



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Carolina Isabel Teixeira dos Santos Costa

**Opção 9 - Relatório Final de Estágio em Contexto de Urgência
e em Contexto de Cuidados Intensivos**

**NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES RENAIIS CRÓNICOS
EM ESTADIO 4 E 5 E SEUS PREDITORES**

Viseu, julho de 2021



**Opção 9 - Estágio Com Relatório Final em Contexto de Urgência
e em Contexto de Cuidados Intensivos**

Carolina Isabel Teixeira dos Santos Costa

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Olivério Ribeiro e do Professor Doutor Eduardo Santos

Viseu, julho de 2021

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário”

Albert Einstein

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Santos, agradeço a sua orientação no artigo científico, as sugestões, as ideias, os conselhos e a ilimitada disponibilidade e compreensão. Agradeço-lhe por ter confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio.

Agradeço à instituição Hospitalar do Centro Hospitalar Tondela Viseu e à Unidade de Diálise por terem colaborado e facilitado o processo de recolha dos dados.

A todos os participantes e demais doentes renais que contactei durante este percurso, e amavelmente aceitaram participar no estudo e terem compreendido o contributo que este trabalho possa fornecer.

A todos os profissionais de saúde que sempre acreditaram que era possível e me deram força para concluir este percurso, agradeço a sua disponibilidade em ajudar-me sempre que necessário.

Fico grata a todos os tutores e equipas dos estágios por onde passei, pela disponibilidade, conhecimentos e experiências partilhadas.

Agradeço em particular às pessoas importantes da minha família pelo apoio incondicional.

Ao José Cunha pela sua leitura atenta e crítica, agradeço a sua disponibilidade e ter sempre acreditado no meu sucesso.

Ao Enf.º Jorge Melo pela sua leitura atenta e crítica do artigo e agradeço a sua disponibilidade em ajudar-me sempre que necessário.

A todos os que se cruzaram no meu caminho e me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono deste caminho, só facilitado pela vossa presença e apoio.

A todos um muito sincero Obrigada!

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu. Ao longo do mesmo foi sistematizado o percurso desenvolvido durante este período na aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. No contexto do percurso académico, além das diferentes unidades curriculares teóricas, tive a oportunidade de realizar um conjunto experiências em dois contextos de estágio distintos, essenciais para o desenvolvimento de competências especializadas, conjugadas com a minha experiência prévia nesta área de intervenção. O primeiro estágio ocorreu no Serviço de Urgência Geral e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV.

A reflexão acerca das competências comuns e específicas, que se encontram descritas, demonstrou ser muito construtiva e enriquecedora, contribuindo para a perceção das minhas capacidades enquanto futura Enfermeira Especialista.

Os objetivos definidos em cada um dos estágios foram atingidos, e as atividades desenvolvidas para a sua concretização foram adequadas. Os estágios foram uma oportunidade para a aquisição de novos conhecimentos e competências.

A investigação desenvolvida que culminou na elaboração de um artigo com o tema Níveis de Literacia em Saúde nos Doentes Renais Crónicos em estadio 4 e 5 e seus preditores, a escolha recaiu na área nefrologia /Diálise à qual me dedico nos últimos 20 anos.

Introdução: A literacia em saúde melhora a saúde das populações e permite uma melhor utilização dos serviços. Esta dimensão dos resultados em saúde assume particular relevo quando aplicada à gestão da doença crónica, pelo potencial de impacto que a mesma tem na morbimortalidade e na qualidade de vida.

Objetivos: Descrever os níveis e determinar os preditores de literacia em saúde nos doentes com doença renal crónica.

Métodos: Estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado na Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela Viseu. A análise dos dados teve por base estatística descritiva e foi realizado um modelo de regressão linear multivariado com recurso ao método Forward.

Resultados: Foram incluídos 125 doentes, maioritariamente do género masculino (65,4%), com uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). Prevalcem os doentes com literacia em saúde problemática (35,5%), seguindo-se os que revelam literacia em saúde inadequada (31,5%). Nas mulheres prevalecem níveis mais elevados de literacia em saúde inadequada (36,4%) e, nos homens, de literacia em saúde problemática (36,2%). As habilitações literárias e o género são preditores da literacia em saúde com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta=0,47$ e $\beta=0,13$, respetivamente) e a idade com efeitos negativos baixos ($\beta=-0,20$).

Conclusões: Considera-se imprescindível a implementação de estratégias que promovam mais literacia em saúde em pessoas com doença renal crónica, para que adotem comportamentos de adesão e de tratamento com resultados positivos na sua saúde.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Desenvolvimento de Competências; Cuidados de enfermagem especializados; Pessoa em Situação Crítica.

Abstrat

This report comes within the scope of the Curricular Unit “Internship with Final Report in an Emergency Context and in the context of Intensive Care, inserted in the syllabus of the master’s degree and Post-Licentiate Specialization Course in Medical-Surgical Nursing at the Superior School of Health of Viseu. During the course, the path developed during this period in the acquisition of Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing was systematized. Along this academic path, in addition to the different theoretical curricular units, I had the opportunity to carry out a set of experiences in two distinct internship contexts, essential for the development of specialized skills, combined with my previous experience in this area of intervention. The first stage took place at the General Emergency Service and the second at the Intensive Care Unit of CHTV.

The reflection about the common and specific competences, which are described, proves to be very constructive and enriching, contributing to the perception of my abilities as a future Specialist Nurse.

The objectives defined in each of the stages were achieved, and the activities developed to achieve them were adequate. The internships were an opportunity to acquire new knowledge and skills.

The research developed that culminated in the elaboration of an article, the theme Health Literacy levels in stage 4 and 5 Chronic Kidney Disease patients and their predictors. The Theme chosen was in the area of nephrology/dialysis to which I have been dedicated for the last 20 years.

Introduction: Health literacy improves population health and enables better use of services. This dimension of health outcomes is particularly relevant when applied to chronic disease management, due to its potential impact on morbidity and mortality and quality of life.

Objetives: To describe the levels and determine the predictors of health literacy in patients with chronic kidney disease.

Methods: A non-experimental, quantitative, cross-sectional descriptive-correlational study was conducted at the Clarification Consultation of the Dialysis Unit of the Centro Hospitalar Tondela Viseu. Data analysis was based on descriptive statistics and a multivariate linear regression model was performed using the Forward method.

Results: We included 125 patients, mostly males (65.4%), with a mean age of 63.46 years (± 14.64 years). Problematic health literacy prevails (35.5%), followed by inadequate health literacy (31.5%). Higher levels of inadequate health literacy (36.4%) prevail among females, and problematic health literacy (36.2%) among males. Education and gender are predictors of health literacy with moderate to low positive effects ($\beta=0.47$ and $\beta=0.13$, respectively) and age with low negative effects ($\beta=-0.20$).

Conclusion: The implementation of strategies to promote more health literacy in people with chronic kidney disease is essential for them to adopt adherence and treatment behaviours with positive health outcomes.

Keywords: Specialist Nurse, Skills development; Specialized nursing care; Person in Critical Situation.

Sumário

	Pág.
Lista de Quadros	18
Lista de Abreviaturas e Siglas	19
Introdução	21
PARTE I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA POLIVALENTE E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES	25
Capítulo I – Enquadramento Teórico	27
Capítulo II - Competências Adquiridas do Enfermeiro Especialista	31
1-Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	31
1.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
1.2 - Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	36
1.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	38
1.4 - Competência no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....	43
2.1- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	44
2.2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.....	68
2.3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	69
3 - Avaliação por Competências	75
PARTE II- INVESTIGAÇÃO	79
Capítulo I – Enquadramento Teórico	81
Capítulo II – Artigo Científico	83
Conclusão	99
Referências Bibliográficas	101
Apêndices	

Apêndice I- Instrumento de Colheita de Dados/ Consentimento informado

Anexos

Anexo I - Pedido de autorização para realização estudo à Comissão de Ética do CHTV

AnexoII - Pedido de Utilização do Instrumento/Questionário HLS- EU-PT para realização Estudo

Lista de Quadros e Tabelas

Pág.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos doentes segundo o género.....	88
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos doentes em função do género.....	88
Tabela 3 – Caracterização clínica dos doentes em função do género.....	89
Tabela 4 – Literacia em saúde dos doentes em função do género.....	91
Tabela 5 – Determinantes da literacia em saúde em doentes com doença renal crónica....	91

Lista de Abreviaturas e Siglas

AMA - *American Medical Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS- Índice bispetral

CHTV - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CCIRA- Comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos

CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVC-Cateter Venoso Central

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EEG- Eletroencefalograma

EOT - Entubação orotraqueal

EPI - Equipamento de protecção individual

ESCID - Escala de Campbel Modificada do comportamento indicador de dor

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

EVA - Escala Visual Analógica

EOT - Entubação orotraqueal

EPI - Equipamento de protecção individual

GPT - Grupo Português de Triagem

HME- Heat and moisture exchanger (filtro trocador de calor e umidade)

HSA - Hemorragia subaracnoideia

HSD - Hemorragia subaracnoídea espontânea

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional De Emergência Médica

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

MHI- Monitorização hemodinâmica invasiva

MRSA- Staphylococcus aureus resistente à metilina

NE – Nutrição entérica

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia associada a ventilação mecânica

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PEEP- Positive end-expiratory pressure

PIC- Pressão intracerebral

PSC - Pessoa em situação crítica

PVC -Pressão venosa central

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SNG- Sonda Nasogástrica

SU – Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TCE - Traumatismo cranioencefálico

TEP- Tromboembolismo pulmonar

TM - Triagem de Manchester

TOT- Tubo orotraqueal

TVM - Traumatismo Vertebro-Medular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMDC - Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

UP – Urgência Polivalente

VNI – Ventilação não invasiva

VVC - Via Verde Coronária

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica e no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu e culmina com a oportunidade de realizar um conjunto experiências em dois contextos de estágio distintos, essenciais para o desenvolvimento de competências especializadas. O primeiro estágio ocorreu no Serviço de Urgência Polivalente e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV.

A enfermagem impõe uma constante atualização de saberes. Cabe ao enfermeiro desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento e a aplicação das suas competências. O enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos de modo a fundamentar a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e, assim, se traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, a formação em enfermagem é contínua, não termina com a finalização do Curso de Licenciatura e/ou Curso de Mestrado. Pois é necessária uma constante atualização ao longo de toda a vida profissional. Foi com este espírito que se abraçou mais um desafio, sendo este relatório a expressão de querer ir mais além, de consolidar conhecimentos e adquirir mais competências, no caso em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A formação específica e diferenciada na área é fundamental para melhorar a eficácia da atuação aquando do tratamento do doente crítico.

O Enfermeiro Especialista (EE) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O EE demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Segundo o Regulamento 124 (2014, p.8656) a PSC “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”. A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é o foco dos cuidados de enfermagem, no que concerne à especialidade em Enfermagem à PSC. O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem à PSC desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados, sensíveis aos cuidados de enfermagem que visem

potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A teoria é indispensável à prática responsável e consciente, contudo, é na prática do quotidiano que cimentamos os conhecimentos e, muitas vezes, os mesmos são de fato compreendidos.

Entendo a importância dos percursos que integram a minha procura por um patamar de enfermeira perita, sendo este um desafio enfrentado com empenho, norteado pela premissa de que é importante que o enfermeiro possua experiência, o que lhe permite aprender a focalizar de imediato o que é relevante na situação para, assim, poder extrair o seu significado (Benner, 2001, p. 54). Para a mesma autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados emergem quando se adquire perícia profissional, a qual é alcançada perante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Depreendo, deste modo, que o conhecimento de perito é igualmente um conhecimento competente, bem como uma maneira de conhecimento *per si*, sem se restringir unicamente a uma aplicação do conhecimento. Um dos principais objetivos desta formação é o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem e a aquisição de conhecimentos para que, na qualidade de estudante, se possa desenvolver um *continuum* de iniciado a perito, que permita ser agente ativo nas próprias aprendizagens, adquirir novos conhecimentos, desenvolver uma prática baseada na evidência, bem como para que se possa aumentar a qualidade dos cuidados de saúde nos diferentes contextos da prática de cuidados.

Estes estágios, desde a sua escolha, foram pertinentes pelo facto de no meu percurso profissional e académico nunca ter desenvolvido competências específicas na abordagem ao doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e num Serviço de Urgência Polivalente. Assim, apresentou-se como um desafio, uma experiência de enorme potencial de enriquecimento pessoal, em termos científicos, técnicos e relacionais.

Assim, para este relatório tenho como objetivos específicos:

- a) Descrever atividades desenvolvidas ao longo dos estágios efetuados, à luz das competências requeridas ao enfermeiro especialista;
- b) Demonstrar, através de análise crítica, competências próprias do enfermeiro especialista, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional;

- c) Identificar e refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica;
- d) Elaborar um relatório que reflita a minha aprendizagem, cumprindo assim um requisito de avaliação da unidade curricular.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em duas partes, para que o mesmo seja de fácil compreensão. Na primeira parte faço referência aos dois Estágios, Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTV, fazendo uma análise às competências adquiridas e evidenciando o percurso percorrido para as atingir, descrevo as atividades realizadas, através de uma análise crítico-reflexiva, com vista a alcançar os objetivos específicos traçados previamente nos projetos de estágio, de acordo com os domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. A segunda parte reporta-se à investigação desenvolvida e apresentada em forma de artigo, e por último e não menos importante a conclusão.

**PARTE I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA POLIVALENTE E UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS POLIVALENTES**

Capítulo I – Enquadramento teórico dos Estágios

O ensino clínico assume-se como um momento privilegiado na formação do Enfermeiro Especialista para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, consolidação dos conhecimentos adquiridos e reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Após o terminus da parte teórica iniciou-se um caminho longo de aprendizagem na procura da prática fomentada na teoria que permitisse o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

A minha escolha pessoal em relação aos estágios recaiu sobre o serviço de Urgência Polivalente e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTV.

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU) Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e da Enfermeira Especialista Deolinda Frias e do Enfermeiro Especialista Rui Libório, entre os dias 9 de dezembro e 19 de fevereiro, com uma duração de 180 horas, ele está inserido no 8.º Curso de Pós-Licenciatura De Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do 7.º Curso de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Este estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento da minha formação profissional e pessoal, na área, adquirindo e consolidando competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados em Médico-Cirúrgica.

O referido serviço tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médica, conforme o referido pela Direção Geral de Saúde (DGS,2001), no documento relativo sobre Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, que as enquadra e define urgência, direcionada a todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais e emergência como todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe estabelecimento ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. É no serviço de urgência que se efetua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso. Estes doentes requerem dos profissionais um conjunto de conhecimento técnico

científico e comportamental que se enquadram nos critérios de doente em estado crítico, permitindo-me assim desenvolver competências de enfermeira especialista, prestando cuidados inovadores e abrangentes, facilitando a integração de novos saberes de forma, a contribuir para a melhoria dos cuidados.

O segundo estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHTV, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, (CHTV), sob orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro e do Enfermeiro Especialista Paulo Silva, entre os dias 1 de março e 14 de maio, com uma duração de 180 horas.

