e alívio da dor, nunca descurando todas as outras vertentes, sendo da competência do enfermeiro, detetar alterações o mais precocemente possível, comunicando ao clínico para que haja uma intervenção rápida e eficaz em equipa. A teoria do conforto de Kolcaba é pertinente no cuidado à pessoa com dor em situação crítica, pois permite-nos compreender que para atingir a transcendência para além da gestão farmacológica, é necessário também ter em consideração os planos físico, social, psico-espiritual e ambiental (Kolcaba, 2009).

Sendo assim, é deveras importante a vigilância deste tipo de pessoas doentes, assim como o controlo dos débitos urinários, pois uma obstrução pode comprometer inúmeras funções, podendo mesmo causar dor à pessoa, que se fosse bem vigiada não a iria experimentar. Para Maya (2012), todos os contextos incluindo o cirúrgico, desencadeia à equipa inúmeros desafios quando às suas interações, uma vez que estas devem ser eficazes e efetivas. O estado da pessoa leva a que esta esteja mais vulnerável, o risco do procedimento cirúrgico, o próprio risco inerente à anestesia, aliado às tarefas da equipa de enfermagem, levam a que o trabalho seja stressante. Mesmo que algumas cirurgias sejam descritas como simples, a cirurgia acaba sempre por ser um momento marcante tanto para a pessoa como para a sua família. A cirurgia é uma ameaça potencial à integridade da pessoa.

A gestão de camas na UCPC é sempre da competência do clínico, neste caso do anestesista de serviço e que está alocado também a prestar cuidados na mesma, estando sempre em estrita comunicação com o enfermeiro responsável de turno. É assim da competência do enfermeiro que irá receber a pessoa doente, a preparação da unidade, tendo em conta as informações clínicas recebidas anteriormente. As experiências que tive na unidade foram diversas, muito variadas nas diferentes patologias. Pude desenvolver competências tanto técnicas como científicas em várias áreas, como na antecipação e prevenção de possíveis complicações anestésicas,

avaliação e monitorização da pessoa no pós-operatório, avaliação, controlo e alívio da dor, entre muitas outras situações. Tive a oportunidade de admitir várias pessoas, sendo que a admissão é um processo que requer disponibilidade de tempo por parte do enfermeiro para se dedicar de forma mais individual àquela pessoa doente, que após a entrada na unidade, as primeiras horas são aquelas que requerem uma vigilância contínua mais apertada.

Segundo Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), cerca de 50% das complicações no pós-anestésico ocorrem na primeira hora de recobro, sendo que esta primeira hora é considerado o intervalo de tempo, que vai do fim do ato cirúrgico, efetuado sob anestesia geral, regional ou só por sedação, até a hora seguinte. Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro alocado nestas unidades, que na UCPC era de 2 enfermeiros para 4 camas, deve manter uma observação e vigilância contínua e intensiva, tem de ter capacidade para detetar sinais e sintomas de possíveis complicações que possam surgir, e estar apto para quando essas situações acontecem, intervir. Assim, de acordo com a OE (2014), a dotação de enfermeiros encontra-se intimamente conectada com a qualidade dos cuidados prestados assim como a segurança da pessoa. Considerando este aspeto, é importante que os enfermeiros sejam qualificados, sendo também importante que o número de enfermeiros seja adequado para dar resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta o cálculo das dotações seguras, considero que o rácio da unidade está dentro das normas, sendo 2 enfermeiros para 4 vagas, isto também considerando a complexidade das pessoas doentes e das técnicas indiferenciadas que podem ser realizadas na unidade.

2.2.2. Dinamizar a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

O enfermeiro mestre e especialista de acordo com o a OE (2018, p.8657) deverá intervir:

“... na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Antecipando a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”.

Segundo a DGS (2010), a realidade atual das Unidades de Saúde, é essencial a elaboração de um Plano de Emergência, sendo esta uma ferramenta de reforço para avaliar os meios de reação que as Unidades de Saúde dispõem quando têm de dar resposta a uma situação de crise, ficando assim definidas regras gerais ou normas para atuar nesse contexto.

Ao longo dos EC, não foi possível vivenciar e pôr em prática os respetivos planos de catástrofe e planos de emergência interno e externo, no entanto foi-me possível consultar os documentos institucionais sobre este tema. No SU, foi também possível visitar o armário onde estão guardados os kits já todos definidos, com tubos de colheita devidamente identificados de acordo com o número atribuído na re-triagem (folha de catástrofe, com número do caso, onde depois é feita uma avaliação primária e secundária, e com as quatro pulseiras das cores respetivas segundo a triagem, folha de registo de vítimas admitidas por prioridades em catástrofe, folha de levantamento de necessidades em catástrofe, folha de requisições de análises e sangue, de outros exames complementares de diagnóstico, isto tudo dentro de um envelope também numerado).

Além disso, de modo a compreender melhor esta competência, os meus supervisores partilharam comigo algumas situações por si vivenciadas, o que me ajudou a compreender os sentimentos e dificuldades sentidas em situações de emergência e catástrofe.

Atendendo ao estado atual de pandemia, atendendo à Resolução n.º116/2020, que determina o estado de emergência pública de âmbito internacional, provocada pela disseminação do vírus Sars-Cov-2, é patente que as organizações, as instituições públicas e privadas, assim como os cidadãos foram surpreendidos pelos seus efeitos nas diferentes sociedades.

No decurso dos meus EC adotei medidas que permitissem mitigar os efeitos da pandemia, tendo aprofundado conhecimentos na manipulação de novos equipamentos, bens e serviços necessários à avaliação de casos suspeitos, assim como no tratamento de sintomas e complicações associadas ao Sars-Cov-2, sendo que passei por algumas reestruturações de serviços e equipas, assim como promoção de medidas que salvaguardassem o cumprimento de procedimentos estabelecidos na prevenção e controle da infeção.

Na UCIP participei, com o enfermeiro supervisor, em alguns turnos em espaço *Covid-19*, onde os recursos acabam por ser escassos para as necessidades do momento, sendo muitas das vezes necessário fechar camas “Não *Covid*” para se poder colocar elementos de forma a abrir camas “*Covid*”.

Consciente da importância de desenvolver competências nesta área, pretendo futuramente investir na minha formação, adquirindo novos conhecimentos e alargando a minha área de atuação, deixando-me desperto para situações mais complexas.

Foi-me possível ler todo o plano de emergência tanto interno como externo dos três EC, ficando familiarizado com estes, sendo que não consegui encontrar possíveis recomendações que poderiam melhorar alguns pontos dos mesmos, estando de momento de acordo com as reais necessidades da população e da área que abrange.

2.2.3. Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção Perante a Pessoa em Situação Crítica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Resposta Rápida e Adequada

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007, p.4) “A OMS reconhece que a infeção associada aos cuidados de saúde dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.”

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema de saúde a nível global e constituem um risco acrescido a todos os doentes em qualquer instituição de saúde, sendo que está associada a um maior uso de antibióticos, tendo como principal ameaça a segurança dos cidadãos. As IACS prolongam os internamentos, associam mais doenças às doenças base, assim como aumentam a mobilidade e mortalidade além dos custos em saúde (DGS, 2018).

De acordo com o relatório “*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*” efetuado entre 2011 e 2012, podem-se retirar conclusões pertinentes. É Descrito que as pneumonias estão associadas a procedimentos invasivos, como é o caso das intubações orotraqueais. No que concerne a infeções do trato urinário, a percentagem é mais elevada que as pneumonias, estando associadas aos cateteres vesicais. Assim como os cateteres venosos, são associados a infeções da corrente sanguínea, no entanto estes também estão relacionados com infeções noutras locais.

O mesmo estudo concluiu que a prevalência das IACS é maior em doentes admitidos em UCI, quando comparados com outros serviços, o que vai ao encontro do que nos diz a OE no Regulamento nº 429/2018 que a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica apresenta maior risco de infeção devido a múltiplos contextos, e pela necessidade de procedimentos invasivos para diagnóstico e terapêutica, que permitam a manutenção de vida da pessoa.

O enfermeiro pelo número de horas que passa à cabeceira do doente tem um papel providencial na área das IACS, pois deverá começar pelo enfermeiro a prevenção e a intervenção para o controlo das IACS.

Assim sendo, na minha prática ao longo dos EC, cumpro com as regras de boa prática, nomeadamente as precauções básicas no controlo de infeção, devendo estas ser adotadas por quaisquer profissionais de saúde para reduzir o risco de infeção e transmissão cruzada.

Em toda a minha abordagem à PSC, nos procedimentos invasivos, como por exemplo a ventilação mecânica, prestei cuidados que estivessem de acordo com as normas e orientações dos Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), respeitando também os feixes de intervenção das medidas de prevenção do qual dou mais ênfase à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Neste caso, requerem-se medidas específicas a adotar na prevenção da pneumonia associada à intubação, sendo que é importante a elevação da cabeceira a 30°, a higienização da cavidade oral com clorhexidina a 0,2%, manutenção da pressão do Cuff, entre outras, seguindo o protocolo da DGS (2017).

Reforço que ao longo da minha prática, cumpro com as orientações emanadas para a prevenção e controlo das IACS, tive a oportunidade de passar um dia com a coordenadora local de um dos locais onde tive o privilégio de realizar EC, onde me foi mostrado alguns programas que já estavam implementados, e outros que iriam ser brevemente assim que a pandemia permitisse.

Assim sendo, a profissão de enfermagem requer que haja conhecimentos na área do controlo de infeção, sendo que enquanto enfermeiros mestres e especialistas, é fundamental o desenvolvimento de competências no que diz respeito ao Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das comissões de infeções.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PPCIRA) (Direção Geral de Saúde, 2017),

*“A IACS, não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. A medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção. Estudos internacionais *“revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”* (DGS, 2007, p.4).*

Em suma na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cada vez mais é usada tecnologia, procedimentos e técnicas invasivas que ajudam a manter o suporte vital da pessoa, mas que ao mesmo tempo aumenta o risco de infeção, sendo que estas, contribuem para o aumento das comorbilidades, aumentam o tempo de internamento e

por sua vez os custos para a instituição. Procedimentos estes como a entubação endotraqueal, colocação de cateter venosos centrais ou linhas artérias, as próprias feridas cirúrgicas, são potenciais riscos para a pessoa.

Para Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010, p. 36):

“a eficácia das intervenções para a prevenção e controlo da infeção dependem da forma como são definidos e implementados os programas de controlo de infeção (...) uma abordagem prioritária, sistemática, e continua nas instituições de saúde, através de um programa coordenado, para reduzir o risco de transmissão cruzada e para que seja possível a identificação precoce das infeções de modo a permitir uma intervenção eficaz com consequente melhoria dos resultados nos doentes”.