A UCIP tem capacidade para admitir doentes com todos os tipos de patologias médicas e cirúrgicas de todas as especialidades que apresentem falência de órgão atual ou potencial que possa ser revertida/controlada. A UCIP é composta por meios humanos especializados ou treinados e meios técnicos complexos, sendo caracterizada como uma unidade de internamento autónoma situada em área definida dentro do hospital, que possui normas orientadoras sobre critérios de admissão e alta e regulamentação própria.

A UCIP do CHTV de vido à situação pandémica na altura foi objeto de reestruturação, encontrando-se subdividida em três unidades, apelidadas de UCIP1, UCIP2 e UCIP3.

O meu estágio foi realizado na UCIP2 que se situava no 5.º piso no serviço de Cirurgia D, a qual tinha a capacidade para oito unidades de internamento, estando 4 unidades distribuídas no espaço da UMDC2 e outras 4 na enfermaria.

Cada uma das unidades disponha de equipamento adequado e atualizado para a prestação de cuidados inerentes ao doente de cuidados intensivos. Era composta por uma cama com comando integrado (com múltiplas funções e posicionamentos), equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva, um ventilador, bombas e seringas de perfusão, bomba de perfusão entérica. Cada unidade possui fornecimento de gases (ar comprimido e oxigénio), aspiração, iluminação e fonte de alimentação dos equipamentos que acaba por ser insuficiente. Existiam ainda duas prateleiras de apoio com material individualizado, nomeadamente sondas de aspiração de secreções, espátulas de higiene oral, copos descartáveis, seringas de alimentação, clorhexidina gel 2%, cloridrato de benzidamina, clorhexidina a 2% em álcool, solução alcoólica, creme hidratante, luvas, elétrodos, obturadores de cateter, tubo orotraqueal de vários tamanhos, filtros HMB e traqueia.

Cada unidade do doente dispõe de uma mesa de apoio, na qual se encontram as folhas de registo de enfermagem e os diários clínicos.

Apesar da limitação espacial da UCIP2, em todas as unidades era possível a realização de exames complementares de diagnóstico como Rx, broncofibroscopia, endoscopia digestiva alta e baixa, colocação de drenos torácicos, colocação de MHI, realização de traqueostomia percutânea, instituição de terapia de substituição renal por técnicas contínuas, realização de técnicas analgésicas (cateterismo epidural), entre outros.

Capítulo II - Competências Adquiridas do Enfermeiro Especialista

1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista tem competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, reconhecidas pela ordem (OE, 2015). É um profissional “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.8648).

Desenvolvendo competências a nível técnico, científico e humano, o enfermeiro especialista presta cuidados especializados na área específica de enfermagem, neste caso, Médico-Cirúrgica. Para a prestação de cuidados ao longo da vida da pessoa, tal implica para o profissional de saúde a aquisição de competências comuns e específicas, adequadas às necessidades específicas de cada cliente aos processos de vida e aos problemas de saúde. Deste modo, 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” (OE, 2011, p.8649).

Estas competências englobam um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, aplicáveis nos vários ambientes de cuidados de saúde. Os seus domínios envolvem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A delimitação de objetivos assumiu-se como extremamente importante, pois estes serviram de veículo indicador do caminho a percorrer, de acordo com as necessidades pessoais de aprendizagem. Para os estágios foram definidos objetivos e competências a adquirir, importando agora demonstrar o modo como foram atingidos e desenvolvidos. De forma a adequar os objetivos à particularidade da prática foram delineados, no projeto, objetivos específicos para esses estágios. Nesse

sentido, descrevo e reflito acerca da minha prática clínica durante os estágios, procurando consubstanciar com referências bibliográficas pertinentes. Refiro que todo o caminho percorrido se alicerçou no desenvolvimento dos projetos de estágio, no qual delineei objetivos e atividades a desenvolver, tendo em conta o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados, cujo desígnio consiste na aquisição de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É de salientar que o saber numa organização centra-se em três fatores: tecnologias, competências e *know-how*. Tanner, Benner, Chesla e Gordon (1993) esclareceram o discurso recorrente dos enfermeiros especialistas sobre o conhecimento que têm do doente em UCI e descreveram-no como central para o julgamento clínico hábil e o conhecimento envolvido nas rotinas diárias dos doentes, padrões clínicos e respostas de cuidados. Benner e Tanner, em 1978, examinaram o julgamento clínico de enfermeiros em ambientes de cuidados intensivos que vinculava “conhecer o doente” e a habilidades de reconhecimento de padrões de qualidade, tendo verificado que ter um *know-how* do doente é um precursor essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade. Além disso, como fontes de informação, os enfermeiros integram o conhecimento obtido a partir de experiências clínicas anteriores em cada novo doente. É importante que o enfermeiro possua experiência, o que lhe permite aprender a focalizar de imediato o que é relevante na situação para, assim, poder extrair o seu significado (Benner, 2001, p. 54). Para a mesma autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados emergem quando se adquire perícia profissional, a qual é alcançada perante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Depreende-se, deste modo, que o conhecimento do enfermeiro especialista/perito é também um conhecimento competente, bem como uma maneira de conhecimento *per sí*, sem se restringir unicamente a uma aplicação do conhecimento.

As competências dos enfermeiros especialistas diferem, dependendo da área clínica de especialização, contudo existe um conjunto de competências que são transversais a todas as especialidades e que se denominam de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011, 18 de fevereiro de 2011), sendo partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. São quatro os domínios das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal,

melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definido, tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício. Na enfermagem generalista, bem como na enfermagem especializada, esses são os documentos cruciais para o exercício e boa prática da profissão.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio configuram-se duas competências: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Assim, no âmbito deste domínio, propus a concretização do seguinte objetivo específico tanto na UG como nos UCIP: *Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos e Urgência, os recursos humanos e materiais.*

Neste pressuposto, procurei desenvolver estas competências, mobilizei os conhecimentos e competências anteriormente adquiridas enquanto enfermeira de cuidados gerais e ao longo da teoria lecionada no curso, procurando interagir e efetuar uma diversidade de atividades inerentes à prática especializada, com base numa prática segura, profissional e ética. De acordo com o que vem consagrado no artigo 97.º do Código Deontológico dos Enfermeiros sobre: “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, 2015, p. 8078,).

A prestação de cuidados de enfermagem num SU e numa UCIP está repleta de *nuances* éticas e deontológicas. Princípios como a igualdade, a verdade e a justiça devem estar presentes em todos os processos de tomada de decisão. Relativamente à liberdade responsável, neste tipo de serviços, a maioria dos consentimentos são presumidos ao

abrigo do artigo 8.º do Capítulo II da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 (2001) que estabelece que em situação de urgência e não sendo possível obter o consentimento adequado se deve proceder às intervenções indispensáveis para benefício da saúde da pessoa em causa. A prestação de cuidados à PSC foi realizada sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa de acordo com o respeito pelos valores humanos e abstendo-se de realização de juízos de valor.

A integração num serviço é um fator essencial para o êxito no desempenho do Enfermeiro e para a prossecução dos objetivos que são estabelecidos, principalmente quando se trata de dois estágios desta índole em que se pretende obter o que há de melhor nas experiências vivenciadas que contribuam para o desenvolvimento das competências profissionais na especialidade. Para atingir este objetivo, foi também fundamental as reuniões com os Enfermeiros Chefes do serviço e com enfermeiros tutores.

A minha integração no seio de uma equipa interdisciplinar foi crucial no desenvolvimento da minha prestação profissional, a comunicação e interação com todos é a base da excelência. A ida para um serviço novo, especialmente na condição de estudante, pode revelar-se uma condicionante, mas é de igual forma um desafio acrescido ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, que penso ter sido bem resolvido e ultrapassado.

Estes estágios, desde a sua escolha, foram pertinentes pelo facto de no meu percurso profissional e académico nunca ter desenvolvido competências específicas na abordagem ao doente crítico num Serviço de Urgência e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Assim, apresentou-se como um desafio, uma experiência de enorme potencial de enriquecimento pessoal, em termos científicos, técnicos e relacionais. Foi também esta inexperiência que justificou alguma ansiedade e receio em relação à prestação de cuidados e a qualquer contacto com os doentes, mas facilmente foi ultrapassada nos primeiros dias de estágio.

Sequencialmente, tive oportunidade de conhecer melhor cada espaço dos serviços, o que proporcionou a possibilidade de explorar cada área de forma mais pormenorizada, nomeadamente em relação a equipamentos, materiais e encaminhamento dos doentes após alta.

Nos restantes dias de estágio, os diversos enfermeiros de serviço foram uma ajuda preciosa, sempre presente, possibilitando a integração no serviço e o conhecimento da estrutura física e organizacional do mesmo, o que contribuiu para a minha integração em

toda a dinâmica. Consultei as normas, procedimentos, protocolos e regulamentos existentes no serviço, que coloquei em prática aquando da prestação de cuidados.

Preocupe-me em manter uma postura adequada, de modo a contribuir para a dignificação da profissão e da especialidade em questão, mantendo disponibilidade para colaborar com os demais profissionais, demonstrando interesse na aprendizagem.

A organização e o sentido de responsabilidade foram os pilares que tive sempre em conta no local de trabalho, dentro daquilo que me era permitido executar como aluna.

A compreensão do papel de cada profissional integrado numa equipa é de primordial importância porque permite identificar as suas competências, a sua função no seio dessa equipa. Desta forma, o trabalho em equipa torna-se mais eficaz e sem conflitos. Foi uma das minhas preocupações identificar o papel, no seio da equipa, do enfermeiro especialista e especificamente na área de Médico-Cirúrgica.

A pesquisa bibliográfica efetuada nas bases científicas sobre a PSC, as patologias urgentes e emergentes bem como as dinâmicas da Urgência e da UCIP, revelou-se de extrema importância. As tomadas de decisão no decorrer da prática clínica tiveram sempre em conta o respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, intervindo com responsabilidade, em situações críticas, cumprindo os princípios básicos da ética, nomeadamente o princípio da autonomia, o princípio da justiça e o princípio da beneficência e não maleficência.

Em relação à Unidade de Cuidados de Cuidados Intensivos, uma das maiores dificuldades que senti foi aquando da realização de procedimentos a doentes sem privacidade, apesar de se encontrarem sedados e analgésicos. A UCIP 2 era um serviço adaptado e sem muito espaço entre os doentes, com a presença de muitos cabos/fios a envolver a unidade do doente, os quais, apesar de necessários, limitam o acesso à cabeceira do doente e potenciam o risco de queda, dificultando ainda a higienização das unidades. Manter os princípios da privacidade e dignidade do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem foi, em consequência, um grande desafio, devido ao espaço limitado e desajustado às necessidades reais. Despoleta-se, portanto, uma despersonalização do próprio doente levando a que, por vezes, sejam ignorados esses princípios. Neste sentido, desenvolvi estratégias que me permitiram promover o respeito pela privacidade dos doentes, nomeadamente, proceder a utilização das cortinas, mas também me colocavam o *handicap* de não vigiar o outro doente. Procurei atuar permanentemente no sentido de garantir o bem-estar, estabilização, conforto, dignidade e privacidade dos doentes. Este procedimento é defendido por Pires (2008), segundo o qual a

ética é fundamental na prestação dos cuidados e a enfermagem fundamenta a sua prática num agir que visa o bem-estar para a pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais estabelecidas. Como qualquer direito, tem subjacente um dever, assim, compete aos profissionais de saúde serem éticos e responsáveis na sua prática, atuando de acordo com o seu Código Deontológico (OE, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Tive sempre uma preocupação permanente de me inteirar o melhor possível das características e funcionamento próprio de cada local, por forma a desenvolver uma prática autónomas.

Consultei as normas, procedimentos, protocolos e regulamentos existentes em ambos os serviços, aos quais dei cumprimento no âmbito da prestação de cuidados.

1.2- Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, refere, no âmbito deste domínio, três competências: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”; (OE, p4745, 2019); “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” (OE, p4745, 2019) e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4745).

Uma das definições de qualidade nos cuidados de saúde mais amplamente conhecida, é a que foi definida pelo *Institute of Medicine* em 2001, o qual operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os doentes sejam lesados pelos cuidados que têm como objetivo ajudá-los (*segurança/safety*); evitar quer o uso insuficiente quer o excessivo dos cuidados de saúde (*efetividade/effectiveness*); implementar cuidados que respeitem e tenham em consideração as necessidades e preferências da pessoa (*centralidade no doente/patient-centeredness*); intervir junto dos doentes no momento certo (*oportunidade/timeliness*); evitar o desperdício (*eficiência/efficiency*); facultar uma qualidade invariável (*equidade/Equitability*) (Lage & Sousa, 2013).

A qualidade é, indiscutivelmente, um conceito difícil definição, atendendo ao grau de subjetividade que lhe está subjacente. Todavia, pude constatar que a qualidade dos cuidados só se alcança com o esforço contínuo de todos os elementos da equipa multidisciplinar e se agirmos em conformidade com os padrões estabelecidos. Por conseguinte, a qualidade é uma prioridade em saúde, sendo fundamental a promoção e

implementação de programas de melhoria contínua. A qualidade não se consegue atingir apenas com a prática e a experiência, esta requer reflexão por parte de cada profissional de saúde. Deste modo, deve refletir-se sempre sobre as práticas desenvolvidas e este foi um processo frequente ao longo dos estágios, de forma individual ou em partilha de ideias com a restante equipa, em especial com os Enfermeiros Tutores. Esta análise de experiências, possibilitou-me melhorar e adquirir novos conhecimentos, o que se configurou como um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No decorrer da prática clínica e através da observação, pude verificar o papel dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar de modo a refletir e analisar as minhas observações. Procurei também conhecer os protocolos de qualidade adotados no serviço, referenciando a nossa prática com vista a atingir os objetivos definidos nesse sentido.

Em face do exposto, reconheço que a melhoria da qualidade compreende a análise e revisão das práticas no que se refere aos seus resultados e, a partir dos mesmos, implementam-se programas de melhoria contínua, como preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

Os cuidados prestados à PSC configuram-se como um processo complexo que deve basear-se numa visão holística da pessoa como centro do cuidado. Assim, espera-se que o enfermeiro enfoque a sua prática nos padrões de qualidade dos cuidados especializados da sua área. Por conseguinte, é fundamental a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2015, p. 17243).

Ainda dentro deste domínio foi uma preocupação permanente a manutenção da qualidade dos cuidados prestados na prevenção da ocorrência de lesões por pressão ou risco de queda, tendo sempre em consideração a segurança na comunicação.

A criação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em 2001 pela OE já refletia essa necessidade e preocupação com vista à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros, em linha com as Organizações Internacionais, pelo que o mesmo enquadramento concetual é reiterado para a prática especializada de enfermagem definido pelos respetivos colégios da especialidade, pelo reflexo que tem na melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos, por pressupor uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. Neste sentido, por forma a adquirir competências específicas no âmbito da EMC, na área de enfermagem à PSC, tendo em

conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o estabelecimento de um ambiente terapêutico e melhoria contínua da qualidade.

Quanto à melhoria contínua da qualidade no serviço de urgência e segurança do medicamento, eu em conjunto com os meus colegas de estágio, desenvolvemos um projeto de melhoria contínua no âmbito das Práticas Seguras no Armazenamento e Acondicionamento do Medicamento. Este projeto enquadra-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Foi proposto pelo Enfermeiro em funções de chefia, a realização em conjunto com os restantes colegas em estágio do projeto de reestruturação do stock da medicação do SUP, de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) e com os procedimentos do CHTV, EPE, designado por Projeto de melhoria contínua da Qualidade “Práticas Seguras no Armazenamento e Acondicionamento do Medicamento”. O que começou por ser só um projeto para o SO foi extensível para toda a urgência, mesmo da área Covid.

O Serviço de Urgência é por eleição um serviço onde a complexidade inerente aos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, a imprevisibilidade, o stress, a fadiga dos profissionais, a carga horária, a comunicação multidisciplinar e multiprofissional, a transmissão de informação complexa, e a tecnologia presente são reconhecidos como fatores indutores de erros humanos, falhas do sistema e situações indesejáveis.

Por último uma preocupação constante do enfermeiro especialista é a formação contínua e a Melhoria Contínua da Qualidade.

Sendo como já referi a formação contínua uma preocupação empenhada e assumida individualmente, por cada um dos elementos e particularmente pelo enfermeiro chefe e pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, dada a complexidade dos cuidados prestados aos doentes que recorrem na UCI. No contexto atual, marcado pela pandemia COVID 19 não nos foi possível realizar formações no contexto de serviço na UCIP.

Como alternativa, solicitámos ao Enfermeiro em funções de chefia da UCIP a realização em conjunto com os restantes colegas em estágio de dois procedimentos que fossem uma mais-valia para a Unidade. A escolha recaiu sobre Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: Lista de Verificação para Transporte do Doente para realização de MCDT's e um procedimento de higiene oral da pessoa em contexto de cuidados intensivos.

Foi por nós também elaborado em forma de pôsteres as novas atualizações das *guidelines* de SAV, taquicardias e bradicardias segundo *European Resuscitation Council Guidelines 2021*.

Era minha intenção ter realizado mais diligências com vista ao melhoramento da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017) mas o caminho faz-se construindo.

1.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito deste domínio, o enfermeiro especialista em EMC tem um papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados, na otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e na adequação dos recursos às necessidades, tendo em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). Com base nesta competência comum do enfermeiro especialista elaborei o seguinte objetivo: *Participar na gestão e organização do serviço, nos recursos materiais e humanos, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados, e na área de formação.*

O domínio da gestão de cuidados é decisivo para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista deve gerir os cuidados, otimizando as suas respostas e dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, com a devida adequação dos recursos existentes às situações e contextos, como meio de garantir a segurança e promoção da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A gestão de cuidados é um dos sistemas de processos integrados destinados a proporcionar, suportar e coordenar os cuidados ao doente através do *continuum* dos serviços de saúde (Urden, Stacy, & Lough, 2008)

Para adquirir as competências deste domínio é indispensável que cada um de nós tenha a capacidade de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados. A formação dos enfermeiros é direcionada para o cuidado direto e a gestão desses cuidados. A articulação entre serviços e os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar associa-se, deste modo, à coordenação e à prestação de cuidados ao doente com todas as suas dimensões e necessidades (Gelbcke, Souza, Dal Sasso, Nascimento & Bulb, 2009).

No Serviço de Urgência a gestão dos recursos materiais é realizada através da utilização do sistema “Glinti®”, do ponto de vista da gestão dos recursos humanos, sendo

que o enfermeiro chefe tem como responsabilidade garantir o bom funcionamento do serviço, tarefa de elevada complexidade pelas suas dimensões e orgânica, a que crescem as atividades de gestão da equipa de modo a facilitar o desenvolvimento de competências dos profissionais que lidera, nomeadamente incentivando a investigação científica no seio da mesma. Neste trabalho exigente, o enfermeiro chefe conta com a colaboração dos enfermeiros coordenadores de equipa, sendo cada equipa de enfermeiros liderada por enfermeiros especialistas, os quais são sempre os responsáveis de turno.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável num dos turnos, verificando que o enfermeiro responsável assume o papel de *team leader*, enquanto responsável pela coordenação e gestão do serviço, não esquecendo a gestão de conflitos internos. Nem sempre o processo de tomada de decisão é um processo fácil, requerendo experiência, como também, conhecimentos teóricos da matéria e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. O enfermeiro especialista necessita de desenvolver *skills*, porque de facto existe um desgaste físico e emocional durante os turnos, sendo na minha perspetiva a assertividade, comunicação e inteligência emocional as qualidades mais importantes a reunir com vista à melhor coordenação e gestão da equipa.

Na UCIP2, a gestão dos cuidados compete ao Enfermeiro responsável, o qual geralmente é um enfermeiro especialista ou o enfermeiro com mais experiência, saberes e competências na equipa ao nível da prestação de cuidados em UCI, cumprindo o que emana a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 13) “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

De igual forma, também a necessidade de ajustar recursos humanos e materiais a cada situação, bem como a adequação às condições físicas da unidade, se revela um desafio na efetivação de uma prática clínica que fomente a confiança, promovendo a manutenção da qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

A nível da UCIP, verifiquei que o planeamento dos recursos humanos é o preconizado para as UCI no máximo 2 doentes por enfermeiro, avaliando também n.º de horas necessárias aos cuidados obtidos pelo programa TISS 28, situação clínica dos doentes e sua necessidade de cuidados de enfermagem com base nas diretivas dos Recursos Humanos e Ordem dos enfermeiros, Ministério da saúde, dotações seguras e o cálculo de necessidades de enfermagem (rácio enfermeiro/doente uma enfermeira dois

doentes no mínimo). A avaliação TISS 28 na UCI era feita no turno da manhã e correspondia às últimas 24 horas de permanência na unidade, sendo que tive oportunidade de preencher esta ferramenta sempre que realizei manhãs, enquanto ferramenta prática. A gestão de recursos na UCI era diária, a distribuição de enfermeiro por doentes, a metodologia era o método individual de trabalho, durante todos os turnos eram 4 enfermeiros para 8 doentes.

Relativamente à gestão de materiais, esta envolve um sistema que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos.

Na UCIP2, pude constatar que os recursos materiais eram diversificados, cada um com a sua especificidade, sendo uma mais-valia, quer para o bom funcionamento dos serviços, quer para a qualidade dos cuidados prestados. Na unidade onde realizei a minha prática, a gestão dos *stocks* estava a cargo do enfermeiro responsável. A reposição de material (consumíveis) e produtos farmacêuticos era feita pelo método de reposição previsível de gastos, não sendo possível por níveis, o que na minha opinião iria permitir uma melhor gestão do material e libertaria os Enfermeiros para a realização de outras funções. Esta lacuna não era passível de ser ultrapassada pela razão de estarmos num serviço improvisado.

1.4 - Competência no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os enfermeiros especialistas têm um elevado nível de *insight* para analisar intervenções de enfermagem em profundidade, podendo, inclusive, desenvolver novas teorias, modelos e pesquisas baseadas em filosofias holísticas e humanísticas destinadas à enfermagem individualizada, percepções e práticas de cuidado. Um dos objetivos profissionais dos enfermeiros é tornarem-se num especialista em assistência de enfermagem individualizada para a prestação de cuidados de qualidade, o que implica o desenvolvimento das suas percepções e das suas competências (Ozdemir, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, vários foram os momentos que possibilitaram o estímulo ao raciocínio e articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem. Considero que coloquei em prática todo o meu potencial, quer ao nível de conhecimentos teóricos desenvolvidos, quer ao nível da relação interpessoal e ao nível da gestão de sentimentos e situações geradoras de stress. Nesse sentido, foi fundamental mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso e complementada com pesquisa bibliográfica. O enfermeiro

especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos, essencialmente devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área. De igual forma, tem sido cada vez maior a preocupação dos enfermeiros sobre se a sua prática está em conformidade com a melhor e mais recente evidência científica disponível. Por esse motivo, é através da investigação que o enfermeiro pode refletir e problematizar os problemas nascidos na prática, que o levará a suscitar e a edificar ideias inovadoras.

Para a aquisição destas competências revelou-se essencial a análise e reflexão sobre o meu desempenho na prática diária e o desenvolvimento em futuras intervenções. Para tal, foi necessário a pesquisa bibliográfica sobre a prática especializada e sobre novas temáticas na abordagem à PSC.

A interiorização das práticas fundamentadas na evidência científica e a reflexão, bem como pensamento crítico melhora a prática dos cuidados prestados.

Durante o estágio, aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem que me surgiram, tendo manifestado proatividade nesses momentos e realizei todas as atividades com autonomia gradual, obtendo validação com os Enfermeiros Tutores sempre que tinha dúvidas. Num processo de aprendizagem que se pretende seja cada vez mais centrado nos objetivos do estudante e do pensamento crítico-reflexivo e que se baseia nas relações interpessoais, desenvolvi pesquisas bibliográficas, inteirei-me dos protocolos existentes no Serviço de Urgência Polivalente e na UCIP2 e coloquei em prática alguns desses protocolos. É fundamental que o enfermeiro pesquise e conheça as suas próprias motivações, autoconhecimento e tenha sempre em conta a prática baseada em evidências.

No Serviço de Urgência a formação contínua é uma preocupação empenhada, no dia 11 de fevereiro de 2021, realizamos uma formação para os assistentes operacionais do Serviço de Urgência Polivalente que entraram recentemente no serviço e não tinham formação em SBV. Foi organizada por mim e os restantes colegas que se encontravam em estágio por solicitação do Enfermeiro em funções de chefia.

O tema proposto foi “Procedimentos de Suporte Básico de Vida – Adulto (abordagem intra-hospitalar)” , tendo em conta que os assistentes operacionais não tinham formação na

área. Objetivamos que, no final da formação, os assistentes operacionais fossem capazes de: compreender o conceito de Cadeia de Sobrevivência; reconhecer uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória (PCR); identificar riscos para o reanimador; abordar a vítima de forma segura, aplicando medidas universais de proteção e garantindo condições gerais de segurança; executar corretamente manobras de SBV, reconhecendo a importância dos pedidos de ajuda atempados.

A formação foi muito positiva, uma vez que cumprimos os objetivos propostos e permitiu também consolidar os conhecimentos já adquiridos no SAV, mas agora direcionados SBV.

2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011) conceptualiza os cuidados de EPSC como cuidados prestados de forma continuada à pessoa com pelo menos uma função vital em risco, dando resposta às necessidades identificadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações, procurando a recuperação total e limitando a incapacidade da pessoa. No mesmo regulamento, a OE vem definir e publicar o perfil de competências específicas do EE em EPSC, publicado em Diário da República. Conjuntamente com as competências comuns, fica completo o enquadramento da certificação de competências respeitante a esta especialidade, assim como os atos e competências que o cidadão pode esperar dos cuidados desde EE. As competências específicas dos EE em EPSC publicadas no Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p. 8656) são as seguintes:

a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa;

b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;

c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A delineação de objetivos para alcançar as competências Específicas do Enfermeiro Especialista assumiu-se como extremamente importante, pois estes serviram de veículo indicador do caminho a percorrer, de acordo com as necessidades pessoais de aprendizagem.

2.1- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, de 18 de julho, dispõe que uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica é cuidar “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, p. 19359).

No âmbito da competência específica propus a concretização de objetos específicos para o serviço de Urgência Polivalente e para a Unidade de Cuidados Intensivos, passo a descrever individualmente os objetivos para cada estágio e as atividades realizadas para atingir a competência.

Os objetivos específicos no serviço de Urgência Polivalente foram:

- *Adquirir competências na triagem dos doentes, com base no Sistema de Triagem de Manchester;*
- *Prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica na Sala de Emergência;*
- *Desenvolver competências de enfermagem na abordagem do doente crítico em contexto da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar;*
- *Interagir com pessoa/família em situação crítica;*
- *Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos no serviço de urgência;*

Um dos primeiros objetivos delineados no âmbito da competência Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi *adquirir conhecimentos sobre a funcionalidade do processo de triagem na Urgência* dada a sua importância em todo o encaminhamento do doente desde a entrada no serviço de urgência.

No serviço de urgência a Triagem de Manchester (TM) tem como objetivo definir níveis de prioridade, identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Em termos gerais, um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.

A TM corresponde a uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso a sua aplicação noutros países. O seu objetivo é fazer seleção de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respetivo fluxograma (Grupo Português de Triagem, GPT, 2016).

Globalmente, um método de triagem facultado aos profissionais de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica que se baseia na identificação de problemas. A avaliação clínica é executada a partir da queixa apresentada, isto é, o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente. Por conseguinte, foi elaborada uma lista de 50

fluxogramas baseados nas queixas dos doentes, que incluem quase todas as situações que aparecem nos serviços de urgência, tendo sido também criados dois fluxogramas a situação de catástrofe (GPT, 2016).

A primeira parte do método de triagem requer que o profissional de saúde faça com que a seleção do fluxograma seja o mais específica possível de acordo com a queixa apresentada pelo doente. Depois, tem de percorrer os discriminadores do fluxograma, selecionando o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Esta “conceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas de apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não permitindo nunca a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa” (GPT, 2016). A escolha do fluxograma de apresentação é imposta pela queixa de apresentação do doente, sendo posteriormente necessário fazer a recolha e a análise de informações que facilitem a determinação da prioridade clínica. É o fluxograma que estrutura este processo, apresentando discriminadores-chave em cada nível de prioridade. A avaliação é efetuada em conformidade com a prioridade clínica mais elevada, sendo os discriminadores deliberadamente dispostos na forma de perguntas para facilitar o processo (GPT, 2016).

De acordo com a situação do doente, ao qual foi atribuída uma cor, corresponde um tempo máximo de espera previamente definido:

- Nível 1- Emergente = Vermelho = 0 minutos
- Nível 2- Muito urgente = Laranja = 10 minutos
- Nível 3- Urgente = Amarelo = 60 minutos
- Nível 4- Pouco urgente = Verde = 120 minutos
- Nível 5- Não urgente = Azul = 240 minutos (GPT, 2010, p. 54).

O GPT (2010) refere que o SU é confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas, a sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora para hora e depende do número de doentes que a ela ocorrem e do estado que estes apresentem. Assim, torna-se primordial que se faça um processo de triagem rigoroso a todos os doentes para que estes sejam observados por ordem da necessidade clínica e não por ordem de chegada ao serviço.

Após ser efetuada a ficha de inscrição, é realizada a TM, através da qual é determinada a gravidade de uma doença ou lesão, atribuindo-se a prioridade para ser observado pelo médico. Depois de ser efetuada a triagem, os doentes são encaminhados para os diferentes locais conforme a sua especificidade. O percurso efetuado pelo doente dentro da urgência vai depender da triagem efetuada pelo enfermeiro neste primeiro contacto. Por este motivo, é requisito obrigatório que o enfermeiro que fica responsável pelo posto de triagem seja detentor do curso de formação em TM.

A triagem é um dos pontos mais importantes para a gestão do serviço. A forma como um doente é triado influencia todo o seu percurso dentro da urgência. Além de ser um posto de extrema responsabilidade, é necessário ter uma visão bastante precisa e uma observação atenta ao problema que o doente refere. É obrigatório realizar uma avaliação rigorosa das queixas, dos sinais e sintomas para que, no final, o doente seja encaminhado para o local mais adequado à resolução do seu problema. A queixa a registar deve ser objetiva, ou seja, o principal sintoma identificado e deve também contemplar ao tempo que ocorre.