**PARTE II - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA *RENAL
DIALYSIS PATIENT DEPENDENCY CLASSIFICATION INSTRUMENT***

Aplicação do instrumento de medida *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC)* em termos conceptuais, linguísticos e de conteúdo.

Application of the Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC) in conceptual, linguistic and content terms

Aplicación del instrumento de medición de la dependencia del paciente de diálisis renal (RDPDC) en términos conceptuales, lingüísticos y de contenido.

Resumo

Enquadramento: O grau de dependência do doente, é definido como sendo um conceito que incorpora múltiplos fatores, sociais, cognitivos, mentais, físicos, económicos e ambientais, sendo que esta pode ser associada a outras variáveis. A escala RDPDC engloba a avaliação destes factores, sendo uma escala completa na avaliação da dependência do doente.

Objetivo: Neste estudo pretendeu-se traduzir e aplicar a *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument*, que permite avaliar o grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise.

Metodologia: A tradução transcultural para a língua portuguesa da RDPDC foi realizada entre 2021 e 2022, seguindo as guidelines de Beaton, Guillemin e Ferraz (2000).

Resultados: A RDPDC é uma escala fiável que permite a avaliação do grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodialise, tendo sido aplicada numa amostra de 105 doentes, onde 21,9% apresentam necessidade de cuidados padrão, 46,7% cuidados intermédios e 31,4% cuidados elevados.

Conclusão: Conclui-se que na sua maioria os doentes renais crónicos em programa de hemodiálise necessitam de cuidados intermédios ou cuidados elevados.

Palavras-chave: dependência, enfermagem, diálise, escala de dependência em doente hemodialisado

Abstract

Background: The patient's degree of dependence is defined as a concept that incorporates multiple social, cognitive, mental, physical, economic and environmental factors, which may

be associated with other variables. The RDPDC scale encompasses the assessment of these factors, being a complete scale in the assessment of patient dependence.

Objective: This study aimed to translate and apply the Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument, which allows assessing the degree of dependence of chronic renal patients on hemodialysis.

Methodology: The cross-cultural translation of the RDPDC into Portuguese was carried out between 2021 and 2022, following the guidelines of Beaton, Guillemin and Ferraz (2000).

Results: The RDPDC is a reliable scale that allows the assessment of the degree of dependence of chronic renal disease patients on hemodialysis programmes. It was applied to a sample of 105 patients, where 21.9% needed standard care, 46.7% intermediate care and 31.4% high care.

Conclusion: It is concluded that most chronic renal patients on hemodialysis require intermediate care or high care.

Keywords: dependence, nursing, dialysis, scale of dependence in hemodialysis patients

Resumen

Marco contextual: El grado de dependencia del paciente se define como un concepto que incorpora múltiples factores sociales, cognitivos, mentales, físicos, económicos y ambientales, que pueden estar asociados a otras variables. La escala RDPDC engloba la valoración de estos factores, siendo una escala completa en la valoración de la dependencia del paciente.

Objetivo: Este estudio tenía como objetivo traducir y aplicar el Instrumento de Clasificación de la Dependencia del Paciente de Diálisis Renal, que permite evaluar el grado de dependencia de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis.

Metodología: La traducción transcultural del RDPDC al portugués se realizó entre 2021 y 2022, siguiendo las directrices de Beaton, Guillemin y Ferraz (2000).

Resultados: El RDPDC es una escala fiable que permite evaluar el grado de dependencia de los pacientes con enfermedad renal crónica en programas de hemodiálisis. Se aplicó a una muestra de 105 pacientes, en la que el 21,9% necesitaba cuidados estándar, el 46,7% cuidados intermedios y el 31,4% cuidados altos.

Conclusión: Se concluye que la mayoría de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis requieren cuidados intermedios o altos.

Palavras chave: dependencia, enfermería, diálisis, escala de dependencia en pacientes de hemodiálisis

Introdução

Nas sociedades desenvolvidas, existem pessoas com diferentes graus de dependência no seu autocuidado, como é o caso de Portugal (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014)

A *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC)* escala está construída por forma em avaliar cinco domínios de dependência que quando avaliados e calculados, classifica o doente em três categorias, cuidados padrão, cuidados intermédios ou cuidados elevados. Estudo de investigação descreve as conclusões do estudo realizado numa clínica de hemodiálise em Portugal relativamente ao grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise.

Este estudo tem como objetivo validar a *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC)*, para a população portuguesa. A escala é da autoria de Raphaela Kane conjuntamente com Andrew Boilson e é adequada à avaliação da dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise em ambulatório, medindo apenas cuidados diretos ao doente.

Enquadramento

A doença renal crónica, causa um impacto significativo nos sistemas de saúde a nível mundial, no entanto as informações sobre a doença ainda são limitadas (Crews, Bello & Saadi, 2019). Além do contínuo envelhecimento populacional, a doença renal crónica é apontada como um grave problema de saúde pública devido à sua prevalência e ao elevado custo que é despendido para o seu tratamento.

Segundo o relatório anual de 2021 do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no final do ano de 2020, em Portugal, existiam 12458 (60,2%) doentes submetidos a tratamento de hemodiálise, contrapondo com 878 (4,2%) doentes que realizavam diálise peritoneal e 7377 (35,6%) que eram transplantados (Nefrologia, 2021).

Portugal apresenta uma tendência de crescimento anual da doença renal crónica terminal superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando as taxas de incidência e prevalência de doença renal crónica terminal mais elevadas da Europa (Nolasco, Loureiro, Ferreira, Macário, Barata, Sá, Sampaio & Matias, 2017).

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, o doente renal crónico quando maior for o seu grau de deterioração clínica, mais trabalho terá a equipa de enfermagem, sendo que desta forma, é necessária uma organização no que concerne ao agrupamento de doentes, análise da complexidade dos doentes e a utilização de instrumentos validados para se conseguir ter bases que suportem um ajuste no que concerne às equipas de enfermagem nas unidades de diálise (Figueiredo, Rocha, Araya, Catoni, Schiling & Urbanetto, 2016).

A RDPDC foi concebida a fim de classificar a dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise. O instrumento mede cinco domínios da dependência, a idade, a comorbidade (que requerem intervenção durante a sessão de hemodiálise), físico (nutrição, escala de *Waterlow*, mobilização, tratamento de feridas, sinais vitais e continência), psicossocial (orientação, comportamento, comunicação e linguagem) e o domínio da diálise (acesso, peso entre diálises, estabilidade durante a diálise, adesão à dieta e ao regime medicamentoso), sendo que o resultado dos cinco domínios quando avaliados e calculados, atribuem ao doente um grau de dependência, captando unicamente os cuidados diretos, não capta os cuidados indiretos, tais como, atividades de coordenação de cuidados, gestão, orientação de pessoal, tarefas administrativas ou comunicação com outros prestadores de cuidados.

O presente trabalho de investigação foi elaborado pela necessidade de validar uma escala para a população portuguesa, que permita avaliar o grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise, e com isso num futuro, conjuntamente com outro instrumento de medida, aferir a necessidade de mais enfermeiros na prestação de cuidados a estes mesmos doentes, devido a uma maior carga de trabalho que pode ser derivada de um maior grau de dependência e/ou pelo próprio envelhecimento do doente que causará perda de autonomia nas suas atividades de vida diárias, com consequente necessidade de ajuda de terceiros.

Questões de investigação

- Qual a prevalência do grau dependência dos doentes submetidos a programa de hemodialise?
- Qual a influência da idade no grau de dependência?
- Os indivíduos em programa de hemodiálise são maioritariamente dependentes?
- Qual a prevalência de género dos doentes em hemodiálise?

Metodologia

O presente estudo é classificado do tipo metodológico de carácter descritivo e quanto ao tratamento de dados é uma investigação quantitativa.

O processo de tradução e recolha de dados, foi precedido de várias fases: Pedido de autorização à autora principal (Anexo I), sendo que a autorização foi dada via correio eletrónico (Anexo II). Pedido ao diretor clínico da clínica de hemodiálise para ser efetuada a colheita de dados (Anexo III), tendo sido dada autorização via correio eletrónico (Anexo IV). Como a colheita foi efetuada por técnica não-documental, pelo método de observação, não foi necessário efetuar pedido de autorização aos doentes.

O processo de tradução e adaptação cultural da escala RDPDC (Anexo V) para a população portuguesa decorreu sob as guidelines de Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000). Seguindo as guidelines de Beaton *et al.* (2000), o processo de tradução e adaptação cultural decorreu sob os seguintes estádios: Estádio I – Tradução da escala RDPDC da língua de origem (inglês) para a língua final (português) (Anexos VI e VII), tendo sido efetuada por dois tradutores bilingues; Estádio II – Síntese das traduções realizada pelos dois tradutores iniciais (Anexo VIII); Estádio III – Realização de duas retroversões da escala por dois tradutores independentes para a língua de origem (inglês) (Anexos IX e X); Estádio IV - Síntese final da escala (Anexo XI); Estádio V – Recolha de dados numa clínica de hemodiálise em Portugal.

A amostra do estudo foi de 105 doentes com doença renal crónica em programa de hemodiálise, obtida por conveniência numa clínica portuguesa, tendo o processo de colheita de dados ocorrido entre 10 de Outubro de 2021 e 14 de Dezembro de 2022. Definiram-se como critérios de inclusão doentes com mais de 18 anos e em programa de hemodiálise. A aplicação da escala foi efetuada através da técnica não-documental, pelo método de observação por dois enfermeiros generalistas, com experiência em hemodiálise durante o período equivalente a um tratamento, que neste caso equivale a 4 horas, tendo sido preenchida a escala anteriormente traduzida.

A análise de dados foi posteriormente tratada recorrendo ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28.0.

Resultados

A amostra foi composta por 105 doentes. Destes 38% do sexo feminino e 67% do sexo masculino. A idade variou entre os 34 e os 91 anos, com média de 69,25. Da amostra

31,4% tinham idades compreendidas entre os 18 – 64 anos, 23% entre os 65 -74 anos e 44,8% mais de 75 anos.

Em relação à comorbidade, 82,9% não tinham necessidade de intervenção, 8,6% necessitavam de uma intervenção durante o tratamento, 6,7% tinham a necessidade de 2 intervenções, já 1,9% necessitava de 3 intervenções durante o tratamento de hemodialise.

Relativamente ao patamar da nutrição, 12,4% da amostra em estudo necessitava de assistência mínima à refeição, 5,7% necessitava de assistência significativa à refeição e 81,9% não necessitava de assistência, sendo totalmente independente.

Por sua vez ao nível da deslocação/mobilização/movimentação, 18,1% era dependente de cuidadores para se deslocar, 8,6% necessitava de assistência para caminhar, 8,6% necessitava de assistência por períodos e 64,8% não necessitava de qualquer assistência.

Na avaliação da escala de *Waterlow*, 25,7% da amostra não estava em risco de desenvolver úlcera por pressão, 26,7% estava em risco, 21% encontrava-se no patamar de risco elevado, sendo que os restantes 21% apresentavam um risco elevado de desenvolvimento de úlcera por pressão.

Por sua vez, no tratamento de feridas, 94,3% não apresentavam qualquer ferida, 3,8% tinham ferida simples e 1,9% tinham ferida complexa.

No que diz respeito aos Sinais Vitais – Requisitos para intervenção para 100% da amostra eram avaliados e registados de hora a hora.

Relativamente ao nível de orientação, 89,5% eram totalmente orientados, 5,7% tinham esquecimento ocasional e necessitavam de reorientação, por sua vez 2,9% apresentavam confusão/desorientação a necessitar de supervisão constante, 1,9% apresentava desorientação referente ao tempo e espaço necessitando de reorientação regularmente.

Ao nível da comunicação 95,2% da amostra não apresentava problemas comunicativos, tanto a nível verbal como não-verbal, 2,9% tinham algumas dificuldades em compreender o que é dito, sendo tinham falta de compreensão/entendimento 1,9%.

Em relação ao idioma na sua grande maioria, 99% da amostra falava fluentemente português, sendo que 1% tinha dificuldades com a língua portuguesa por ser cidadão estrangeiro.

Na vertente do apoio social, 98,1% já tinham um bom apoio social, sendo que os restantes 1,9% ainda possuíam um apoio social fraco,

Ao nível de acesso vascular, 18 doentes têm cateter venoso central (CVC) o que equivale a 17,1%, 77 doentes têm fistula arteriovenosa com percentagem de 73,3% e 10 doentes

com prótese o que equivale a uma percentagem de 9,5% da população em estudo. Dos doentes com fístula artério venosa ou excerto artério venoso, 77,1% tinham um bom funcionamento, sendo que 6,7% tinham um funcionamento com bomba de sangue inferior a 350mL/min e 1% além de bomba de sangue inferior a 350mL/min necessitavam de intervenções múltiplas, relativamente aos cateteres venosos centrais 8,6% apresentavam um bom funcionamento, 3,8% tinham um funcionamento fraco com bombas de sangue inferiores a 350mL/min, por sua vez, 2,9% tinham um funcionamento fraco com necessidade de múltiplas intervenções.

Hemodinamicamente 87,6% da amostra apresentava estabilidade durante a sessão de hemodialise, 8,6% apresentavam queda da pressão arterial com necessidade de intervenção mínima para recuperação total, 2,9% apresentavam queda da pressão arterial e caibras musculares com necessidade de intervenção mínima para recuperação total, por sua vez 1% apresentou queda da pressão arterial sem recuperação tendo sido necessário o término do tratamento antes do tempo previsto.

Na vertente dietética, 94,3% tiveram necessidade de recomendação ocasional ao nutricionista, sendo que os restantes 5,7% não tiveram necessidade de ser efetuada essa recomendação por cumprimento da dieta instituída.

No que concerne à adesão à restrição de fluidos 27,6% tinha um ganho intra dialítico tipicamente entre 2,5 – 3,5litros, 27,6% com ganho de 2 – 2,5litros, 31,4% com ganho intra dialítico entre os 1,5 – 2litros, 1% apresentava ganhos superiores a 3,5litros e 12,4% ganhos tipicamente inferiores a 1,5litros.

Relativamente aos resultados obtidos da aplicação da escala RDPDC, conclui-se que 21,9% da amostra apresentam necessidade de cuidados padrão, sendo a média de idades de 56 anos, 46,7% necessitavam cuidados intermédios, sendo a média de idades para este patamar de 69 anos, por sua vez 31,4% necessitavam de cuidados elevados de 77 anos.

Discussão

Na clínica de hemodiálise onde o estudo foi realizado, constatou-se que os doentes do sexo masculino (67%) tem maior prevalência relativamente aos doentes do sexo feminino (38%), sendo que os dados vão de acordo a outros estudos que foram realizados, tendo encontrado a mesma predominância de género (Andrade, Lima, Inagaki, Ribeiro, Modesto, Larré & Abud, 2021), os mesmos resultados podem ser encontrados nos estudos realizados por Hernandez, Monguí e Rojas (2018), Lowney, Myles, Bristowe, Lowney, Sphepherd e Murphy (2015) assim como o estudo de Bezerra, Brito, Costa (2016), já a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021) lança números no total de 12458 doentes

submetidos a hemodialise no ano de 2020, 7486 doentes (60,1%) são do sexo masculino. Por sua vez a média de idades destes doentes a situa-se no presente estudo aproximadamente nos 69 anos, corroborando assim com o estudo realizado por Amaral, Amaral, Vasconcelos e Monteiro, 2019 onde nos mostra a prevalência da doença renal crónica em indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos, já o estudo elaborado por Póvoa (2022) onde a media de idades se situava nos 63 anos, no entanto no estudo efetuado por Bialeski, Lopes e Iser (2022) indica uma media de idades de 61,8 anos, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Contudo, a prevalência de doentes do sexo masculino, está intimamente ligado com aspetos culturais do homem, nos quais estão relacionados com diferenças de comportamento de risco e sensibilização para que estes entendam as suas fragilidades e responsabilização com os aspetos da sua própria saúde (Balbino, Silvino, Santos, Joaquim, Souza, Santos & Izu, 2020), segundo Silva, Alvarega, Silva, Barbosa e Rocha (2010) os homens não querem ser identificados como frágeis, estando esta fragilidade intimamente ligada com as crianças, mulheres e idosos. Com isso tem-se adversidade na relação entre os homens e os serviços de saúde, o que pode justificar uma fraca adesão a rastreios períodos que poderiam antecipar problemas de saúde que mais tarde irão interferir com o aparecimento da doença renal crónica.

Relativamente à dependência dos doentes, no presente estudo cerca de 46% da amostra necessitava de cuidados intermédios e 31% cuidados elevados, o que equivale a cerca de 77% da amostra total, não indo ao encontro das conclusões do estudo efetuado por (Silva, Cardozo, Silba, Barbosa, Paes, Silva & Ferreira Junior, 2022), onde concluem que, da amostra por eles recolhida na sua grande maioria, unicamente necessitavam de cuidados básicos, já o estudo realizado por Miranda, Milena, Balladares e Katrina (2018), refere que apenas 17% da amostra necessita de cuidados intermédios ou elevados, no entanto, importa ressaltar que a avaliação destes dois estudos foi efetuado através da escala de *Barthel*, em contra partida, a RDPDC é uma escala mais abrangente e direcionada para o doente renal, o que se poderá considerar mais fidedigna na avaliação da dependência do doente renal crónico.

Conclusão

O RDPDC identifica a dependência do doente dentro de uma série de domínios, incluindo: acesso vascular, fatores educativos, psicológicos e sociais. Esta avaliação e classificação da dependência pode ser utilizada para planear cuidados individuais e intervenções

clínicas e deve existir como parte permanente dos registos de enfermagem, não havendo de momento uma escala tão completa que possa ser aplicada em Portugal.

Conclui-se assim que o grau de dependência dos doentes renais crónicos em programa de hemodiálise, necessita maioritariamente de cuidados intermédios e cuidados elevados, podendo-se correlacionar com a elevada média de idades dos doentes, onde mais de 44% da amostra em estudo tem mais de 75 anos.

Com o presente estudo conclui-se que o género predominante em programa de hemodiálise é o masculino, situando-se numa média de idade de 69 anos. Pode-se aferir que quanto mais idade a amostra tiver, maior o grau de dependência, sendo necessário cuidados intermédios e elevados em mais de 75% da amostra em estudo.

Este estudo teve como objetivo dar resposta à necessidade de haver uma escala mais completa que avalie o grau de dependência do doente renal crónico em programa de hemodiálise, escolheu-se fazer a validação para a população portuguesa, tendo sido feito no presente estudo segundo as guidelines de Beaton *et al.* (2000) até à fase IV, ficando em falta a última fase, isto acontece por falta de resposta e de disponibilização por parte do autor principal, de alguma documentação necessária para o efeito. Fica o intuito de no futuro o presente estudo ser terminado e a escala validada.

Em estudos futuros, sugere-se que possa ser utilizada uma amostra mais abrangente e representativa da população portuguesa, de modo a serem obtidos dados/resultados mais fiáveis, permitindo a sua generalização para a totalidade da população portuguesa.

CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, importa refletir sobre a elaboração deste relatório e do trabalho de investigação, considerando as competências realizadas e desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos com vista a atingir os objetivos propostos em cada um deles. Além de crescer a nível profissional, também houve um crescimento a nível pessoal, tendo desenvolvido e aperfeiçoado capacidades técnico-científicas, sociais e humanas.

Durante os ensinamentos clínicos vivenciei variadas experiências, o que me permitiu ter vários momentos de aprendizagem, no qual se traduziam em momentos de reflexão, que por si só iam ao encontro das competências do enfermeiro generalista, mas acima de tudo às competências gerais e específicas do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialidade da pessoa em situação crítica. A possibilidade de ser orientado por enfermeiros que constantemente devido às suas competências acrescidas, estavam de coordenadores de turno, permitiu-me alcançar competências ao nível da tomada de decisão e de liderança. Ao nível das competências de melhoria contínua dos cuidados prestados, alcancei o objetivo ao longo da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica, envolvendo a família no processo de cuidados, transmitindo informações tanto presenciais como telefonicamente, realizando também *defriefings* com o enfermeiro orientador debatendo vários assuntos com o objetivo de melhorar os cuidados prestados. As competências de investigação e autoaprendizagem, são bastante importantes a fim de se poder prestar os melhores cuidados, atingindo um nível de excelência, pelo que ao longo de todo o processo tive o cuidado de sempre me basear nessa prática e atualizar os meus conhecimentos em áreas que já dominava, ou adquirir novos conhecimentos em áreas que para mim me eram desconhecidas ou nas quais não possuía domínio suficiente que me permitisse prestar esses melhores cuidados. Importa referir, como futuro enfermeiro mestre e especialista que deverei ser promotor da investigação para a melhoria dos cuidados à nossa população.

A presença em vários contextos e em vários hospitais, permitiu a confraternização com diferentes elementos de enfermagem, alguns generalistas, outros especialistas nas mais diversas especialidades, permitindo deste modo uma partilha de conhecimentos assim como de opiniões entre enfermeiros, sendo enriquecedora não só para mim, mas também para o outro lado. No entanto, para isto ser possível, desde o início do meu percurso académico até a sua conclusão, das maiores dificuldades que tive a conciliação da vida profissional, pessoal e académica, visto que a carga horária dos ensinamentos clínicos é extensa, e muitas das vezes para melhores aprendizagens, era

necessária uma deslocação maior para hospitais longe da zona de residência, não havendo da entidade patronal uma redução de horário.