Nos dois dias em que estive presente na triagem colaborei com o Enfermeiro Triador na aplicação da TM no sentido desenvolver competência no manuseamento do registo de enfermagem no Sistema ALERT[®]. Este é um sistema informático que permite auxiliar na organização do trabalho, facilitar o trabalho dos profissionais e aperfeiçoar os processos de gestão. A tomada de decisões é parte integrante e importante da prática de Enfermagem. A triagem é muito importante, impondo conhecimentos no âmbito da atuação rápida na colheita de informação para identificar a queixa do doente. A primeira parte deste método de triagem requer que se selecione uma condição apropriada da lista de fluxogramas para de seguida se determinar a prioridade real do doente, através dos discriminadores gerais e específicos para cada um deles. Ressalvo que a ferramenta informática Alert[®] é um sistema intuitivo, que exige um tempo de aprendizagem assente na prática.

A maior dificuldade do Enfermeiro Triador é descrever objetivamente a “queixa” do doente, a qual muitas vezes é subjetiva. Concretizei o objetivo de aplicar a triagem de doentes através do Sistema de TM, pois, após algumas horas de observação, fui capaz de triar com alguma autonomia, de forma mais lenta obviamente pela falta de experiência, sempre com o Enfermeiro Triador a colaborar, uma vez que surgiam sempre muitas dúvidas e encontrei algumas dificuldades em decidir perante os fluxogramas e na delimitação da queixa do doente. Esta ambiguidade na apresentação da queixa provoca dúvidas e dificuldades em discernir quais os discriminadores, pois nem todos os doentes têm a

capacidade de se exprimirem bem, de caracterizar as sensações que experimentam, de descrever os sintomas, de qualificar e avaliar a dor.

O objetivo *Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica* assume extrema importância e interliga-se com os restantes objetivos por mim delineados e, por essa razão, passo a falar deles como um todo.

A pessoa em situação crítica define-se como “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” (OE, 2018, p. 19362). Deste modo, definem-se os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta a necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362). Estes cuidados de enfermagem “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018, p.

Assim, começo por referir que no SU desenvolvi competências na Via Verde AVC, conhecendo os protocolos de atuação e a Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017, da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, emitida pela Direcção-Geral da Saúde.

Após a abordagem inicial do doente, assegurando a sua estabilização a nível da abordagem “ABCDE”, acompanhei os doentes a realizar TAC de diagnóstico no serviço de imagiologia, fazendo parte do transporte a mala da via verde AVC (composta por seringa infusora, Alteplase®, medicação anti hipertensora, seringas, agulhas), monitor para que o transporte fosse realizado em segurança. Em alguns casos a fibrinólise iniciou logo na TAC, evidenciando que todos os segundos contam.

Ao conhecer detalhadamente a doença, consegui identificar atempadamente complicações inerentes à administração da medicação trombolítica e fiz a monitorização dos sinais vitais e das possíveis complicações nas horas seguintes. O tratamento trombolítico intra-arterial torna-se benéfico em pessoas cuidadosamente selecionadas com AVC isquémico, resultantes de oclusões da artéria cerebral média, com sintomatologia superior a 6 horas (Powers et al., 2018).

Tive também a oportunidade de preparar doentes para serem transferidos para Coimbra, com vista à realização de trombectomia, que é um tratamento que deve ser

efetuado nas 6 horas seguintes ao início sintomatológico, apresentando uma janela terapêutica alargada bem superior ao alteplase endovenoso, dado que pode amplificar-se até 24 horas após o início dos sintomas, de acordo com certos critérios. Deve ser também ponderada, mesmo após administração de alteplase endovenoso, nos doentes com AVC isquémico selecionados (Powers et al., 2018, p. 28). De acordo com os mesmos autores, a trombectomia mecânica com colocação de *stent* está indicada em situações em que estejam presentes todos os seguintes critérios iniciais: 1) Resultado de 0 a 1, de acordo com a Escala de Rankin Modificada (escala de avaliação funcional); 2) Oclusão causada por artéria carótida interna ou do segmento 1 da artéria cerebral média; 3) Idade ≥ 18 anos; 4) Resultado ≥ 6 , segundo a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS); 5) Resultado ≥ 6 , segundo a *Alberta Stroke Program Early Computerized Tomography Score*, uma escala topográfica quantitativa de Tomografia Axial Cerebral, usada em pessoas com oclusão da artéria cerebral média; 6) Início sintomatológico <6 horas, cujo tratamento deve iniciar-se por meio da inserção de um cateter na região inguinal.

À semelhança do que ocorre na terapia trombolítica endovenosa, a trombectomia mecânica está igualmente dependente do tempo, com tempos de “porta-agulha” mais restringidos e altamente associados a melhores prognósticos (Powers et al., 2018, pp. 26-27).

Em relação à Via Verde Coronária (VVC), assisti a alguns doentes na sala de emergência. A VVC é uma estratégia implementada por todo o país e este programa, coordenado pelo INEM e com outras entidades, permite a melhoria da acessibilidade precoce dos doentes em situação de doença cardíaca aguda aos cuidados. A intervenção imediata conduz-se em ganhos em saúde e na redução dos tempos de diagnóstico e de tratamento. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica têm de ser qualificados e prestados continuamente, oferecendo resposta às necessidades afetadas, cuja finalidade consiste na manutenção das funções básicas de vida, na prevenção das complicações e na redução das incapacidades, objetivando a recuperação total da pessoa (Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho, OE, 2015). Assim, depreendo que, na enfermagem, o cuidar exprime-se na presença intencional e autêntica do enfermeiro com o outro. Por outras palavras, o enfermeiro procura compreender como é que a pessoa com EAM pode ser ajudada/apoiada por meio da identificação das suas necessidades de cuidados e através do estabelecimento de prioridades. Por conseguinte, considero que desenvolvi competências ao nível da intervenção especializada de enfermagem à pessoa com EAM.

Prestei cuidados diferenciados a doentes com EAM e acompanhei-os até à sala de hemodinâmica, tendo-me sido dada a oportunidade de assistir a uma angioplastia com colocação de dois *stents*. Note-se que os doentes com EAM necessitam de um tratamento rápido e adequado, para que se previnam eventos cardíacos secundários, exigindo-se controlo da sintomatologia, revascularização e reabilitação cardíaca. Por esse motivo, o diagnóstico tem de ser rápido, bem como um pronto restabelecimento do fluxo sanguíneo através da desobstrução da artéria obstruída, para que se possa assegurar a perfusão do miocárdio e diminuir o tamanho do enfarte, ou seja, reduzir a área de isquemia (Gallagher & Driscoll, 2012). A angioplastia consiste num procedimento executado no Serviço de Hemodinâmica. Ainda que seja um procedimento seguro, não está livre de riscos, o que implica que as intervenções de enfermagem se centrem na prevenção de complicações, condição *sine qua non* para o estabelecimento de condições seguras.

O processo de avaliação da pessoa em situação crítica também se faz através da utilização do monitor cardíaco, das linhas de monitorização hemodinâmica e das análises laboratoriais. Contudo, “os dados da monitorização não significam nada se não forem somados a achados físicos e analisados de forma crítica pelo enfermeiro” (Azeredo & Oliveira, 2013, p. 44). A monitorização hemodinâmica consiste na monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, usada para avaliar “as pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia da terapia” (Azeredo & Oliveira, 2013, p. 45). Trata-se de um sistema fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, dando início aos registos das pressões. Por conseguinte, na linha de pensamento dos mesmos autores, é de significativa importância que o enfermeiro proceda a uma análise minuciosa do confronto das ondas de pressão que são registadas no monitor, de modo a poder-se detetar quaisquer problemas técnicos que possam interferir nos valores reais da pressão arterial. Assim, deve proceder-se a uma adequação da monitorização à situação clínica do doente, conhecer bem as características da técnica de monitorização e monitorizar para intervir e melhorar (Stephen & Michael, 2014).

Colaborei na colocação de uma linha arterial na artéria radial, segundo o protocolo existente na urgência numa doente com diagnóstico de sépsis. A monitorização intra-arterial é realizada através da introdução de um cateter numa artéria e a ligação deste cateter a um sistema de fluxo de alta pressão, com soro heparinizado.

A cateterização arterial assume um papel determinante na segurança e na elevação da qualidade dos cuidados prestados, pela sua inerente vantagem na vigilância hemodinâmica e conseqüente influência em dados diagnósticos e contributo para a

determinação das intervenções terapêuticas a seguir. A possibilidade de monitorizar a pressão arterial invasiva, bem como a manutenção de um acesso permanente para colheitas que permitem o rigoroso controlo hidro-eletrolítico revela-se por si só uma mais-valia na prestação de cuidados críticos (Caple & Kornusky, 2017).

Num dos turnos realizados no SO tive oportunidade de colaborar numa paragem respiratória, tendo aplicado conhecimentos adquiridos no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e cuidados pós reanimação. Uma pessoa em paragem respiratória evolui rapidamente para paragem cardiorrespiratória, caso nada seja feito, e contrariamente ao que inicialmente se supunha, executar compressões cardíacas externas numa vítima que tem pulso, não causa tanto dano como seria de esperar (*European Resuscitation Council*, 2015). O SAV compreende a utilização de procedimentos terapêuticos, como o uso de terapêutica, abordagem invasiva de via aérea e monitoração cardíaca. Algumas dessas atitudes são de autonomia e aplicação exclusiva do profissional de saúde, como a entubação endotraqueal, a desfibrilação elétrica com aparelho não automatizado e a prescrição de medicamentos intravenosos (Ladeira, 2013). A realização de manobras executadas por SAV requer uma equipa bem treinada, pois a paragem respiratória exige ações rápidas e eficazes, assim sendo melhor executadas em equipa do que individualmente (Marques, Fonseca & Rocha, 2013).

Tendo em conta que no SU a dor é uma realidade complexa e multidimensional, que afeta de forma global a qualidade de vida de qualquer um, o seu controlo é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Assim, fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas. Neste âmbito, recorri à Escala Visual Analógica para avaliar a intensidade da dor e, assim, aplicar medidas de conforto não farmacológicas e farmacológicas para o seu alívio.

O controlo da dor consiste num “direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (...) O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.9). Tendo em conta a sua natureza subjetiva, a dor deve ser avaliada pela interferência que a sua intensidade acarreta ao doente e tem de ser monitorizada com recurso a escalas de avaliação (DGS, 2003, 2010). Segundo o mesmo organismo, a sua completa avaliação inclui também a sua evolução, localização e irradiação, tipo de dor, formas habituais de a comunicar e exteriorizar, fatores de alívio e agravamento, de a contornar, conhecimento sobre o tratamento e o uso de analgésicos, bem como o seu efeito e as repercussões em termos emocional, espiritual e sintomas associados. Grande parte das situações de cuidados de saúde têm dor associada, sendo da competência dos profissionais de saúde desenvolver

uma abordagem eficaz (DGS, 2003). Neste sentido, o enfermeiro tem o dever de avaliar a dor na pessoa em situação crítica, identificar e planear intervenções ajustadas ao seu controlo, intervindo ao nível da sua gestão (OE, 2008).

Sendo a dor um sintoma e um sinal comum e angustiante na pessoa em situação crítica, se esta não for controlada, poderá colocar a pessoa em risco de vivenciar consequências fisiológicas e psicológicas adversas. Assim, procurei controlar a dor, o que assumi como prioritário, dado que esta influência a estabilidade clínica da pessoa em situação crítica. Não obstante, a dor, como preconizado pela DGS (2003), é o 5.º sinal vital, o que implica monitorização e vigilância sistemáticas, espelhando uma norma de boa prática quando a sua presença e a sua intensidade são sistematicamente consideradas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003; OE, 2008). Por conseguinte, refiro que avaliei e registei sempre a dor, bem como as mudanças comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais. Tive sempre em consideração que a subjetividade intrínseca à dor, mesmo realizada sob a forma de heteroavaliação, não nos permite subestimá-la ou subvalorizá-la.

Neste âmbito, considero ter mantido sempre uma relação empática com os doentes, no sentido do alívio da sua ansiedade, tendo adaptado a minha comunicação à pessoa a quem prestava cuidados. A *American Medical Association* (AMA, s.d.) reforça que a comunicação centrada no doente é a chave para uma assistência de qualidade. Uma boa comunicação é um imperativo ético, necessário para o consentimento informado e o envolvimento eficaz do doente nos cuidados, bem como um meio de evitar erros, melhorar a qualidade e alcançar melhores resultados de saúde. Procurei estabelecer prioridades de atuação de acordo com a situação, tendo por base as fases do processo de enfermagem, identificar necessidades, planear, executar e avaliar sistematicamente os cuidados prestados. Na minha perspetiva, atuei sempre de forma a estabelecer uma relação empática com a pessoa em situação crítica.

Na sala de emergência a comunicação é uma ferramenta essencial na continuação dos cuidados prestados ao doente crítico, a mesma foi desenvolvida ao longo das semanas utilizando a técnica de ISBAR, esta técnica permite uma uniformização da transmissão de informação pertinente, para segurança do doente.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde trata-se da transmissão de informação entre os profissionais, que se distingue por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (DGS, 2017).

O ISBAR é uma técnica que permite padronizar a comunicação em saúde sendo reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A utilização desta técnica contribui para “(...) a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)” (DGS, 2017, p. 6).

A transmissão de informação ambígua pode ter repercussões ao nível dos diagnósticos, em eventos adversos, tais como erros, tratamentos pouco adequados ou mesmo ineficazes. Uma comunicação ineficaz pode também ser geradora de conflitos entre os profissionais de saúde.

Esta foi uma das competências que pude desenvolver no acolhimento da pessoa em situação crítica na sala de emergência, de forma sistemática. Realizei a avaliação primária e secundária, englobando a monitorização contínua e vigilâncias do doente crítico. No início foi difícil atuar de forma rápida, essencialmente por não conhecer o local dos materiais. Também aquela incerteza “do que poderia entrar pela porta” me fazia sentir ansiosa. Foi com satisfação que, com o decorrer do estágio, consegui prestar cuidados ao doente que chegava à sala de emergência, sendo considerada praticamente como elemento da equipa. Com o decorrer das situações, as dificuldades foram diminuindo e era com calma que realizava a abordagem ao doente.

Tendo em conta que é da competência do enfermeiro especialista “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” procurei, no âmbito deste estágio, zelar pela qualidade dos cuidados prestados. A sala de emergência foi sempre encerrada por mim como uma sala com doentes suspeitos que vinham na sua grande maioria do exterior. Neste sentido, respeitei os protocolos de prevenção e controlo de infeção.

Na sala de emergência tive poucas situações de politraumatizados, sendo a situação mais complexa e na qual colaborei na estabilização de um homem vítima de queda de escada com 3 metros, com traumatismo cranioencefálico (TCE) que, à chegada à sala de emergência, se encontrava inicialmente consciente e desorientado, mas depressa o seu estado de consciência agravou-se. As vítimas de trauma são avaliadas e a prioridade dos tratamentos deve ser instituída, tendo em consideração “as lesões, sinais vitais e nos mecanismos de lesão. O tratamento de doentes vítimas de trauma grave, requer uma rápida avaliação das lesões e instituição de terapêutica essencial à preservação das funções vitais” (Geraldês, 2012, p. 24). De acordo com a mesma autora, a gestão dos cuidados implica uma rápida “avaliação primária, ressuscitação de funções vitais, uma avaliação secundária e

finalmente, a iniciação de um tratamento definitivo”. Deve ser feita uma avaliação da vítima com identificação do risco potencial de vida pela sequência A (via aérea e proteção cervical), B (respiração e ventilação), C (circulação com controlo de hemorragia), D (estado neurológico) e SD (exposição da vítima com controlo do ambiente/temperatura). Na avaliação primária, como preconiza a DGS (2010), o tempo de avaliação tem de ser realizado num período inferior a 20 minutos, devendo ser efetuadas intervenções simultâneas de ressuscitação, seguindo a prioridade ABCDE:

Colaborei com o cardiologista na colocação de um cateter central para administração de medicação na veia jugular à direita, tendo cumprido todos os cuidados protocolados de assepsia e prevenção de complicações, expliquei todo o procedimento a um estudante do curso de licenciatura em enfermagem que se encontrava comigo. O acompanhamento do doente permitiu-me obter uma visão mais global da situação e compreender melhor a implementação dos cuidados.

A emergência interna é uma mais-valia para toda a instituição. Esta é acionada segundo os critérios pré-definidos no CHTV. Neste âmbito, tive a oportunidade de intervir em duas situações. Uma delas refere-se a um jovem tetraplégico e com paragem respiratória, mas que já tinha recuperado à nossa chegada, apresentando uma possível obstrução da traqueostomia. A outra situação foi a de um homem em PCR em manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) quando chegámos, tendo, posteriormente ficado responsável pela medicação e a enfermeira que eu acompanhei ficou com a via aérea. Foram suspensas as manobras após a médica avaliar as comorbidades do doente em questão. Constatei, em ambas as situações, a prontidão e a rapidez com que a equipa médica e de enfermagem se juntam para a correr e se digerirem ao elevador com acesso direto aos serviços. O enfermeiro que está escalado na emergência interna geralmente é o enfermeiro da sala 2 de enfermagem (sala verde), tem que ter o curso de SAV, caso este não tenha essa formação irá outro colega. É seguro afirmar que a situação clínica da pessoa em contexto intra-hospitalar obedece, frequentemente, a um agravamento gradual nas horas que precedem a situação de emergência. Assim, uma intervenção precoce e apropriada pode reduzir a mortalidade e a morbilidade dessas pessoas em situação crítica.

Neste sentido, a intervenção da emergência interna torna-se imprescindível, sendo os enfermeiros o elo primordial na identificação e deteção das situações que possam comprometer a estabilidade clínica ou até mesmo a vida da pessoa, o que implica uma metodologia de trabalho comum, para que se possa responder adequadamente às situações de emergência e às vivências da pessoa em situação crítica. Por inerência, o enfermeiro

deve estar habilitado com conhecimentos, técnicas e procedimentos, relacionais e de atuação. O conhecimento do procedimento sobre a ativação da linha de emergência interna do CHTV, a compreensão do papel dos vários intervenientes na emergência interna e acompanhamento da equipa nesta situação de ativação e consequente colaboração na prestação de cuidados em situação de urgência/emergência fizeram-me tomar ainda mais consciência de que a resposta deve partir de profissionais com treino especializado.

Em relação ao objetivo interagir com pessoa/família em situação crítica, considero que não foi atingido na totalidade em todas as situações, tendo sido, muitas vezes, difícil estabelecer uma relação empática e terapêutica com os doentes. A título exemplificativo, os idosos só querem ter alguém conhecido perto deles, o que torna mais complexa a relação que se possa estabelecer com eles. Por outro lado, neste momento, o SU não autoriza o acompanhamento de familiares, sendo este apenas permitido em casos especiais, como no caso das pessoas com deficiência, daqueles que não se conseguem exprimir e dos doentes com doença terminal. Um enfermeiro no turno da manhã e outro do turno da tarde de 2 em 2 horas fornecem informações à pessoa de referência, ficando este procedimento registado no Sistema ALERT[®].

No SO, os doentes podem comunicar com a família por videochamada ou só por chamada telefónica, com recurso ao *tablet* que existe no serviço, as chamadas para a família podem ser a pedido do mesmo ou da família, no período das 14 às 15 horas, ficando registado no Sistema ALERT[®]. Mesmo através de plataformas informáticas, era notória a felicidade nos olhos da família e do doente quando falavam entre si. Neste contexto quero referir a importância da família, pois os doentes sentem muita solidão e um sentimento de abandono, o que requer suporte psicológico, emocional e espiritual, tendo como interveniente o estabelecimento de uma relação terapêutica como suporte destes cuidados, preservando, assim, a dignidade e diminuindo o sofrimento. A família tem papel significativo para a pessoa que se encontra hospitalizada, uma vez que pode fornecer um suporte psicológico e emocional eficaz ao seu ente querido. Consequentemente e sobretudo numa época em que a família não pode estar presente fisicamente, procuramos apoiar os doentes, dando-lhes todo o apoio psicológico que necessitam, para que não se sintam tão solitários. Este é um eixo que se enquadra nos princípios fundamentais de um cuidado integral e contínuo, que considera as dimensões física, psicológica, cultural, social e espiritual, tendo sempre em conta que, embora a família não esteja presente, o doente e a sua família constituem a unidade do cuidado, sempre com um enfoque sistémico, ajudando a melhorar a sua qualidade de vida, levando-os a adaptar-se á nova realidade e a adquirirem mais suporte para enfrentarem a situação que estão a vivenciar.

É importante salientar que comunicar más notícias gera ansiedade, tristeza e medo nos familiares e em nós próprios. Um estudo indica que o conhecimento prévio da família é importante no planeamento de uma comunicação adequada e a comunicação não-verbal é recomendada para lidar com as respostas emocionais causadas por um mau prognóstico. Além disso, o uso do silêncio é necessário, pois a família necessita de processar o diagnóstico. Se sente a necessidade de chorar, é recomendado dar-lhes tempo para expressar os seus sentimentos (Oczkowski, Chung, Hanvey, Mbuagbaw & You, 2016). De acordo com os mesmos autores, através de uma comunicação efetiva e sincera, a família acaba por superar de forma mais fácil o desespero, assumindo-se assim a comunicação como um forte suporte para o profissional de saúde que transmite a má notícia. Como tal, considero que as competências comunicacionais são importantes para potenciar o bem-estar da família, bem como para melhorar a nossa própria qualificação profissional. Amaral (2013) reforça que o recurso a um modelo de transmissão de más notícias é fundamental, pois permitirá a criação de um clima de empatia, credibilidade e confiança, esclarecendo-se a família, validando-se a compreensão da informação, assim como permitir-se-á suporte emocional e empático à família.

Na enfermagem, a comunicação faz parte integrante da prática, quer como recetor quer como emissor. Durante a atividade profissional espera-se que se tenha a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com os doentes e família, quer com toda a equipa multidisciplinar na qual se insere. Campos (2017) refere que a capacidade de compreender é fundamental no processo de relacionamento interpessoal, sendo a comunicação um processo que pode permitir ao enfermeiro estabelecer uma relação humana e, por conseguinte, ajudar os doentes e as suas famílias à superação da experiência da doença, bem como do sofrimento e ajudá-los a encontrar o significado da mesma experiência. Na minha opinião, devemos adotar uma postura de disponibilidade para com a família, demonstrando capacidade de escuta, ter uma atitude de confronto e, principalmente, ter conhecimento do grau de informação que a família possui sobre o estado do doente, conduta esta que sempre procurei manter ao lidar com a família dos doentes, mesmo que não fosse presencialmente. Reitero que a comunicação de más notícias aos doentes e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes tarefas com que se deparam as equipas de saúde. Ao longo do estágio, atuei de acordo com os princípios éticos que regem a nossa prática profissional, respeitando a individualidade e autonomia do doente/família, de forma a aliviar o sofrimento e maximizando o conforto e o seu bem-estar. Neste âmbito, refiro a importância do conforto holístico, definido como a experiência

imediate de resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2010).

Durante o estágio, sempre que possível, pautei a minha ação na comunicação com o doente/família, como preconizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, a respeito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que, no seu artigo 2.º, “a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (p. 19359). Procurei aliviar o sofrimento do doente, “maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (artigo 4.º, Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19360), estabelecendo, deste modo, uma relação terapêutica, desenvolvi uma relação terapêutica com o doente/família em situação crítica, respeitando as suas crenças e cultura, esclareci dúvidas, medos e anseios, bem como desenvolvi habilidades comunicacionais em situações de stresse e habilidades relacionais na comunicação de más notícias.

Importa também salientar a importância da comunicação no SU. Em situações de emergência, muitas vezes a abordagem técnica sobrepõe-se à comunicação com o doente, esquecendo que este se encontra consciente e a perceber o ambiente à sua volta. A comunicação é um instrumento extremamente importante no processo de cuidar, no sentido de fortalecer o vínculo com o mesmo. Uma comunicação eficaz no SU é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica que deve existir entre o doente e equipa. A comunicação é parte essencial das boas práticas dos profissionais de saúde e é a base para a construção de um relacionamento de confiança que irá melhorar muito o cuidado prestado e ajudar a reduzir a ansiedade e o stresse dos doentes e suas famílias. Como tal, foi muito importante desenvolver as minhas competências comunicacionais, ao longo do estágio, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com os doentes e membros da equipa que integrei. Uma comunicação eficaz é um componente-chave para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo que os doentes compreendam o que está a acontecer e se ajustem às novas situações (Caswell, Pollock, & Harwood, 2015). Uma boa comunicação resulta numa maior sensação de bem-estar, promoção da esperança, conforto e diminuição de sentimentos de angústia experienciados pelos doentes e pelas famílias que recebem más notícias, como o caso que descrevi.

Neste relatório não poderia deixar de me referir à minha experiência na área COVID-19 do SU.

O meu primeiro turno deste estágio foi cumprido nesta área específica, mas não constituiu novidade, uma vez que, no meu exercício profissional, na Unidade de Diálise do CHTV, também cuidamos de doentes COVID-19 positivos, cumprindo todos os critérios de segurança e proteção dos doentes e dos elementos da equipa multidisciplinar, definidos pela CCIRA do CHTV. No entanto, aqui no SU do CHTV, pela enorme quantidade de doentes admitidos e pela exiguidade do espaço e sub-dotação das equipas multidisciplinares, a realidade que experienciei foi avassaladora. Nesse primeiro dia de estágio, por exemplo, chegámos a atender e cuidar, em simultâneo de trinta e cinco (35) doentes, na área denominada “gripe 1 e 2” dotada com, apenas, dois enfermeiros!

Para mim, esta foi uma lição de sobrevivência, no meio do caos, onde os profissionais de serviço se desdobravam e empenhavam em prestar os melhores cuidados de saúde, possíveis, em condições caóticas, num espaço exíguo, com salas pequenas para tantos doentes, sem condições da vigilância apertada necessária, sem privacidade, onde alguns cuidados, por exemplo, tinham que ser prestados no corredor, onde não existia espaço para mais macas!

Atualmente, felizmente, as condições da área Covid-19 foram melhoradas, com ampliação do espaço e alocação de mais um elemento de Enfermagem por equipa.

Apesar de terem sido momentos extremamente difíceis e complexos constituíram, sem dúvida, uma experiência enriquecedora e representaram uma fonte excepcional de aquisição de saberes e competências, nas diferentes funções da Enfermagem, o que se afigura de vital importância para o aprimorar da prestação de cuidados de qualidade e humanizados, contribuindo para uma ainda maior e melhor compreensão e integração do doente e da sua condição e dimensão como indivíduo e pessoa, num ambiente seguro e com a privacidade necessária. Só assim é possível responder de forma organizada, eficaz e eficiente, às necessidades, em saúde, à pessoa em situação crítica. Foi desta forma que tive também a oportunidade de refletir e me colocar em papéis que nunca antes tinha vivenciado. Neste contexto foi também essencial o meu autoconhecimento e a noção das minhas virtudes, qualidades e limitações, conseguindo selecionar criteriosamente as situações de intervenção ativa, daquelas em que se me impunha o papel, igualmente fundamental, de observadora atenta e crítica.

Na UCIP também desenvolvi a competência Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, passo a descrever os objetivos e atividades que desenvolvi nesse sentido.

Segundo a DGS (2003, pág.5) unidades de cuidados intensivos “são locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais”. A sua Pessoa Em Situação Crítica – O Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista a prática assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e tecnológicos), assegurados em função das necessidades dos doentes, vinte e quatro horas por dia

No âmbito da competência específica propus a concretização dos seguintes objetivos específicos na UCIP:

- a. *Desenvolver competências para cuidar do individuo critico/ventilado em cuidados intensivos*
- b. *Desenvolver, aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar habilidade na prestação de cuidados ao doente crítico com monitorização hemodinâmica invasiva (MHI) e administração de terapêutica através de acessos centrais*
- c. *Desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao doente crítico com nutrição entérica e parentérica*
- d. *Desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao doente crítico em morte cerebral enquanto potencial dador de órgãos*

As UCI “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p 6). Ser enfermeiro em cuidados intensivos é um desafio muito grande, este encontra-se 24 h com um doente em estado crítico, cujo futuro depende, não só, mas também dos 62 cuidados de enfermagem prestados. Para Silva e Lage (2010, p. 7) ser enfermeiro em Cuidados Intensivos é “(...) uma conquista a cada minuto; uma descoberta contínua alimentada pela perspicácia que se tem e que se aprende; um ambiente que atordoa familiares e doentes ... no meio de tantos fios e cabos e tecnologia; um sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação, na orientação espaço-temporal de alguém que acorda de um sono/pesadelo; um sentimento de derrota quando sentimos a pessoa “fugir” de cada cuidado, de cada fármaco, de cada intervenção; ter muito conhecimento e estar sempre atualizada para manter a excelência dos cuidados que presta, no saber-ser/estar, saber-fazer e no saber-saber!”.

No estágio tive oportunidade de cuidar de doentes críticos na sua globalidade, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, desde a preparação da unidade, receção do doente, avaliação primária e secundária, monitorização e vigilância contínua de parâmetros

vitais, assim como a elaboração dos respetivos registos, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da monitorização invasiva. Os diagnósticos médicos mais comuns durante o meu estágio na unidade foram *status* pós COVID-19, *status* pós PCR (paragem cardiorrespiratória), vários doentes politraumatizados, doentes neurocríticos, pós cirurgia craniana exérese tumor cerebral, pós-operatório de colecistectomia e pós-operatório de cirurgia maxilo-facial. A decisão de internamento cabe sempre ao médico intensivista que, após a tomada de decisão, comunica à equipa. A saída do doente da unidade pode efetuar-se das seguintes formas: alta clínica, transferência intra/ inter-hospitalar ou óbito.