Apesar de todas as adversidades que possam ter sido sentidas, obtive diversas aprendizagens que se traduzem em competências adquiridas que uso no presente na minha prática profissional, tendo sido gerado um conjunto enorme de saberes, saberes estes, que apesar de tudo, nunca são em demasia, sendo necessário uma continuidade de aquisição e atualização de conhecimentos.

Assim sendo, considero que o processo de formação continua é um requisito para termos uma enfermagem cada vez mais forte, cada vez mais capaz e reconhecida por aqueles aos quais prestamos cuidados, traduzindo-se posteriormente em melhores indicadores. No entanto, para isso, é necessário haver um investimento ao nível da investigação, no qual considero que a enfermagem portuguesa está atrasada, tendo ficado desperto para esta problemática na realização do meu trabalho de investigação, no qual me mostrou, que é um fator importante para o crescimento não só a nível académico, mas também profissional, ampliando os meus conhecimentos científicos, e tendo aprendido a realizar pesquisas científicas de maneira mais eficaz e objetiva, podendo contribuir para o crescimento e reconhecimento da profissão de enfermagem.

Resumindo, todas as etapas até a conclusão deste mestrado e especialidade, considero que foi gratificante em termos de aprendizagem, visto que adquiri competências do enfermeiro mestre e especialista médico-cirúrgico na área de especialidade à pessoa em situação crítica, abrangendo tanto as áreas de prestação de cuidados diretos ao doente, assim como cuidados indiretos como a gestão, formação e a investigação. Como enfermeiro especialista, deverei orientar a minha prática sobre estas quatro pedras basais do enfermeiro mestre e especialista, tendo um desempenho ativo no seio da equipa multidisciplinar, sendo um elemento que ativamente procura a atualização dos seus conhecimentos, quer através da pesquisa, quer através da formação.

BIBLIOGRAFIA

- AESOP. (2006). "Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática de Cuidados". Portugal, Lusodidata. Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda;
- Alarcão, I., RUA, M. (2005) Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto contexto – enfermagem, vol.14, n.3, pp.373-382. Acedido a 13 de Outubro de 2020 em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Albuquerque, V., Gomes, A., Rezende, C., Sampaio, M., Dias, O., Lugarinho, R. (2008). A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 32 (3),356–362. Acedido a 28 de Outubro de 2020 em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>
- Almeida, L., Freire, T. (2008). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª ed.). Braga. Psiquilibrios Edições.
- Alves M. F. T., Carvalho D.S., & Albuquerque G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Alves, K.; Salvador, P.; Tourinho, F.; & Santos, V. (2014). Análise do conceito "protocolos de enfermagem" a partir da visão evolucionária de Rodgers. Revista de Enfermagem UFPE, 8(1), 82-177. <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201425>.
- Amaral, T. L. M., Amaral, C. A., Vasconcellos, M. T. L., & Monteiro, G. T. R. (2019). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. Rev Saude Publica, 53(44), 1–11. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000727.
- Andrade, A. S., Lima, J. S., Inagaki, A. D. de M., Ribeiro, C. J. N., Modesto, L. de J. B., Larré, M. C., & Abud, A. C. (2021). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Enferm. Foco, 12(1), 20–25. doi: 10.1590/0104-07072017005600015.
- Balbino, C. M., Silvino, Z. R., Santos, J. S. dos, Joaquim, F. L., Souza, C. J. de, Santos, L. M. dos, & Izu, M. (2020). Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. Research, Society and Development, 9(7), e389974230. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4230.
- Balsanelli, A., Cunha, I. (2015). Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. Revista Latino – Americana Enfermagem, 23 (1), p. 106-113. Acedido a 20 de Janeiro de 2022 em DOI: 10.1590/0104-1169.0150.2531
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M.; Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale Intubated Patient (BPSIP/ PT). Revista de Enfermagem Referência, 3(9), 7-16. Acedido a 20 de Janeiro de 2022 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a01.pdf>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014

- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and intervention in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Characterization of medication use among elderly people attended at a Family Health Care Service. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 18];21(1):1-11. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/43011-173407-1-PB.pdf>
- Bialeski A., Lopes C., Iser B. (2022) Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. *Cad Saúde Colet*, 2022; Ahead of Print. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230019308>
- Boilson, A., Kane, R. (2018). *Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument: Phase 3-Validation study February 2017*
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), p. 1-9. Acedido a 20 de Janeiro de 2022 em www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25
- Centro Hospitalar Médio Tejo (2006). *Regulamento do Exercício de Enfermagem no Centro Hospitalar do Médio Tejo*. (1ª Edição). Torres Novas: Edição CHMT;
- Chang, S., Sevransky, J., Martin, G. (2012). Protocols in the management of critical illness. *BioMed Central*, 16 (306), p. 1-6. Acedido a 20 de Janeiro de 2022 em <https://doi.org/10.1186/cc10578>
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 69-79.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Corrall, S. (2017). Crossing the threshold: reflective practice in information literacy. *Journal of Information Literacy*, 11 (1), p. 23-53. Acedido a 20 de Janeiro de 2022 em <https://doi.org/10.11645/11.1.2241>
- Costa. J. (2004) Métodos de prestação de cuidados, Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos, p. 234-251. Acedido a 10 Janeiro 2022 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.
- Coutinho, P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Coimbra. Almedina.
- Crews, D. C., Bello, A. K., & Saadi, G. (2019). 2019 World Kidney Day Editorial - burden, access, and disparities in kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(1), 1–9. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0224.
- Despacho n.º 8925/2020 de 17 de setembro do Instituto Politécnico de Leiria. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 182, 2020. Acedido a 10 de Abril de 2022 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24716/despacho_89252020.pdf
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de Setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 187, 2021. Acedido a 22 de Janeiro de 2022 em [0009600103.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24716/despacho_89252020.pdf)
- Despacho no 1400-A/2015, *Diário da República II Série*. 28 (10/02/2015) 3882(2) – 3882(10). [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%201400-A%2F2015>

- DGS (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa: DGS. Acedido a 11 de Janeiro de 2022 em https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- DGS (2017). Norma ° 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido a 8 de Janeiro de 2022 em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- DGS (2019). Norma nº 007/2019 de 16/10/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido a 18 de Novembro de 2021 em <https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>;
- Dias L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. doutor Fernando Fonseca, EPE. Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2(1), 39-40. <https://revistaclinica.hff.minsaude.pt/index.php/rhff/article/view/73/0>
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. doutor fernando fonseca, epe. Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca, 2(1), 39-40. Acedido a 10 Janeiro 2022 em <https://revistaclinica.hff.minsaude.pt/index.php/rhff/article/download/73/49>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação N° 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Acedido a 10 Janeiro 2022 em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yUE5PsYPT9EJ:https://www.dgs.pt/dir-ectrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Direção-Geral da Saúde, (2016). Manual de Standards – Unidades de Urgência e Emergência. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Acedido em 15 de Outubro de 2020 em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2003a). Circular normativa no 09/DGCG/2013: A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf Direção-Geral da Saúde. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, Norma No: 07/DQS/DQCO. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Norma no 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de->

informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038- pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547

Direção-Geral de Saúde (2011). Tratamento conservador médico da insuficiência renal estágio 5. Norma n.º 017/2011 de 28 de Setembro

Direção-Geral de Saúde. (2018). Circular normativa 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Eckroth-Bucher, M. (2010). Self-Awareness A Review and Analysis of a Basic Nursing Concept. *Advances. Nursing Science*, 33 (4), p. 297–309. Acedido a 10 Janeiro 2022 em doi: 10.1097/ANS.0b013e3181fb2e4c

Ermida, J. Gomes (2001). Hospitalização do idoso. Riscos e prevenção. *Perdigão – Temas em Geriatria*. Lisboa: Prismédica.

Figueiredo, A. E. P. L., Rocha, K., Araya, S. B., Catoni, M. I., Schilling, M. C. L., & Urbanetto, J. de S. (2016). Translation and adaptation to Portuguese of the haemodialysis patient assessment tool - CUDYR-DIAL. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(1), e56244. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.56244.

Fortin, F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.

Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Coimbra: Almedina.

Guimarães, S.; Moura, D.; Silva, P. (2006). *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas*. 5ª edição, Porto: Porto Editora

Hernández A, Monguí K, Rojas Y. Descripción de la composición corporal, fuerza muscular y actividad física en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en una unidad renal en Bogotá, Colombia. *Rev Andal Med Deporte [Internet]*. 2018 [cited 2017 Oct 18];11:52-6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-avance-resumen-descripcion-composicion-corporal-fuerza-muscular-S1888754616301058>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>

Instituto Politécnico de Leiria (2013). *Guia para a Elaboração de Citações – Normas APA*. Leiria: IPL. Acedido a 6 de Abril de 2021 em https://issuu.com/peixedaprata/docs/citacoes_apa;

Instituto Politécnico de Leiria (2013). *Guia para a Elaboração de Referências Bibliográficas – Normas APA*. Leiria: IPL. Acedido a 6 de Abril de 2021 em https://issuu.com/peixedaprata/docs/referencias_apa;

Instituto Politécnico de Leiria (2018). *Guia De Elaboração De Trabalhos Académicos*. Leiria: IPL. Acedido a 6 de Novembro de 2020 em https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guiadeelabora%C3%A7%C3%A3odetrabalhosacad%C3%A9micosESSLei2018_completo.pdf;

- Instituto Politécnico de Leiria (2020). Planeamento da Unidade Curricular de Ensino Clínico II e III. Leiria: IPL;
- Instituto Politécnico de Leiria (2020). Planeamento da Unidade Curricular de Ensino Clínico I – Urgência. Leiria: IPL;
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. Middle Range Theories. Application to nursing research. s.l.:Lippincott.
- Kvale, R., Ulvik, A., Flåstten, H. (2003). Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Medicine*, 29, p.2149-2156. Acedido a 21 Janeiro 2022 em DOI 10.1007/s00134-003-2034-2
- Lei no 156/2015. Diário da República 1a Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lima, E., Bernardes, A., Baldo, P., Maziero, V., Camelo, S., Balsanelli, A. (2017). Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1071-1079. Acedido a 30 de Outubro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0137>
- Lowney AC, Myles HT, Bristowe K, Lowney EL, Shepherd K, Murphy M, et al. Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: a collaborative study in England and Ireland. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];50(6):778-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26300026>
- Macário, F. (2017). Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. Encontro Renal 2017. Vilamoura: Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Macário, F. (2013). Breves apontamentos do Registo Nacional do Tratamento da IRC.
- Macedo, A. (2012). Supervisão em Enfermagem: Construir as interfaces entre a Escola e o Hospital. Santo Tirso: De Facto Editores.
- Macedo, R. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. Relatório Final de Estágio de Mestrado para a Candidatura ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido a 8 de Janeiro de 2022 em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4540/1/RuiPedroAntunesMacedo%20DM.pdf>;
- Marcondes, M. S. (2018). Apresentação clínica do infarto agudo do miocárdio. *Revista Uniplac*, 6(1). Acedido a 19 de Outubro de 2020 em <http://revista.uniplac.net/ojs/index>;
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. Lippincott Williams & Wilkins
- Martins, E. (2013). Por uma sala de emergência mais funcional (Tese para obtenção do grau de mestre). Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4346/1/Trabalho%20de%20Projeto_Eliana%20Martins_100519028.pdf

- Maya, Á. (2012). Cirurgia: un contexto diferente de cuidado. *Avances En Enfermería*; Vol. 29, Núm. 1; 55-66 23460261 01214500, (1), 55–66. Acedido a 31 de Março de 2021 em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100006;
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N., Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1),p.55-63. Acedido a 21 Janeiro 2022 em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1316>
- Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). *Diário da República* n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, 2959 – 2962. Acedido a 2 de Outubro de 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>;
- Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril: Código Deontológico. *Diário da República* n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 - 1757. Acedido a 17 de Novembro de 2021 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>;
- Ministério da Saúde (2003). Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. *Diário da República* n.º 191/2003, Série I-A de 2003-08-20. Acedido a 27 de Março de 2021 em <https://dre.pt/application/conteudo/654680>;
- Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553. Acedido a 17 de Novembro de 2021 em <https://dre.pt/application/file/67318639>;
- Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República* n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10. Acedido a 28 de Março de 2021 em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>;
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. República Portuguesa. Acedido a 18 de Novembro de 2021 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>;
- Mourão. C. (2009). Tomada de decisão em enfermeiros experientes e não experientes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido a 10 Janeiro 2022 em <file:///C:/Users/admin/Desktop/Estágio%20UCIPG/MAJO%20UCIPG/Relatório/tomada%20de%20decisao.pdf>
- Mussi, F., Passos, L.; Menezes, A., Caramelli, B. (2007). Poor recognition of symptoms and access to medical care in women with myocardial infarction. *International journal of cardiology*, 116(1), 120.
- Nobre, F.; Junior, C. (2005) *Tratado de cardiologia Socesp*. São Paulo: Manole, 2005;
- Nogueira, L.; Ferreira, B. (2000). A informática e a sua aplicação na área de enfermagem. *Revista de Enfermagem UNISA*, 1, 114-7;
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H., Sampaio, S. & Matias, A. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Nefrologia. República Portuguesa Saúde, pp. 1–36. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>

- O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 41 (5), 495-497.
- OE (2017). Parecer nº 09/2017 - TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02 de Fevereiro de 2022 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Oliveira, L. S., Macedo, M. P., Silva, S. A. M. da, Oliveira, A. P. de F., & Santos, V. S. (2019). Pain assessment in critical patients using the behavioral pain scale. *Brazilian Journal of Pain*, 2(2), 112–116. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.2019002>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem -Enquadramento Conceptual Enuniados Descritivos. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional –Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento Da Idoneidade Formativa Dos Contextos De Prática Clínica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 5 de Janeiro de 2022 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 8 pps.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento n.º 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02. Acedido a 26 de Março de 2021 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor nº 101/2015. Diário da República, 2.ª série – Nº 48, 5948- 5952. Acedido em 10 de Outubro de 2020, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.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: Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em 10 de Outubro de 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017) Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional n.º 338/2017. Diário da República II Série. Nº 120, 12770- 12772, acedido em 10 de Outubro de 2020 em <https://dre.pt/application/conteudo/107553282>.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer Conjunto N.º01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido a 10 de Abril de 2022 em
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEM_C_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer nº15/2018 - Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Novembro de 2021 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão - Regulamento n.º 76/2018. Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30. Acedido a 2 de Abril de 2021 em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>;

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista 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 e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, n.º 429/2018. Diário da República 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, 19359-19370. Acedido a 31 de Março de 2021 em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. Acedido a 31 de Março de 2021 em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019 Sumário: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série — N.º 184 — 5 de setembro de 2019, 128-155. Acedido a 15 de Janeiro de 2022 em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>;

Ordem dos Médicos (2009). Normas de boa prática em trauma. Lisboa: Ordem dos Médicos. Acedido em 16 de Outubro de 2020, em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>.

Orem, D. (1980). Nursing: concepts of practice (2ª). McGraw-Hill Book company.

Osswald, W. (2006). Prescrição de medicamentos a doentes idosos.

Pais Ribeiro, J. (2008). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (2ª.ed.). Porto: Livpsic.

Papathanasiou, I., Kleisaris, C., Fradelos, E., Kakou, K., Kourkouta, L. (2014). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. Journal of Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina, 22(4): 283–286. Acedido a 27 de Outubro de 2020 em 10.5455/aim.2014.22.283-286

Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Dechaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Critical Care Medicine, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>

Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A.; Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*, Vol Temat (10), 27-39;
- Pires, A. (2008). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais* n° 72. Acedido a 3 de Abril de 2021 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidarem-enfermagem#.WJJhFBuLQ2w>;
- Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre RS Brasil, Armed.
- Póvoa, A. (2022) *Qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise* (Mestrado) Escola Superior de Gestão e Tecnologia, Santarém. Disponível na WWW em: <<http://hdl.handle.net/10400.15/4028>>
- Prayce R., Quaresma F., & Neto, I. G. (2018). Delirium o 7o Parâmetro Vital. *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Presidência do Conselho de Ministros (2019). Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República* n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27. Acedido a 26 de Março de 2021 em <https://dre.pt/application/conteudo/122403266>;
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 15 de Novembro de 2020 em https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Quintanilha, E. (2013) *O processo de integração de novos colaboradores nas organizações. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado em Comunicação Social – Relações Públicas) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, 2013*. Acedido a 10 de Janeiro de 2022 em <<http://hdl.handle.net/11449/120689>>.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Resolução n.º 116/2020, Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2020, *Diário da República* n.º 252/2020, Série I de 2020-12-30, p. 9 – 10, Acedido a 15 de Março de 2021. em: <<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/116/2020/12/30/p/dre/pt/html>>
- Ribeiro, O. M., Pinto, C. A., & Regadas, S. C. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. doi: 10.12707/RIII12162
- Sampieri, R.; Collado, F.; Lucio, P. (2006). *Metodologia de la investigation*. 4ª Edição
- Saraiva, E.; Sousa, C. (2015). Pacientes Críticos na Unidade de Recuperação Pós-anestésica: Revisão Integrativa. *Revista SOBREC*. São Paulo. abr./jun. 20(2): 104-112. Acedido a 26 de Março de 2021 em <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n2/a5027.pdf>;
- Schmitt, C., Domingues, M. (2016). Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, 21 (2), 361-385. Acedido a 23 de Outubro de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000200004>
- Silva M., Alvarenga W., Silsa S., Barbosa L., Rocha S. (2010) Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar, Teresina*, v.3, n.3, p.p.21-25, Jul/Ago/Set, 2010.

- Silva, A. M. da, Cardozo, A. I. de Q., Silva, T. de O., Barbosa, A. C. M., Paes, A. T. F., Silva, M. P., & Ferreira Junior, M. A. (2022). Assessment of dependence and risk of patients undergoing hemodialysis in a public hospital in the year 2016 and 2017. *Research, Society and Development*, 11(10), e555111033209. doi: 10.33448/rsd-v11i10.3320
- Silva, D.; Cunha, M. (2012). *Compromisso com a Excelência Cuidar a Pessoa em Situação Crítica*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2021 em http://elearning.essv.ipv.pt:8080/livros/Compromissoexcelencia/compromissoexcelencia_EBOOK.pdf#page=19;
- Silva, É.; Campos, L. (2007). Passagem de Plantão na Enfermagem: Revisão da Literatura. *Revista Cogitare Enfermagem* 2007 Out/Dez; 12(4):502-7. Acedido a 2 de Abril de 2021 em <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i4.10077>;
- Simmons, L. (2009). Dorothea Orem's self-care theory as Related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017). *Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST – Versão Portuguesa*. França: Sociedade Europeia de Cardiologia. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf;
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa: SPCI. Acedido a 11 de Janeiro de 2022 em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>;
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Referência.*, (10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia (2 a Edição)*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem*. In L. Edições Técnicas e Científicas (Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias) (5ª edição)*. Loures: Lusociência
- Urden, L. Stacy, K. Lough, M. (2006). *Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Varela, H. (2011). *Construir e Reconstruir para Intervir*. Tese de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa;
- Veiga, B.; Henriques, E. (2008). *Administração Central do Sistema de Saúde – Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 280;
- Vimlatia, L.; Gilsanzb, F.; Goldik, Z. (2009). Quality and safety guidelines of postanaesthesia care Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Europeenne des Médecins Spécialistes). *European Journal of Anaesthesiology* 2009,26:715–721. Acedido a 28 de Março de 2021 em https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/quality_and_safety_guidelines_of_postanaesthesia.1.pdf.

Westphal, M. (2019). Science and fiction in critical care: established concepts with or without evidence? *Critical Care*, 23(Suppl 1), 125. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-019-2419-4>.

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização Para Realização do Estudo



David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Pedido de autorização para colheita de dados para trabalho académico

David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

1 de janeiro de 2021 às 12:31

Para: [REDACTED]

Bom dia Dr. [REDACTED]

Antes de mais, votos de um Bom Ano.

Venho por este meio, fazer o pedido formal a fim de colher dados para o meu trabalho académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no qual estou a frequentar na Escola Superior de Saúde de Leiria.

O meu trabalho académico assenta na validação de uma escala, sendo ela denominada de "Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC)", em que avalia o grau de dependência dos clientes em programas de hemodiálise. Procuo assim pedir autorização para poder recolher os dados, que possa aplicar a escala, sendo que o método que irei usar para a recolha de dados será o observacional.

Anexo o meu projeto de investigação, assim como o documento da escala na qual pretendo realizar a validação. Caso seja necessário mais alguma informação, disponha(m).