A admissão requer uma preparação minuciosa da unidade. O enfermeiro tem que testar o ventilador, verificar o funcionamento do insuflador manual, da rampa de oxigénio e do sistema de aspiração. Os cabos de pressão para avaliação da tensão arterial, da saturação de oxigénio e da linha arterial são conectados ao monitor e este é testado. De seguida, verifica-se se a balança da cama está operacional e escreve-se na cama a tara e a identificação da pessoa nos locais destinados. O peso inicial do doente é muito importante pois permite a monitorização do peso, conjuntamente com outros parâmetros, tais como o balanço hídrico, que é um parâmetro importante para a avaliação do estado nutricional do doente crítico. O conhecimento prévio do doente e da terapêutica necessária no imediato facilita o processo de admissão. Posteriormente ao chegar o doente devemos fazer o acolhimento à pessoa, preparar o material e auxiliar a equipa médica na execução de alguns procedimentos invasivos, caso sejam necessários como a entubação orotraqueal, colocação de CVC e a linha arterial. Só após a realizar de Rx de controlo e confirmação é que tudo está bem e que se iniciam as perfusões pelo CVC.

Após a estabilização do doente e de acordo com o modelo teórico que vigora na instituição o da Virgínia Henderson, o enfermeiro identifica, planeia, controla, coordena e avalia os cuidados prestados desde admissão até à alta. Esses registos são efetuados no diário de enfermagem.

Importa referir que, tendo em consideração o ambiente que se vive em cuidados intensivos, é muito frequente que se prestem cuidados de acordo com um modelo biomédico “no qual os enfermeiros atribuem todas as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração direta com a medicina” (Silva, 2007, p. 11), o que nos leva a refletir acerca da importância da individualização dos cuidados de enfermagem, o que, em conformidade com Silva, Souza e Tavares (2007, p. 56), “uma assistência individualizada é, em muito, dependente dos esforços que os profissionais do cuidar dispensam para interpretar as mensagens verbais e não-verbais expressadas pelo doente”.

Os referidos autores enfatizam a comunicação terapêutica como o momento em que o enfermeiro manifesta que a sua prioridade é a valorização do doente como ser humano, “o que engloba o compreender e ser compreendido”, tendo sido este o lema por mim seguido ao longo do estágio, indo ao encontro do Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais Virgínia Henderson, que destaca a importância de que quando o enfermeiro age como intermediário “na função de ajudar o doente a comunicar (...)”, este está a desenvolver um dos aspetos mais importantes dos cuidados de enfermagem. A qualidade dos registos e dos relatos verbais do enfermeiro é “uma prova decisória da sua competência” (Henderson, 2004, p. 56-57). Para a autora “(...) a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais (...)” (Henderson, 2004, p. 7).

A maioria dos doentes na UCIP é admitida por falência respiratória necessitando obrigatoriamente de suporte ventilatório, sendo a sua permanência variável. Nos doentes submetidos a ventilação mecânica por mais de 7 dias e que não seja expectável a sua recuperação, é realizada uma traqueostomia, permitindo, assim, evitar a traqueomalácia e/ou lesão das cordas vocais.

Os doentes internados em UCI em algum momento podem precisar de uso de dispositivo de via aérea que substitua ou auxilie na manutenção da sua ventilação. O uso do tubo orotraqueal (TOT) e/ou cânula de traqueostomia são os principais instrumentos para a referida manutenção, possibilitando instalar o oxigénio, a remoção de secreções e a ventilação mecânica (Pinto, Schons, Busanello & Costa, 2015). A ventilação mecânica substitui a atividade espontânea da ventilação por incapacidade de o doente manter essa mesma função vital (Miguel & Mendes, 2020). Como tal, o enfermeiro deve conhecer o ventilador, o seu funcionamento e os parâmetros modificáveis no mesmo, sendo necessário interpretar alarmes e atuar atempadamente, de modo a evitar complicações.

A prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva quer por TOT ou traqueostomia também foram um novo desafio, prestar cuidados a um doente ventilado foi uma experiência gratificante e inquietante pela sua complexidade e desconhecimento para mim, bem como os modos ventilatórios e o ajuste de parâmetros face aos resultados gasométricos e desadaptação do doente. O Enfermeiro tutor foi um agente facilitador deste processo, adotando estratégias que dirigiram o estudo. Optei por um estudo mais aprofundado e partilha/reflexão com o Enfermeiro tutor sobre o que tinha estudado/pesquisado, o que me permitiu validar e consolidar a informação, focando-me num conhecimento mais sustentado.

Foi fundamental para a minha aprendizagem a intervenção de forma ativa na manutenção dos cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva. Este procedimento serve para ajudar ou, por vezes, substituir a respiração espontânea, quando esta se encontra afetada por: insuficiência respiratória, compromisso das trocas gasosas em algumas intervenções cirúrgicas ou profilaxia de falências multiorgânicas (Cordeiro & Menoita, 2014). No decorrer do estágio, a minha capacitação para lidar com doentes ventilados e a autoconfiança aumentaram o que permitiu um trabalho mais consistente. A adoção de “bundles” na prevenção da pneumonia associada à intubação foi sem dúvida uma preocupação constante (lavagem das mãos antes e após os procedimentos; a elevação da cabeceira entre 30° a 45° (se for permitido); avaliação da pressão do *cuff* (entre 20cmHg a 30cmHg); aspiração de secreções no TOT com técnica asséptica e na orofaringe; aplicação de clorhexidina em gel uma vez por turno; drenagem do condensado retido no circuito do ventilador mantendo o correto posicionamento das traqueias; monitorização do conteúdo gástrico de 4/4 horas e o posicionamento da SNG, tendo em conta o procedimento da unidade e a Norma da DGS n.º 021/2015 atualizada em 30/05/2017. A utilização das “bundles” na prevenção da pneumonia associada à intubação tem como objetivo reduzir a variabilidade de práticas, orientando os profissionais de saúde para as que se encontram em conformidade com a atualidade científica, com diminuição das taxas de incidência de infeções associadas à ventilação mecânica, bem como promovem a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, resultam num melhor prognóstico do doente crítico. A “bundle” é uma estratégia que se baseia em evidências que podem prevenir e/ou diminuir o risco de complicações (Cruz, 2018).

Nos doentes traqueostomizados, além dos cuidados já referidos, prestei cuidados inerentes à traqueostomia, ao estoma e à pele envolvente, não descordando a limpeza e substituição da cânula interna. Nos doentes traqueostomizados também aprendi os cuidados com válvula fonatória e com o *cuff*, a importância de manter o *cuff* insuflado quando fazemos o ambu e de o desinflar quando colocamos a válvula fonatória, caso haja um esquecimento o doente pode sufocar.

A ventilação por pressões positivas ocorre a insuflação de ar nos pulmões. Não sendo processo fisiológico, podem ocorrer complicações como, barotrauma, auto peep, pneumotórax hipertensivo, efeitos gastro intestinais e cardíacos, aumento da PIC, PAV, ansiedade, entre outras (Miguel & Mendes, 2020). O meu foco passou pela identificação das diferentes modalidades ventilatórias e compreender os problemas passíveis de serem corrigidos por nós. Procurei reconhecer/compreender os indícios de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma monitorização da função respiratória e

avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação, bem como no desmame da ventilação de suporte, passando de forma progressiva para ventilação espontânea. Percebi qual a importância de promover uma pré-oxigenação antes de proceder à aspiração de secreções, impedindo assim a inadequação respiratória súbita do doente e conseqüentemente instabilidade hemodinâmica.

Segundo Monte (2020), a sedação da pessoa em situação crítica deve ser evitada, sempre que não exista uma condição clínica mandatória para a sua instituição, sendo que esta se associa a um aumento no tempo da ventilação mecânica, do tempo de internamento e da taxa de mortalidade nas UCI.

A manutenção de doentes ventilados em cuidados intensivos é realizada habitualmente com recurso a sedoanalgesia. Várias são as hipóteses terapêuticas existentes, contudo as mais utilizadas são o propofol e o alfentanil e midazolam. A manutenção adequada do grau de sedação é essencial para a qualidade da prestação de cuidados. Como tal é imperativo a sua monitorização que, neste serviço, se realiza com recurso da escala *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS).

Uma outra forma de monitorizar o grau de sedação dos doentes é o Índice Biespectral (*Bispectral Index System*, BIS), que permite avaliar e monitorizar o nível de sedação do doente. O BIS é avaliado através de elétrodos com gel condutor aplicados na região frontoparietal do doente que transmitem o traçado eletroencefalográfico para um monitor. A interpretação dos valores fornecidos permite determinar o grau de sedação do doente bem como o índice de qualidade do sinal emitido, o que permite validar a fiabilidade dos dados fornecidos. Apesar de amplamente instituído em ambiente de bloco operatório, com inúmeras vantagens cientificamente comprovadas, em cuidados intensivos ainda não foi estabelecida evidência científica que suporte benefícios do seu uso uma vez que existem vários fatores que interferem com a normal avaliação de BIS, nomeadamente alterações neurológicas.

Num ambiente em que a maioria dos doentes se encontra ventilada, logo sedada e analgesiada, a avaliação da dor é realizada pela Escala de Campbell Modificada (ESCID) e a Escala Visual Analógica (EVA), a frequência varia muito, sendo que a primeira avaliação deve ser realizada durante a primeira hora ou na chegada do doente (após a estabilização do doente), a segunda avaliação deverá ser realizada durante um procedimento considerado doloroso (ex. aspiração de secreções, posicionamento, etc.), ou sempre que haja alteração do estado, necessidade de avaliar a atitude terapêutica tomada,

farmacológica ou não farmacológica (ex. alteração da velocidade de perfusão de analgésico, massagem), ou outras tidas por pertinentes.

Utilizei as várias escalas de análise da dor e realizei pesquisa para adquirir competências teóricas e para poder fundamentá-las na prática. Geri a analgesia prescrita, potenciando bem-estar ao doente. Na UCIP, os doentes estão maioritariamente com analgesia contínua, o que facilita o controlo da dor, no entanto aprimorei e fiquei mais atenta a sinais e sintomas que alertem para o facto de o doente ter dor ou não.

Em conformidade com Andersson et al. (2017), os profissionais de saúde precisam de ter um maior conhecimento sobre a importância da classificação e gestão da dor em cuidados intensivos. Uma parte vital da gestão da dor na UCIP é a avaliação contínua dos resultados do tratamento para prevenir a dor intensa e o sono perturbado. A complexidade da dor e da sua gestão requer compromisso, tempo e conhecimento por parte da equipa de saúde. A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) refere que "(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados". Como tal, a dor e todo o fenómeno doloroso consiste num complexo em que o doente se encontra no seu centro e o enfermeiro possui capacidades e competências capazes de atuar de forma determinante nesse fenómeno. Barr, Fraser, Puntillo, Ely, Gélinas, Dasta et al. (2013) mencionam que a capacidade de avaliar a dor do doente com fiabilidade configura-se como a base para um tratamento eficaz da mesma. Devido à sua subjetividade, consiste num dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, todavia, o desenvolvimento e a constante procura pelo aperfeiçoamento do conhecimento permitem-nos gerir a dor de forma mais diferenciada, um indicador de qualidade da prática de enfermagem.

A comunicação assume-se como uma importante "arma" para a prestação de cuidados de enfermagem. Numa UCI, a maioria dos doentes apresenta alterações do estado de consciência e/ou estão sedados, o que compromete a comunicação e exige do enfermeiro estratégias adaptativas. A necessidade de comunicar com o doente permitiu desenvolver competências na gestão da comunicação, na aplicação de estratégias facilitadoras da mesma e na relação terapêutica com a PSC. Nomeadamente, no doente sedado, foi importante falar com ele com tom de voz sereno, orientá-lo em termos de espaço, tempo, dar ânimo e força e o mais importante era o toque. Na pessoa consciente, mantive as mesmas estratégias e procurei a sua interação.

Neste contexto assume toda a relevância o cuidado humanizado, isto é, cuidados centrados no doente, tendo sempre em conta as suas necessidades individuais e se

possível possibilitar que tome decisões sobre os cuidados recebidos. Um cuidado de saúde incompleto é aquele que não abrange uma intervenção no âmbito da comunicação que responda a situações do carácter físico e emocional (Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015). Partindo do pressuposto que a comunicação possibilita aos enfermeiros compreender as necessidades da pessoa cuidada, é relevante refletir-se sempre sobre a importância da comunicação no processo do cuidar humanizado em UCI. É indispensável que a relação entre o enfermeiro e o doente assente na empatia, compaixão, humildade e respeito, assegurando os princípios éticos como forma de garantia da verdade sobre a condição do doente, o respeito pela autonomia e o processo de tomada de decisão (Nunes, 2013).

Na UCIP2, devido à pandemia, as visitas estão restritas, sendo que todos os dias é efetuada uma chamada pelo médico responsável para a pessoa de referência do doente. Sempre que o caso clínico o justifique é permitido uma visita ou duas por semana.

O envolvimento da família/pessoa significativa não deverá ser descurado, devendo o enfermeiro acolher a família de forma calorosa, mostrar disponibilidade e prepará-la para o que irá encontrar, nomeadamente os tubos, monitor, ventilador, cateteres, para tentar minimizar a ansiedade destes. Pode acompanhar o processo de entrada na Unidade da esposa de um doente, expliquei-lhe como o iria encontrar o seu familiar e o impacto que poderia ter, expliquei-lhe a necessidade de todo o equipamento de forma clara e simples, visto que o ambiente de uma UCI poderá ser aterrorizador. Baião (2017) refere que a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a família/pessoa significativa deve basear-se na intencionalidade de ajuda e suporte, como forma de atender às necessidades da família/pessoa significativa do doente, relacionadas com a experiência do internamento do doente em ambiente crítico. O internamento numa UCI configura-se como um evento inesperado da PSC, resultando em modificações significativas na componente e estrutura familiar. Por tal, é essencial que o enfermeiro considere também a família como foco da sua prestação de cuidados (Baião, 2017).

As patologias mais frequentes nos meus doentes foram politraumatizados com fraturas diversas e suspeita de TVM. Nestes doentes, os cuidados passam por prevenir o aparecimento de lesões secundárias, pois se não tivermos em conta o risco estas podem advir de uma má prática. As mobilizações e posicionamentos, quando indicados, foram realizados em bloco, necessitando de estabilização cervical, sendo necessárias no mínimo 5 pessoas nas mobilizações. Um dos cuidados principais nestes doentes e em todos em geral era a prevenção de complicações relacionadas com a imobilização, como o risco de desenvolverem úlceras por pressão e alterações neuro circulatórias. Como tal, a avaliação do risco de úlceras por pressão é um dos procedimentos que também tem relevante

importância no que concerne à integridade cutânea. Os posicionamentos muitas vezes alteram o estado hemodinâmico e ventilatório, pelo que é muito importante a vigilância permanente da pele e como colmatar eventuais necessidades de posicionamentos. Para isso faz-se a sua monitorização através do preenchimento de impresso de acordo com o *score* obtido na avaliação da Escala de Braden, situação que privilegiei em todos os doentes que me foram confiados, sendo que um *score* inferior a 16 é um doente com risco importante, pelo que o enfermeiro tem que por em prática todas as estratégias ao seu alcance para que não haja agravamento da sua situação.