Com os melhores cumprimentos,

David Gonçalves

--

David Gonçalves

Enfermeiro

Serviço de Medicina Intensiva - CHMT Abrantes

TLM: 910091702

E-mail: davis.bisbal@gmail.com / david.goncalves@chmt.min-saude.pt

2 anexos

**nro-renal-dialysis-patient-dependency-classification-instrument.pdf**

2516K

**Projeto de Investigaãõ - David Gonãlves.pdf**

950K

Anexo II - Resposta de Autorização Para Realização do Estudo



David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Pedido de autorização para colheita de dados para trabalho acadêmico

[Redacted]

12 de março de 2021 às 19:06

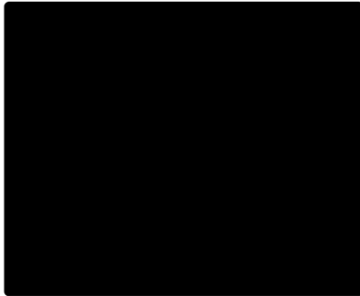
Para: David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Caríssimo enfermeiro David,

Desculpe a resposta tardia mas é com todo o gosto que tem a minha autorização para a elaboração do seu trabalho académico.

Pelo que me é dado entender, o tratamento dos dados será totalmente anonimizado.

Um grande abraço



From: David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Sent: sexta-feira, 1 de janeiro de 2021 12:31

[Redacted]

Subject: Pedido de autorização para colheita de dados para trabalho académico

***** This message is from an EXTERNAL SENDER - be CAUTIOUS with links and when opening attachments *****

[Citação ocultada]

Anexo III - Pedido de Autorização ao Autor Principal para o Uso do Instrumento de Medida



David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Help for contact Professor Raphaela Kane

David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

10 de março de 2022 às 16:40

Good afternoon,

My name is David Gonçalves and I am developing research for a Masters Degree in Nursing under the supervision of Professor Maria dos Anjos Dixe, at Escola Superior de Saúde de Leiria - Portugal. I am here to ask for help, as I would like to contact Professor Raphaela Kane to request authorization for the validation of a scale where she is the principal investigator. To date all the emails sent to Professor Raphaela I have not received a reply. I hope you can help me.

Best regards,
David Gonçalves

--
David Gonçalves


Enfermeiro
Serviço de Medicina Intensiva - CHMT Abrantes
TLM: 910091702
E-mail: davis.bisbal@gmail.com / david.goncalves@chmt.min-saude.pt

Anexo IV – Resposta ao Pedido de Autorização ao Autor Principal para o Uso do Instrumento de Medida



David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

Help for contact Professor Raphaela Kane


Para: David Gonçalves <davis.bisbal@gmail.com>

11 de março de 2022 às 10:12

Hi David

Raphaela has confirmed that she will support you, however, she requires a note of what your specific requirements are.

Many thanks

[Citação ocultada]

**Anexo V – Instrumento de Medida Renal Dialysis Patient Dependency
Classification Instrument (Versão Original)**

1. Age		2. Co Morbidity	
Age	Score	Intervention	Score
18 - 64	1	Intervention not Required	0
65 - 74	2	Intervention Required - 1	3
75 +	3	Intervention Required - 2	6
		Intervention Required - 3	9
		Intervention Required - 4	12

3. Physical		Score
Nutrition		
Self Care		1
Requires minimal assistance at mealtime		2
Requires significant assistance at mealtime		3
Mobilisation		
Requires no assistance		0
Requires assistance at intervals		2
Requires assistance with walking		3
Depends on carers for mobilisation		4
Waterlow		
Not at Risk		0
10+ at Risk		1
15+ High Risk		2
20+ Very High Risk		3
Wound Care		
No wound		0
Simple wound		2
Vascular Access Site requiring Intervention (Infected)		3
Complex Wound		4
Vital Signs - Requirement for Intervention		
Hourly assessment & recording		1
30 minute interval assessment and recording		2
15 minute interval assessment and recording		3
15 minute or more frequent interval assessment, recording requiring interventions		4
Continence		
Continent		0
Urinary incontinence		1
Faecal incontinence (including ileostomy/colostomy requiring care)		2
Total		

Hospital Details

Patient Details

Nurse Assessor: _____
Date: _____

4. Psycho-Social		Score
Orientation		
Orientated		0
Occasional forgetfulness / Requires re-orientation		1
Disorientated to time and place. Requires re-orientation regularly		3
Confused/ Disorientated requiring constant supervision		6
Behaviour		
Relaxed, no behavioural problems/challenges		0
Restless/Irritable at times		2
Challenging - Verbal or Physical		3
Un-predictable challenging, requiring intervention		4
Communication		
No communication challenges (Verbal & Non verbal)		0
Some difficulty understanding what is said.		1
Often unresponsive to verbal commands, interaction and suggestions.		2
Lack of comprehension/understanding		3
Language		
Fluent in English		0
Difficulty with English		1
Social Support		
Good social support		0
Poor support		4
Total		

Sections	Score
1. Age	
2. Co Morbidity	
3. Physical	
4. Psycho Social	
5. Dialysis	
Total Score	

Additional Category		Language
Requires Interpreter		High Care - 3

Patient Dependency Category		Score
Standard Care	0 - 12	1
Intermediate Care	13 - 18	2
High Care	19 +	3

5. Dialysis		Score
Access		
Good functioning CVC, includes standard access site dressing		1
Poor functioning CVC < 300ml/min		2
Good functioning AVF/AVG		2
Poor functioning AVF/AVG < 350mls/min		3
Poor functioning AVF/AVG < 350mls/min multiple interventions		6
Poor functioning CVC multiple interventions		6
Stability on Dialysis		
Stable on Dialysis		0
Decrease in B/P. Min Intervention. Full Recovery.		1
Decrease in B/P + Muscle Cramps. Min Intervention. Full Recovery.		2
Recurring episodes of Decrease BP +/- Some Recovery, Monitoring Required..		4
Decrease BP +/- No Recovery. Requiring Treatment Stop. Monitoring + Investigation		5
Renal Diet Adherence		
No referrals to dietetics for dietary non-compliance		0
Occasional referral to dietetics		4
Fluid Restriction Adherence		
Intradialytic fluid gain typically < 1.5 litres		0
Intradialytic fluid gain typically 1.5 – 2 litres		1
Intradialytic fluid gain typically 2 – 2.5 litres		2
Intradialytic fluid gain typically 2.5 – 3.5litres		2
Intradialytic fluid gain typically > 3.5		5
Medication Regime Adherence		
Awareness and demonstrates adherence and/or knowledge of routine medications		1
May need occasional educational input to improve knowledge and/or adherence		2
On regular basis demonstrates a lack of knowledge and/or adherence (at each routine check)		3
On going issues with knowledge deficits and/or adherence with routine medications		4
Total		

Fonte: Renal Dialysis Patient Dependency Classification Instrument (RDPDC) – Phase 3- Validation study

Anexo VI – Tradução I: Inglês – Português

1. Idade	Pontuação
18 – 64	1
65 – 74	2
75 +	3

2. Comorbidade	Pontuação
Intervenção não necessária	0
Intervenção necessária – 1	3
Intervenção necessária – 2	6
Intervenção necessária – 3	9
Intervenção necessária – 4	12

3. Físico	Pontuação
Nutrição	
Auto cuidados	1
Requer assistência mínima na hora das refeições	2
Requer assistência significativa á hora das refeições	3
Mobilização	
Não requer assistência	0
Requer assistência nos intervalos	2
Requer assistência para caminhar	3
Depende de cuidadores para mobilização	4
Níveis de água	
Não está em risco	0
10+ em risco	1
15+ Alto risco	2
20+ Nível elevado de risco	3
Tratamento de feridas	
Nenhuma ferida	0
Ferida simples	2
Local de acesso vascular que requer intervenção (infetado)	3
Ferida complexa	4
Sinais vitais – Requisito de intervenção	
Avaliação de registo de hora em hora	1
Avaliação e gravação com intervalos de 30 minutos	2
Avaliação e gravação com intervalos de 15 minutos	3
Avaliação com intervalos de 15 minutos ou mais frequentes, gravação que requer intervenções	4
Continência	
Contínente	0
Incontínente urinária	1
Incontínência fecal (incluindo ileostomia/colostomia requerendo cuidados)	2
Total	

Detalhes do Hospital	
Detalhes do paciente	
Enfermeiro/a acessor/a Data: _____	
4. Psicossocial	Pontos
Orientação	
Orientada	0
Esquecimento ocasional / Requer reorientação	1
Desorientação no tempo e no lugar	3
Requer reorientação regularmente	6
Confuso / Desorientado exigindo supervisão constante	6
Comportamento	
Relaxado, sem problemas/desafios comportamentais	0
Inquieto/irritável às vezes	2
Desafiador – Verbal ou físico	3
Desafio imprevisível, exigindo intervenção	4
Comunicação	
Sem desafios de comunicação (verbal e não verbal)	0
Alguma dificuldade de compreensão sobre o que é dito	1
Muitas vezes não responde a comandos verbais, interação e sugestões	2
Falta de compreensão	3
Linguagem	
Fluente em Inglês	0
Dificuldade com o inglês	1
Suporte Social	
Bom suporte social	0
Suporte de pobre qualidade	4
Total	

Secções	Pontuação
1. Idade	
2. Comorbidade	
3. Físico	
4. Psicossocial	
5. Diálise	
Pontuação Total	

Categoria Adicional		Linguagem	
Requer intérprete		Alto Cuidado - 3	
Categoria de dependência do paciente		Pontos	
Padrão de cuidado	0 - 12	1	
Cuidado intermédio	13 - 18	2	
Alto cuidado	19 +	3	

5. Diálise	Pontos
Acesso	
Bom funcionamento CVC, incluindo curativo de local de acesso padrão	1
Mau funcionamento CVC < 300mls/min	2
Boa função AVF/AVG	2
Má função AVF/AVG N < 350mls/min	3
Má função AVF/AVG < 350mls/min múltiplas intervenções	6
Má função CVC múltiplas intervenções	6
Estabilidade na diálise	
Estável na diálise	0
Diminuição no BP. Intervenção mínima Recuperação total	1
Diminuição no BP + Câibras musculares. Intervenção mínima Total recuperação	2
Episódios recorrentes de diminuição de BP +/- Alguma recuperação. Monitorização necessária	4
Diminuição do BP +/- Sem recuperação. Requer interrupção do tratamento. Monitorização + Investigação	5
Adesão à dieta renal	
Não há encaminhamento para dietética por não conformidade alimentar	0
Encaminhamento ocasional para dietética	4
Adesão à restrição de fluidos	
Ganho de fluido intradialítico típico < 1.5 litros	0
Ganho de fluido intradialítico típico 1.5 – 2 litros	1
Ganho de fluido intradialítico típico 2 – 2.5 litros	2
Ganho de fluido intradialítico típico 2.5 – 3.5 litros	2
Ganho de fluido intradialítico típico > 3.5	5
Adesão ao regime de medicação	
Conscencialização e demonstra adesão e/ou conhecimento de medicamentos de rotina	1
Pode precisar de contribuições educacionais ocasionais para melhorar o conhecimento e/ou adesão	2
Regularmente demonstra falta de conhecimento e/ou adesão (a cada verificação de rotina)	3
Problemas em andamento com déficits conhecidos e/ou adesão a medicamentos de rotina	4
Total	

Anexo VII – Tradução II: Inglês – Português

1. Idade	Pontos
18 - 64	1
65 - 74	2
75 +	3

2. Comorbidade	Pontos
Intervenção não necessária	0
Necessita intervenção - 1	3
Necessita intervenção - 2	6
Necessita intervenção - 3	9
Necessita intervenção - 4	12

3. Física	Pontos
Nutrição	
Sem assistência	1
Necessita de assistência mínima à refeição	2
Necessita de assistência significativa à refeição	3
Deslocação/Mobilização/Movimentação	
Não necessita assistência	0
Necessita assistência em intervalos	2
Necessita assistência ao caminhar	3
Depende de cuidadores para se deslocar	4
Escala de Waterlow	
Não está em risco	0
10+ Em risco	1
15+ Risco Elevado	2
20+ Risco muito elevado	3
Tratamento de Feridas	
Sem feridas	0
Ferida simples	2
Local de acesso vascular que requiere intervenção (infetada)	3
Ferida complexa	4
Sinais Vitais – Requisitos para Intervenção	
Avaliação e registo de hora a hora	1
Avaliação e registo em períodos de 30 minutos	2
Avaliação e registo em períodos de 15 minutos	3
Avaliação em períodos de 15 minutos ou mais frequentemente, registo a necessitar de intervenções	4
Continência	
Contínente	0
Incontinência urinária	1
Incontinência fecal (incluindo ileostomia/colostomia a necessitar de cuidado)	2
Total	

Detalhes do Hospital	
Detalhes do Paciente	
Enfermeiro(a) assistente: _____	
Data: _____	
4. Psicossocial	Pontos
Orientação	
Orientado	0
Esquecimento Ocasional/ Necessita reorientação	1
Desorientação referente ao tempo e espaço.	3
Necessita reorientação regularmente	6
Confuso/Desorientado a necessitar de supervisão constante	6
Comportamento	
Relaxado, sem problemas/desafios comportamentais	0
Inquieto/Irritável às vezes	2
Desafiante – Verbal ou Fisicamente	3
Desafio imprevisível, necessita intervenção	4
Comunicação	
Sem problemas comunicativos (verbal & não-verbal)	0
Algumas dificuldades em compreender o que é dito	1
Por vezes indiferente a ordens, interações e sugestões verbais	2
Falta de compreensão/entendimento	3
Idioma	
Fluente em Inglês	0
Dificuldades com o Inglês	1
Apoio Social	
Bom apoio Social	0
Apoio Fraco	4
Total	

Secção	Pontos
1. Idade	
2. Comorbidade	
3. Física	
4. Psicossocial	
5. Diálise	
Total de Pontos	

Categoria Adicional		Idioma
Necessita de Intérprete		Cuidado Elevado - 3
Secção		Pontos
Cuidado Padrão	0-12	1
Cuidado Intermédio	13-18	2
Cuidado Elevado	19 +	3

5. Diálise	Pontos
Acesso	
Bom funcionamento CVC, inclui acesso padrão ao penso	1
Fraco funcionamento CVC < 300ml/min	2
Bom funcionamento AVF/AVG	2
Funcionamento AVF/AVG fraco < 350 mls/min	3
Funcionamento AVF/AVG fraco < 350 mls/min, int. múltiplas	6
Funcionamento CVC fraco, intervenções múltiplas	6
Estabilidade durante diálise	
Estável durante diálise	0
Redução em B/P. Intervenção Mínima. Recuperação Total	1
Redução em B/P I + Cãibras musculares. Intervenção Mínima. Recuperação Total	2
Episódios recorrentes de Redução de BP +/- Alguma recuperação. Monitorização necessária.	4
Redução BP +/- Sem Recuperação. Necessita paragem no tratamento. Monitorização + Investigação	5
Adesão a Dieta Renal	
Sem recomendações ao dietético por incumprimento da dieta	0
Recomendação ocasional ao dietético	4
Adesão à Restrição de Fluidos	
Ganho de fluido Intra dialítico, tipicamente < 1.5 litros	0
Ganho de fluido Intra dialítico, tipicamente 1.5 – 2 litros	1
Ganho de fluido Intra dialítico, tipicamente 2 – 2.5 litros	2
Ganho de fluido Intra dialítico, tipicamente 2.5 – 3.5 litros	2
Ganho de fluido Intra dialítico, tipicamente > 3.5 litros	5
Adesão à Regime de Medicação	
Consciência e demonstra adesão e/ou conhecimento da rotina de medicação	1
Poderá necessitar de educação ocasional para melhorar conhecimento e/ou adesão.	2
Demonstra, de forma regular, falta de conhecimento e/ou adesão (em cada verificação de rotina)	3
Problemas contínuos relativos a défices de conhecimento e/ou adesão sobre a rotina de medicação	4
Total	

Anexo VIII – Escala final Português

1. Idade	Pontuação
18 – 64	1
65 – 74	2
75 +	3

2. Comorbidade	Pontuação
Intervenção não necessária	0
Intervenção necessária – 1	3
Intervenção necessária – 2	6
Intervenção necessária – 3	9
Intervenção necessária – 4	12

3. Físico	Pontuação
Nutrição	
Auto cuidados	1
Requer assistência mínima na hora das refeições	2
Requer assistência significativa á hora das refeições	3
Mobilização	
Não requer assistência	0
Requer assistência nos intervalos	2
Requer assistência para caminhar	3
Depende de cuidadores para mobilização	4
Níveis de água	
Não está em risco	0
10+ em risco	1
15+ Alto risco	2
20+ Nível elevado de risco	3
Tratamento de feridas	
Nenhuma ferida	0
Ferida simples	2
Local de acesso vascular que requer intervenção (infetado)	3
Ferida complexa	4
Sinais vitais – Requisito de intervenção	
Avaliação de registo de hora em hora	1
Avaliação e gravação com intervalos de 30 minutos	2
Avaliação e gravação com intervalos de 15 minutos	3
Avaliação com intervalos de 15 minutos ou mais frequentes, gravação que requer intervenções	4
Continência	
Continente	0
Incontinente urinária	1
Incontinência fecal (incluindo ileostomia/colostomia requerendo cuidados)	2
Total	

Detalhes do Hospital	
Detalhes do paciente	
Enfermeiro/a acessor/a Data: _____	
4. Psicossocial	Pontos
Orientação	
Orientada	0
Esquecimento ocasional / Requer reorientação	1
Desorientação no tempo e no lugar Requer reorientação regularmente	3
Confuso / Desorientado exigindo supervisão constante	6
Comportamento	
Relaxado, sem problemas/desafios comportamentais	0
Inquieto/irritável às vezes	2
Desafiador – Verbal ou físico	3
Desafio imprevisível, exigindo intervenção	4
Comunicação	
Sem desafios de comunicação (verbal e não verbal)	0
Alguma dificuldade de compreensão sobre o que é dito	1
Muitas vezes não responde a comandos verbais, interação e sugestões	2
Falta de compreensão	3
Linguagem	
Fluente em Inglês	0
Dificuldade com o inglês	1
Suporte Social	
Bom suporte social	0
Suporte de pobre qualidade	4
Total	

Secções	Pontuação	Categoria Adicional	Linguagem
1. Idade		Requer intérprete	Alto Cuidado - 3
2. Comorbidade			
3. Físico			
4. Psicossocial			
5. Diálise			
Pontuação Total			
		Categoria de dependência do paciente	Pontos
		Padrão de cuidado	0 - 12 1
		Cuidado intermédio	13 - 18 2
		Alto cuidado	19 + 3

5. Diálise	Pontos
Acesso	
Bom funcionamento CVC, incluindo curativo de local de acesso padrão	1
Mau funcionamento CVC < 300mls/min	2
Boa função FAV/Protese	2
Má função FAV/Protese - Bomba de sangue < 350mls/min	3
Má função FAV/Protese -Bomba de sangue < 350mls/min múltiplas intervenções	6
Má função CVC múltiplas intervenções	6
Estabilidade na diálise	
Estável na diálise	0
Diminuição da Pressão arterial. Intervenção mínima Recuperação total	1
Diminuição da Pressão arterial + Cãibras musculares. Intervenção mínima Total recuperação	2
Episódios recorrentes de diminuição da pressão arterial +/- Alguma recuperação. Monitorização necessária	4
Diminuição da pressão arterial +/- Sem recuperação. Requer interrupção do tratamento. Monitorização + Investigação	5
Adesão à dieta renal	
Não há encaminhamento para dietética por não conformidade alimentar	0
Encaminhamento ocasional para dietética	4
Adesão à restrição de fluidos	
Ganho de fluido intradialítico típico < 1.5 litros	0
Ganho de fluido intradialítico típico 1.5 – 2 litros	1
Ganho de fluido intradialítico típico 2 – 2.5 litros	2
Ganho de fluido intradialítico típico 2.5 – 3.5 litros	2
Ganho de fluido intradialítico típico > 3.5	5
Adesão ao regime de medicação	
Conscientização e demonstra adesão e/ou conhecimento de medicamentos de rotina	1
Pode precisar de contribuições educacionais ocasionais para melhorar o conhecimento e/ou adesão	2
Regularmente demonstra falta de conhecimento e/ou adesão (a cada verificação de rotina)	3
Problemas em andamento com déficits conhecidos e/ou adesão a medicamentos de rotina	4
Total	

Anexo IX – Retrotradução I: Português – Inglês

1. Age	Score
18 – 64	1
65 – 74	2
75 +	3

2. Comorbidities	Score
Intervention not required	0
Intervention required – 1	3
Intervention required – 2	6
Intervention required – 3	9
Intervention required – 4	12

3. Physical characteristics	Score
Nutrition	
Self caring and independent with meals	1
Requires significant assistance at meal times	2
Requires full assistance at meal times	3
Mobility	
Does not require assistance	0
Requires assistance at some periods	2
Requires physical aid on mobilisation	3
Relies on carers when mobilising with the aid of mobility aids or physical aid	4
Hydration	
Not at risk of dehydration	0
10+ at risk if dehydration	1
15+ at high risk of dehydration	2
20+ likely dehydrated	3
Wound management	
Full Skin integrity	0
Simple and/or small wound dimensions	2
Vascular access site compromised with infection	3
Complex wound present	4
Vital signs– intervention requirement	
Hourly Vital signs assessment and recording	1
Every 30 minutes Vital signs assessment and recording	2
Every 15 minutes Vital signs assessment and recording	3
Vital signs assessed and recorded on a constant basis, following clinical judgment and requiring certain interventions	4
Elimination	
Continent	0
Urinary incontinence	1
Faecal incontinence (including colostomy/ileostomy, requiring care support)	2
Total	