Apliquei compressão pneumática nos membros inferiores até poderem iniciar heparina de baixo peso molecular e, posteriormente, meias de compressão. A síndrome compartimental também pode ter desenvolvimento nestes doentes que estão muitas vezes com gessos ou talas gessadas, o que implicou que avaliasse os sinais de perfusão tecidual.

Os doentes neurocríticos são frequentes nas UCI principalmente os em situação de pós-operatório em que a vigilância nas primeiras horas se torna fulcral. O doente neurocrítico é o doente com lesão cerebral aguda severa provocada por TCE, hemorragia subaracnoideia, hemorragia cerebral, infeção do sistema nervoso central, mal epilético, pós-operatório de neurocirurgia, lesão vertebromedular e doentes em morte cerebral (Feijó, 2020).

A avaliação neurológica deve ser estruturada e abrangente, para que a mesma seja realizada com rigor e simplicidade, a frequência varia de caso para caso e conforme evolução clínica. Durante os turnos, avaliei com recurso à Escala de Coma de Glasgow, posição e movimento dos olhos o tamanho e a reação pupilar. Durante a avaliação, se houvesse alguma alteração em relação à avaliação prévia, a mesma era comunicada ao médico porque era sinal de deterioração do estado neurológico.

Os doentes neurocríticos, para além dos cuidados gerais do doente ventilado de modo mantermos a perfusão cerebral pela otimização da ventilação, requerem cuidados específicos nos posicionamentos, estes devem ser suaves, devemos manter o alinhamento axial, cabeceira a 30º- 45º, deste modo favorecemos a pressão de perfusão cerebral e mantemos a pressão intracraniana.

Um dos doentes neurocríticos que me foi atribuído tinha uma derivação ventricular externa. Uma derivação ventricular externa é um dispositivo usado em neurocirurgia no tratamento de hidrocefalia de modo a evitar o aumento da pressão intracraniana quando a circulação normal de líquido cefalorraquidiano no cérebro se encontra obstruída, sendo a sua função desviar o líquido dos ventrículos do cérebro e monitorizar a PIC. A drenagem é

quantificada num dispositivo de sistema fechado prevenindo o refluxo de líquido aos ventrículos. A PIC é uma situação clínico-patológica onde a pressão aumenta como consequência da presença de três componentes: o componente parenquimatoso composto pela estrutura encefálica, o componente formado pelo líquido, LCR (líquido cefalorraquidiano) nas cavidades ventriculares e do espaço subaracnoide e o componente vascular. O valor normal da PIC varia de 0 a 15 mmHg, sendo avaliada com a pressão líquórica intraventricular com o doente em decúbito dorsal e com a cabeça levemente elevada (Arruda, Calheiros, Sales et al., 2017, p. 63). A gestão da PIC é essencial por parte da equipa de enfermagem, que pode executar intervenções específicas para a manutenção dos valores de PIC e a diminuição dos mesmos, pretendendo-se valores abaixo de 20mmHg) e, através da vigilância, monitorização e promoção da segurança do doente, pode prever-se e/ou detetar-se precocemente qualquer possível alteração na pressão intracraniana e atuar em conformidade, objetivando a prevenção de lesões secundárias e resultantes complicações transitórias ou permanentes. Os enfermeiros vigiam as alterações e as tendências da PIC, da pressão arterial, pressão arterial média, pressão de perfusão cerebral, oxigenação e função neurológica que podem sinalizar alterações na dinâmica intracraniana, intervindo sempre que necessário (Olson, et al, 2017).

Os cuidados específicos com as derivações são muito específicos e um simples esquecimento de clampar a derivação num posicionamento pode trazer consequências graves para o doente. Devemos manter o doente com a cabeceira elevada de 30° a 45°, o sistema nivelado pelo lóbulo da orelha, correspondendo normalmente a uma altura de 10 a 15 cm de H₂O na coluna de medida da PIC. Nos posicionamentos o sistema deve estar sempre clampado e devemos após o posicionamento “zerar” o sistema, ele deve ficar ao nível do lóbulo da orelha e o orifício de gotejamento da bolsa drenagem, verificando a permeabilidade de todo o sistema e a sua manipulação requer uma técnica asséptica rigorosa. A altura da câmara de drenagem é normalmente ajustada com o objetivo de manter a PIC adequada e controlada para o nível indicado. Os registos devem ser precisos e rigorosos em termos de volume drenado e suas características. Quando o volume drenado altera a sua coloração ou a sua drenagem é acima do estipulado pelo neurocirurgião, ele deve ser contactado.

Nos doentes neurocríticos devemos ter especial atenção também ao controlo metabólico de modo prevenir a necrose neuronal em ambiente de hipoxia e hipo ou hiperglicemia, mantendo a normovolémia.

A monitorização hemodinâmica designa os métodos especializados de avaliar o desempenho cardiovascular. Os métodos mais utilizados em cuidados intensivos são os que

se obtêm através de cateterismos arteriais e cateterismos venosos centrais. A cateterização arterial assume um papel determinante na segurança e na elevação da qualidade dos cuidados prestados, pela sua inerente vantagem na vigilância hemodinâmica e consequente influência em dados diagnósticos e contributo para a determinação das intervenções terapêuticas a seguir.

Neste âmbito e no que diz respeito aos cuidados inerentes aos cateterismos arteriais e venosos centrais, preparei o material necessário e colaborei na sua colocação, remoção e manutenção, tendo em conta os protocolos existentes no serviço. Manipulei o cateter arterial aquando das colheitas de sangue para gasimetrias, para análise de rotina, tendo sempre em conta os princípios de assepsia. Abordei também o cateter venoso central na administração de fármacos, mudança das linhas e todos os sistemas de perfusão segundo o protocolado na unidade.

A colocação de Cateter Venoso Central (CVC) é realizada de acordo com as técnicas de assepsia recomendadas pela DGS. A manipulação do cateter é realizada após a desinfeção das conexões com cloro-hexidina a 2% e os pensos são realizados sempre que conspurcados ou descolados. A realização de pensos é efetuada de 4 em 4 dias em pensos feitos com compressas e adesivo normal e a cada 7 dias se penso impermeável (lavagem com soro fisiológico e desinfeção com cloro-hexidina). A remoção dos cateteres também é ponderada com regularidade, pelo risco de infeção ("Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central).

Nos doentes com instabilidade hemodinâmica geri drogas vasoativas, administrei fluidos como coloides e cristalóides, tendo sempre atenção aos efeitos adversos dos mesmos conseguindo, deste modo, recuperar e manter a estabilidade hemodinâmica do doente. Considero que os desenvolvimentos destas atividades permitiram, a este nível, obter ganhos em termos de competências técnicas e científicas.

Em relação à avaliação da função renal, monitorizei os débitos urinários, vigiei as características da urina, geri diuréticos e quando esta não era eficaz, comuniquei ao médico de serviço. Prestei ainda cuidados inerentes ao cateterismo vesical e efetuei os balanços hídricos, de acordo com o protocolo da Unidade. Demonstrei competências científicas quando geri diuréticos.

A nutrição em cuidados intensivos não deve ser descurada, nem subestimada. Um doente malnutrido em proteínas e calorias correlacionam-se com um aumento da mortalidade e com o compromisso imunitário, atraso na cicatrização das feridas, infeção e falência orgânica (Swearingen & Keen, 2003). Por isso, é de extrema importância iniciar

alimentação entérica ou parentérica o mais precocemente possível de forma a prevenir o agravamento dos défices proteicos e calóricos, otimizando o estado geral do doente e diminuindo a morbilidade que tende a ser progressiva. A nutrição entérica continua é introduzida numa dose basal, inicialmente a 20cc/h e progride 10cc/h uma vez turno, se estiver a tolerar e não apresentar estase, até um débito máximo prescrito que consta no diário médico, inicialmente é a standard passando depois a hiperproteica. Em contrapartida ao aumentarmos o débito de NE vamos diminuindo a perfusão glicose. Outros dos cuidados essenciais é a monitorização da glicemia segundo o protocolo.

Uma das técnicas que não tive oportunidade de explorar foi a hemodiafiltração venovenosa contínua, apesar de trabalhar há muitos anos em diálise e realizar hemodiálise, hemodiafiltração e SLEED, os princípios são os mesmos, mas os cuidados na montagem do CEC e os cuidados durante o tratamento diferem bastante. Assumo que o gosto pelo tema me levou a investigar a técnica, a teoria foi completada com o conhecimento do meu Tutor, mas a curiosidade ainda assim não foi colmatada.

O cuidado com o doente em morte cerebral era para mim um objetivo de estágio, muito inerente à minha atividade diária de enfermagem com doentes insuficientes renais crónicos que realizam tratamento substitutivo da função renal, mas não tive essa oportunidade.

Durante o meu estágio desenvolvi também competência na administração de protocolos terapêuticos específicos em cuidados intensivos. De acordo com o Regulamento 429/2018 publicado em Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 julho de 2018.

Neste contexto são vários os protocolos terapêuticos complexos utilizados na UCIP e no SU do CHTV. Para além da consulta dos protocolos utilizados nos serviços, procurei adquirir/renovar conhecimentos que me permitissem otimizar a gestão destes processos, tendo assim havido a oportunidade de desenvolver esta competência no decorrer do estágio cumprindo, respeitando e gerindo protocolos, como por exemplo o de insulino terapia e controlo da glicémia, de sedo-analgésia e controlo da dor.

A probabilidade de ocorrência de incidente numa UCI e num serviço de urgência é elevada, apresentando vários fatores causais, tendo em conta a complexidade do doente crítico, a organização e complexidade da equipa multidisciplinar, bem como dos protocolos terapêuticos (Pinho, 2020).

Durante o estágio, assumi uma aprendizagem crescente na implementação e prestação de protocolos terapêuticos complexos, o enfermeiro na UCIP tem um papel autónomo na sua realização.

Na implementação destes protocolos importantes torna-se também fulcral a monitorização e avaliação da sua implementação, salvaguardando sempre a vigilância do doente, evitando e antecipando incidentes críticos que possam comprometer a vida e segurança da pessoa.

Todos estes aspetos foram facilitadores da minha aprendizagem e do desenvolvimento de competências, permitindo-me diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, dando respostas de enfermagem apropriadas às complicações. Desta forma, considero que as referidas experiências contribuíram para a aquisição de competências no âmbito na administração de protocolos terapêuticos específicos em cuidados intensivos, tendo alcançado este objetivo com sucesso.

2.2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A evidência demonstra a preocupação, o desejo e a necessidade dos enfermeiros em compreenderem os conceitos e as práticas de enfermagem inerentes à prestação de cuidados numa situação de exceção. Assim, é fundamental munir estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente às situações de exceção.

No âmbito da competência específica propus a concretização dos seguinte objetivo específico:

- *Desenvolver competências na resposta perante situações de catástrofe/emergência multivítima;*

O plano de contingência do SU do CTHV foi revisto em 2019 após ativação dos planos de catástrofe que ocorreram em 2018, como resposta “à necessidade de mobilização e de rentabilização de recursos, no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência extraordinária e significativa de doentes ao Serviço de Urgência” (Plano Hospitalar de Emergência Externa, CHTV, 2019, p. 4). Neste momento, o armário da catástrofe encontra-se na sala de emergência selado, onde consta o próprio plano e todo o material necessário para a mesma ativação e implementação do mesmo. Não tive acesso à organização desse mesmo armário, uma vez que não pode ser aberto. Neste sentido procurei ter acesso ao plano de catástrofe e obter informações junto dos enfermeiros para conhecer a sua

experiência e daí poder adquirir algum *know how*. Todos os enfermeiros da instituição podem ser chamados em situação de catástrofe para auxiliarem na urgência, conforme o serviço em que trabalhem.

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de julho, p. 19362). Em todas as etapas de uma catástrofe, que implica a redução dos riscos e a recuperação, o enfermeiro especialista deve definir a sua posição, desempenhando um crucial papel na elaboração de planos de contingência, na formação da equipa multidisciplinar e da comunidade (Bandeira, Marin, & Witt, 2014). No âmbito hospitalar, o planeamento em situação de catástrofe requer a atuação da equipa de enfermagem em todas as etapas, desde a triagem das vítimas até às transferências das mesmas entre serviços (Bandeira et al., 2014). Por sua vez, o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, prevê que cada SU deve ter um plano de emergência/catástrofe/contingência, o que se constituiu com primordial para a resposta da unidade de saúde a situações multivítimas, sendo também importante que se realizem exercícios de simulação, periodicamente, a fim de que todos os profissionais envolvidos tenham o devido conhecimento sobre o plano e para que este não seja subvalorizado ou até esquecido.

Na UCIP, o estágio foi desenvolvido numa situação de catástrofe, sendo que em março o plano de contingência sazonal 2020/2021 do CHTV encontrava-se no nível 5. Esta ativação do plano de contingência requereu a reestruturação como já mencionei e por essa mesma razão o meu estágio foi na UCIP2.

2.3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No que se refere à competência do EE em EPSC relatada no Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro (2011, p. 8657), da OE, que consiste em maximizar a “...intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, é suposto que um futuro EE em EPSC seja capaz de conceber planeamento de prevenção e controlo de infeção, enquanto cumpre a satisfação das necessidades em contexto do doente crítico. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) da DGS (2007) planeia diminuir a nível nacional a incidência das IACS nas unidades do SNS, com metas de redução de 5%

até 2013, entretanto renovadas e monitorizadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Microbianos da DGS (2017).

No âmbito da competência específica propus a concretização dos seguintes objetivos específicos: *Desenvolver conhecimentos e competências na prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana perante o doente crítico*

A demonstração de conhecimentos específicos na área do controlo de infeção, foi igualmente uma competência desenvolvida, aperfeiçoada, mas não totalmente adquirida, pois ainda há muito que aprender nesta área. Prestei cuidados em todas as áreas da urgência respeitando os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, respeitei os elos da cadeia de transmissão, efetuando os cinco momentos de desinfeção das mãos. Utilizei de forma racional os EPI's de modo a proteger-me a mim e aos doentes.

Esta é uma competência descrita no Regulamento de Competências n.º 429/2018, de 16 de julho (2018, p. 19364), consistindo em maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” Assim sendo, é esperado do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica o desenvolvimento de competências que lhe permitam responder de forma rápida e eficaz ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento de Competências n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018, p. 19364). Saliento, neste contexto, que no SU e na UCIP há uma grande preocupação e empenho da equipa multiprofissional pela cultura de segurança e segurança do doente, dois fatores alicerçais da prestação de cuidados de excelência, nos quais todos os cuidados de saúde se inspiram. Neste período difícil que atravessamos, todos os doentes que entram no SU devem ser tratados como possíveis suspeitos de COVID-19. Todavia, muitas foram as situações em que só foram detetados após realizarem zangaratoa para serem internados.

No serviço de urgência tive a oportunidade de realizar ensinamentos também aos estudantes de licenciatura sobre o controlo de infeção, sempre que detetava que não estavam a cumprir com o protocolo de lavagem e desinfeção das mãos e no controlo de infeção. Procurei sempre que possível transmitir-lhes que a prevenção e o controlo de infeção são de vital importância, tendo em atenção as características do SU e dos doentes, o que implica o cumprimento das normas de controlo de infeção implementadas no serviço.

Assim, tive sempre a preocupação de maximizar a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica.