Hospital details	
Patient details:	
Nursing professional performing assessment: Date: _____	
4. Psychosocial	Score
Orientation	
Orientated	0
Ocasional forgetfulness/ Requires orientation	1
Disorientation within time and space dimensions. Requires reassurance on a regular basis	3
Confused / Desorientated requiring constant direct supervision	6
Behaviour	
Relaxed, without challenging behaviours	0
Restless/irritable at times	2
Verbally or physically challenging	3
Challenging and unpredictable behaviour, requiring intervention	4
Communication	
No communication issues (verbal and non verbal)	0
Some degree of difficulty in understanding what's been told	1
Does not respond to verbal stimulus, interaction and suggestions	2
Lack of understanding	3
Language	
Fluent in English language	0
Difficulty communicating in English language	1
Social support	
Good social support	0
Poor social support	4
Total	

Additional Category	Language
Interpreter is required	High care
needs - 3	
Patient care needs category	Score
Self caring and independent	0 - 12
Some degree of dependency with care needs at some activities of daily living	13 - 18
Highly dependent with care needs at most or all activities of daily living	19 +
	3

Sections	Score
1.Age	
2.Comorbidities	
3.Physical condition	
4.Psychosocial	
5.Dialysis	
Total Score	

5. Dialysis	Score
Vascular	
Adequate and functional CVC, with clean and dry dressing over the CVC site.	1
CVC dysfunction with < 300mls/min	2
Good AVF/shunt graft	2
Poor functioning AVF/shunt graft – Blood flow rate < 350mls/min	3
Poor functioning AVF/shunt graft -Blood flow rate < 350mls/min requiring multiple interventions	6
Poor functioning CVC requiring multiple interventions	6
Stability on dialysis	
Stable while on dialysis	0
Decrease in Blood pressure. Full recovery with minimum intervention	1
Decrease in Blood pressure + muscle cramps. Total recovery with minimum intervention	2
Frequent blood pressure drops +/- some recovery close to normal levels, requires close monitoring	4
Decrease in Blood pressure +/- without returning to normal levels. Requires stopping treatment. Close monitoring and further investigation	5
Renal diet compliance	
Dietitian referral not required	0
Ocasional follow up by dietitian	4
Fluid restriction compliance	
Intradialytic fluid gain < 1.5 litres	0
Intradialytic fluid gain 1.5 – 2 litres	1
Intradialytic fluid gain 2 – 2.5 litres	2
Intradialytic fluid gain 2.5 – 3.5 litres	2
Intradialytic fluid gain > 3.5 litres	5
Compliance with medication prescribed	
Demonstrates awareness, knowledge and compliance with routine medication	1
May require additional teaching/guidance and reassurance to promote independency and to increase knowledge and compliance with routine medication	2
At each assessment, demonstrates lack of knowledge, confidence and compliance with routine medication	3
Demonstrates incapacity to comply with routine medication	4
Total	

Anexo X – Retrotradução II: Português – Inglês

1. age	score
18 – 64	1
65 – 74	2
75 +	3

2. comorbidity	score
Intervention not required	0
Intervention required – 1	3
Intervention required – 2	6
Intervention required – 3	9
Intervention required – 4	12

3. Physical	
Nutrition	
Self-care	1
Requires minimum assistance at mealtime	2
Requires significant assistance at mealtime	3
Mobilisation	
Requires no assistance	0
Requires assistance at intervals	2
Requires assistance with walking	3
Requires assistance one carers for mobilization	4
Waterlow/water levels	
Not at risk	0
10+ at risk	1
15+ high Risk	2
20+ very high Risk	3
Wound care	
No Wound	0
Simple Wound	2
Vascular Access site requiring intervention (infected)	3
Complex Wound	4
Vital Signs – requirement for intervention	
Hourly recording and assessment	1
30-minute interval assessment and recording	2
15-minute interval assessment and recording	3
30-minute or more frequent interval assessment and recording requiring interventions	4
Continenace	
Continent	0
Urinary incontinence	1
Faecal incontinence (including ileostomy requiring care)	2
Total	

Hospital details	
Patient details	
Nurse / Assessor	
Date : _____	
4. Psycho-Social	
Orientation	
Orientated	0
Occasional forgetfulness/Requires re-orientation	1
Disorientated to time and place	3
Requires re-orientation regularly	3
Confused/disorientated requiring constant supervision	6
Behaviour	
Relaxed no behavioural problems/Challenges	0
Restless/irritable at times	2
Challenging - Verbal or physical	3
Un-predictable challenging, requiring intervention	4
Communication	
No communication challenges (verbal and non-verbal)	0
Some difficulty understanding what is said	1
Often unresponsive to verbal commands, interaction and suggestions	2
Lack of understanding	3
Language	
Fluent in English	0
Difficulty with English	1
Social Support	
Good social support	0
Poor quality support	4

Sections	
1.Age	
2.Comorbidity	
3.Pysical	
4.Psycho Social	
5.Dialysis	
Total Score	

Additional Category Language	
Requires interpreter High Care - 3	
Patient Dependency Category	
Standard Care 0 - 12	1
Intermediate Care 13 - 18	2
Hight Care 19 +	3

5. Dialysis	Score
Access	
Good functioning CVC, including standard access site dressing	1
Poor functioning CVC < 300mls/min	2
Good functioning AVF/Prosthesis	2
Poor functioning AVF/Prosthesis - Blood pump < 350mls/min	3
Poor functioning AVF/Prosthesis - Blood pump < 350mls/min multiple interventions	6
CVC malfunction multiple interventions	6
Stability on Dialysis	
Stable On Dialysis	0
Decreased Blood Pressure. Minimal Intervention Full recovery	1
Decreased Blood Pressure + Muscle cramps. Minimal intervention Full recovery	2
Recurrent episodes of decrease blood pressure +/- Some recovery. Monitoring required	4
Decrease Blood pressure +/- No recovery. Requires treatment stop. Monitoring + Investigation	5
Renal diet adherence	
No referral to dietetics for dietary non-compliance	0
Occasional referral to dietetics	4
Fluid restriction Adherence	
Intradialytic fluid gain typical < 1.5 litres	0
Intradialytic fluid gain typical 1.5 - 2 litres	1
Intradialytic fluid gain typical 2 - 2.5 litres	2
Intradialytic fluid gain typical 2.5 - 3.5 litres	2
Intradialytic fluid gain typical > 3.5	5
Medication regime adherence	
Awareness and demonstrates adherence and/or knowledge of routine medication	1
May need occasional educational input to improve knowledge and/or adherence	2
Regularly demonstrates lack of knowledge and/or adherence (at each routine check)	3
Ongoing problems with knowledge deficits and/or adherence with routine medications	4
Total	

Anexo XI – Retrotradução Final: Português – Inglês

1. age	score
18 – 64	1
65 – 74	2
75 +	3

2. comorbidity	score
Intervention not required	0
Intervention required – 1	3
Intervention required – 2	6
Intervention required – 3	9
Intervention required – 4	12

3. Physical	
Nutrition	
Self-care	1
Requires minimum assistance at mealtime	2
Requires significant assistance at mealtime	3
Mobilisation	
Requires no assistance	0
Requires assistance at intervals	2
Requires assistance with walking	3
Requires assistance one carers for mobilization	4
Waterlow/water levels	
Not at risk	0
10+ at risk	1
15+ high Risk	2
20+ very high Risk	3
Wound care	
No Wound	0
Simple Wound	2
Vascular Access site requiring intervention (infected)	3
Complex Wound	4
Vital Signs – requirement for intervention	
Hourly recording and assessment	1
30-minute interval assessment and recording	2
15-minute interval assessment and recording	3
30-minute or more frequent interval assessment and recording requiring interventions	4
Continenace	
Continent	0
Urinary incontinence	1
Faecal incontinence (including ileostomy requiring care)	2
Total	

Hospital details	
Patient details	
Nurse / Assessor	
Date : _____	
4. Psycho-Social	
Orientation	
Orientated	0
Occasional forgetfulness/Requires re-orientation	1
Disorientated to time and place	3
Requires re-orientation regularly	3
Confused/disorientated requiring constant supervision	6
Behaviour	
Relaxed no behavioural problems/Challenges	0
Restless/irritable at times	2
Challenging - Verbal or physical	3
Un-predictable challenging, requiring intervention	4
Communication	
No communication challenges (verbal and non-verbal)	0
Some difficulty understanding what is said	1
Often unresponsive to verbal commands, interaction and suggestions	2
Lack of understanding	3
Language	
Fluent in English	0
Difficulty with English	1
Social Support	
Good social support	0
Poor quality support	4

Sections	
1.Age	
2.Comorbidity	
3.Pysical	
4.Psycho Social	
5.Dialysis	
Total Score	

Additional Category Language	
Requires interpreter High Care - 3	
Patient Dependency Category	
Standard Care 0 - 12	1
Intermediate Care 13 - 18	2
High Care 19 +	3

5. Dialysis	Score
Access	
Good functioning CVC, including standard access site dressing	1
Poor functioning CVC < 300mls/min	2
Good functioning AVF/Prosthesis	2
Poor functioning AVF/Prosthesis - Blood pump < 350mls/min	3
Poor functioning AVF/Prosthesis - Blood pump < 350mls/min multiple interventions	6
CVC malfunction multiple interventions	6
Stability on Dialysis	
Stable On Dialysis	0
Decreased Blood Pressure. Minimal Intervention Full recovery	1
Decreased Blood Pressure + Muscle cramps. Minimal intervention Full recovery	2
Recurrent episodes of decrease blood pressure +/- Some recovery. Monitoring required	4
Decrease Blood pressure +/- No recovery. Requires treatment stop. Monitoring + Investigation	5
Renal diet adherence	
No referral to dietetics for dietary non-compliance	0
Occasional referral to dietetics	4
Fluid restriction Adherence	
Intradialytic fluid gain typical < 1.5 litres	0
Intradialytic fluid gain typical 1.5 - 2 litres	1
Intradialytic fluid gain typical 2 - 2.5 litres	2
Intradialytic fluid gain typical 2.5 - 3.5 litres	2
Intradialytic fluid gain typical > 3.5	5
Medication regime adherence	
Awareness and demonstrates adherence and/or knowledge of routine medication	1
May need occasional educational input to improve knowledge and/or adherence	2
Regularly demonstrates lack of knowledge and/or adherence (at each routine check)	3
Ongoing problems with knowledge deficits and/or adherence with routine medications	4
Total	