Tendo por base o objetivo de desenvolver competências na prevenção e controle da infeção e da resistência antimicrobiana perante o doente crítico, durante a prestação de cuidados ao doente crítico monitorizou-se a sua estabilidade hemodinâmica, não se descurou as precauções universais nos procedimentos invasivos para controlo da infeção cruzada (realização de pensos, cateterização venosa e vesical, despejo de drenagens, aspiração de secreções, colaboração na realização de procedimentos médicos...), monitorizando-se a esterilização do material, agindo-se em conformidade com medidas corretivas aquando da quebra na técnica asséptica, protegendo deste modo, a saúde dos clientes e dos próprios profissionais. Neste contexto considero importante mencionar a consciência cirúrgica, uma Regra de Ouro Cirúrgica, que consiste em tratar o outro como gostaríamos que nos tratassem a nós (PHIPPS et al., 2003). Estes cuidados vão ao encontro do Artigo 111.º – Dos Deveres para com a Profissão da DP (OE, 2015), no que diz respeito à adoção de um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão e vise sempre os interesses do cliente, responsabilizando-se o profissional pelas decisões que toma e atos que pratica, protegendo a pessoa de práticas incorretas, carecidas de competência profissional [Artigo 100º – Dos Deveres Deontológicos em Geral da DP (OE, 2015)]. Outro aspeto importante a salientar foi o conhecimento específico na área da higiene hospitalar, designadamente no cuidado no cumprimento dos momentos indicados para a realização da higienização das mãos, de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A higiene das mãos é uma das medidas das precauções básicas mais simples e efetiva na prevenção e redução das IACS, assim como uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010). Assim, pode-se dizer que as práticas realizadas de controlo de infeção centralizaram-se especialmente na prevenção, respeitando-se e cumprindo-se as precauções básicas do controlo de infeção, destacando-se a Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 da DGS, que enuncia que “a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados” (DGS, 2013, p.3) e que a utilização de equipamento de proteção individual deve “proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar” (DGS, 2013, p.5), sendo todas estas medidas destinadas à garantia da segurança dos clientes, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas que entram em contacto com os serviços de saúde (DGS, 2013).

As UCI em comparação com outras especialidades apresentam taxas de prevalência de infeção até 5 ou 10 vezes superior. Nestes serviços, as IACS representam a maior causa de morte, com taxas de mortalidade de 60%, sendo que 40% constituem-se como 40% do total de gastos (Pina et. al., 2013). As IACS nas UCI apresentam uma estrita relação com o plano de tratamento e a necessidade de dispositivos e intervenções invasivas, sendo as mais frequentes a pneumonia associada à ventilação mecânica, a bacteriemia associada ao cateter venoso central, a infeção associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico, representando 80% do total das IACS nas unidades de cuidados intensivos. As IACS comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos doentes, o que justifica plenamente que os enfermeiros devam utilizar medidas de proteção para a sua prevenção e controlo.

De acordo com a DGS (2017, p. 4), as IACS é “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”. Se, por um lado, em cuidados intensivos se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro lado, verifica-se que estes se tornam mais vulneráveis às infeções que podem ser adquiridas, devido ao recurso a procedimentos invasivos, à terapêutica, tendo, por isso, um maior impacto nos doentes críticos (DGS, 2017).

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica num serviço de cuidados intensivos apresenta múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de infeções. Assim, como enfermeira pude intervir nos fatores de risco modificáveis, nomeadamente no que concerne aos comportamentos de risco dos profissionais de saúde.

Durante todo o estágio apliquei diversas medidas de prevenção de IACS, bem como princípios e técnicas de assepsia, contudo neste relatório irei dar destaque à prevenção de IACS mais frequentes.

Importa também referir que a intubação orotraqueal/traqueal e ventilação mecânica representam procedimentos comuns na PSC e riscos acentuados de IACS. Assim, no que se refere a este risco, a DGS (2019, p. 1) elaborou uma norma com os feixes de intervenção de prevenção da pneumonia associada à intubação, com as seguintes medidas:

- “Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;

- Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;
- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O”.

Torna-se fulcral num programa de controlo de infeção a vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados (Pereira, 2020). Como tal, para avaliarmos qualquer tipo de intervenção, esta tem de ser devidamente implementada e registada. Na UCIP temos, como exemplo, as intervenções implementadas para a prevenção da PAV que são registadas no plano de cuidados de enfermagem. Alicerçado aos planos de cuidados, existe também um formulário no serviço que, nós enfermeiros, temos de preencher com a data da colocação, remoção e substituição de dispositivos invasivos.

Considero que maximizei a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção perante “a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, uma competência descrita no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (Regulamento de Competências n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018, p. 19364). Assim sendo, é esperado do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica o desenvolvimento de competências que lhe permitam responder de forma rápida e eficaz ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento de Competências n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018, p. 19364). Por conseguinte, identifiquei as medidas de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, utilizadas pela equipa multidisciplinar na UCIP.

A demonstração de conhecimentos específicos na área do controlo de infeção, tal como já referi anteriormente, foi igualmente uma competência desenvolvida, aperfeiçoada, mas não totalmente adquirida, pois ainda há muito que aprender nesta área. Prestei cuidados respeitando os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, respeitei os

elos da cadeia de transmissão, efetuando os cinco momentos de desinfecção das mãos.
Utilizei de forma racional os EPI's de modo a proteger-me a mim e aos doentes.

Capítulo 3 - Avaliação por Competências

A elaboração deste relatório é o culminar de uma etapa de extrema importância, uma vez que se transformou num percurso de aprendizagem fundamentado, instrumental no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, pretendi partilhar a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e comunicacionais, desenvolvidas ao longo dos estágios, um espaço rico em oportunidades de aprendizagem, que me possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos, competências e habilidades práticas e capacidade de reflexão, intrínsecas ao meu desempenho. Não esquecendo que o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade reflexiva é certamente uma mais-valia ao nível da prestação de cuidados, bem como na minha evolução como profissional crítico-reflexiva, isto é, uma enfermeira que pensa criticamente e reflete acerca da sua prática.

O presente ensino clínico constituiu mais uma etapa importante na aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em EMC, que permitiram a mobilização, aplicação, aquisição e atualização de conhecimentos, direcionados à PSC em contexto de cuidados intensivos.

Assim, passo a avaliar as competências desenvolvidas:

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal a competência foi atingida com excelente.

Os cuidados de enfermagem prestados pautaram sempre pela individualidade e humanização, agindo em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa doente, bem como dos seus familiares ou pessoa significativa. Procurando melhorar e atingir a excelência do exercício profissional, procurei refletir sobre os meus atos, no intuito de reconhecer eventuais falhas que requeiram uma mudança, para além disso procurei sempre fundamentar a minha *praxis* clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente justificadas. Assim, adquiri com sucesso competências no âmbito da garantia da prática de cuidados sob o respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e a prática de cuidados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, considero ter atingido com excelente, tendo em conta as atividades realizadas. Através de toda a minha prática, participei de forma ativa em programas de melhoria contínua da qualidade, colaborando em projetos institucionais na área da qualidade, especialmente na área relacionada com a cultura de segurança do medicamento, nomeadamente com a elaboração do projeto de melhoria contínua no Serviço de Urgência. Para além disso pude também criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. Na UCIP colaborei na elaboração do procedimento Transporte Intra-Hospital do doente crítico e Lista de Verificação e o procedimento de Higiene Oral na pessoa em contexto de cuidados intensivos.

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, tenho agora uma noção mais clara que a gestão de cuidados não é fácil, constituindo para o enfermeiro especialista um desafio. A procura constante da excelência dos cuidados exige ao enfermeiro especialista o melhor trabalho em equipa aliado a uma gestão competente.

Durante o estágio fui autónoma e otimizei recursos, tendo demonstrado a minha capacidade em trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto. Desta forma, como enfermeira especialista desenvolvi competências e conhecimentos que me permitem uma gestão de cuidados, que potencia a excelência dos mesmos.

Em relação ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais é essencial a todo o processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, pois dota-o de instrumentos que potenciam os seus cuidados. Desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, a minha *praxis* clínica especializada foi sempre baseada na evidência científica. Considero que nesta competência atingi um excelente.

Relativamente à competência específica *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica*, esta foi atingida com excelente, sendo esta avaliação feita em função das evidências das atividades realizadas, já anteriormente descritas.

Em relação à competência específica *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*, na minha opinião foi alcançada com excelente. Face à situação pandémica atual pude desenvolver ações, de forma autónoma, em situação de catástrofe. A prestação de cuidados dentro da conjuntura da pandemia

COVID-19, permitiram-me conceber, planejar e gerir os cuidados de forma pronta e sistematizada.

Por último no que diz respeito à competência específica *Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência*, considero que desenvolvi com excelência.

Como enfermeira, possuía conhecimentos sobre as normas de prevenção das infeções nosocomiais, contudo, através da reflexão e observação da dinâmica entre a unidade de cuidados intensivos e a comissão de controlo de infeção, compreendi e assimilei competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista que poderei por em prática na minha prestação diária, a minha prática clínica foi baseada nas normas e protocolos do serviço e institucionais, no que diz respeito à Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos.

Ao longo do estágio desenvolvi competências no cuidar da pessoa em situação crítica. Embora tenha a consciência que não é de um momento para o outro que se adquirem tais competências, mas apenas depois de assimiladas e compreendidas, a experiência acaba por consolidar e aperfeiçoar tais competências. Neste caso, a minha experiência profissional foi uma mais-valia. Após o *terminus* do mesmo, sinto-me mais capaz, uma vez que pude consolidar alguns conhecimentos, no que respeita à observação e antecipação das instabilidades da pessoa em situação crítica, identificando as suas necessidades percebidas, por exemplo, a dor na pessoa que não comunica. É importante referir que concretizei ganhos de competências ao nível da enfermagem especializada, que me permitirão evidenciar capacidades com aplicação prática, para aprender, compreender e me adaptar a novas situações, gerar ideias novas, utilizar uma intervenção eficaz em conformidade com as várias situações com que me possa deparar ao longo da minha prática profissional, sobretudo no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

PARTE II- INVESTIGAÇÃO

NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM ESTADIO 4 E 5 E SEUS PREDITORES

Capítulo I - Enquadramento Teórico

Foi desenvolvida uma investigação na área Nefrologia com doentes com doença Renal Crónica. A escolha o tema recaiu sobre a área onde exerce funções há mais de 20 anos.

O objetivo principal foi descrever os níveis e determinar os preditores de literacia em saúde nos doentes com doença renal crónica, recorrendo a um estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional para o efeito.

Capítulo II- Artigo Científico

NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE NOS DOENTES RENAIIS CRÓNICOS EM ESTADIO 4 E 5 E SEUS PREDITORES

HEALTH LITERACY LEVELS IN STAGE 4 AND 5 CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AND THEIR PREDICTORS

NIVELES DE LITERACIA PARA LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESTADIO 4 Y 5 Y SUS PREDICTORES

RESUMO

Introdução: A literacia em saúde melhora a saúde das populações e permite uma melhor utilização dos serviços. Esta dimensão dos resultados em saúde assume particular relevo quando aplicada à gestão da doença crónica, pelo potencial de impacto que a mesma tem na morbimortalidade e na qualidade de vida.

Objetivos: Descrever os níveis e determinar os preditores de literacia em saúde nos doentes com doença renal crónica.

Métodos: Estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado na Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela Viseu. A análise dos dados teve por base estatística descritiva e foi realizado um modelo de regressão linear multivariado com recurso ao método *Forward*.

Resultados: Foram incluídos 125 doentes, maioritariamente do género masculino (65,4%), com uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). Prevalcem os doentes com literacia em saúde problemática (35,5%), seguindo-se os que revelam literacia em saúde inadequada (31,5%). Nas mulheres prevalecem níveis mais elevados de literacia em saúde inadequada (36,4%) e, nos homens, de literacia em saúde problemática (36,2%). As habilitações literárias e o género são preditores da literacia em saúde com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta=0,47$ e $\beta=0,13$, respetivamente) e a idade com efeitos negativos baixos ($\beta=-0,20$).

Conclusões: Considera-se imprescindível a implementação de estratégias que promovam mais literacia em saúde em pessoas com doença renal crónica, para que adotem comportamentos de adesão e de tratamento com resultados positivos na sua saúde.

Palavras-chave: Letramento em Saúde; Insuficiência Renal Crónica; Doença Crónica; Estudo Observacional.

ABSTRACT

Introduction: Health literacy improves population health and enables better use of services. This dimension of health outcomes is particularly relevant when applied to chronic disease management, due to its potential impact on morbidity and mortality and quality of life.

Objetives: To describe the levels and determine the predictors of health literacy in patients with chronic kidney disease.

Methods: A non-experimental, quantitative, cross-sectional descriptive-correlational study was conducted at the Clarification Consultation of the Dialysis Unit of the Centro Hospitalar Tondela Viseu. Data analysis was based on descriptive statistics and a multivariate linear regression model was performed using the Forward method.

Results: We included 125 patients, mostly males (65.4%), with a mean age of 63.46 years (± 14.64 years). Problematic health literacy prevails (35.5%), followed by inadequate health literacy (31.5%). Higher levels of inadequate health literacy (36.4%) prevail among females, and problematic health literacy (36.2%) among males. Education and gender are predictors of health literacy with moderate to low positive effects ($\beta=0.47$ and $\beta=0.13$, respectively) and age with low negative effects ($\beta=-0.20$).

Conclusion: The implementation of strategies to promote more health literacy in people with chronic kidney disease is essential for them to adopt adherence and treatment behaviours with positive health outcomes.

Keywords: Health Literacy; Renal Insufficiency, Chronic; Chronic Disease; Observational Study.

RESUMEN

Introducción: La literacia para la salud mejora la salud de las poblaciones y permite un mejor uso de los servicios. Esta dimensión de los resultados sanitarios es especialmente relevante cuando se aplica a la gestión de las enfermedades crónicas, debido a su potencial impacto en la morbilidad y mortalidad y en la calidad de vida.

Objetivos: Describir los niveles y determinar los predictores de la literacia para la salud en pacientes con enfermedad renal crónica.

Métodos: Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, transversal descriptivo-correlacional en la Consulta de Clarificación de la Unidad de Diálisis del Centro Hospitalar Tondela Viseu. El análisis de los datos se basó en la estadística descriptiva y se realizó un modelo de regresión lineal multivariante mediante el método Forward.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes, en su mayoría hombres (65,4%), con una edad media de 63,46 años ($\pm 14,64$ años). Prevalen los conocimientos sanitarios problemáticos (35,5%), seguidos de los conocimientos sanitarios inadecuados (31,5%). Las mujeres tenían mayores niveles de conocimientos sanitarios inadecuados (36,4%) y los hombres tenían mayores niveles de conocimientos sanitarios problemáticos (36,2%). La educación y el género son predictores de la alfabetización sanitaria con efectos positivos entre moderados y bajos ($\beta=0,47$ y $\beta=0,13$, respectivamente) y la edad con efectos negativos bajos ($\beta=-0,20$).

Conclusiones: La implementación de estrategias para promover una mayor literacia para la salud en las personas con enfermedad renal crónica es esencial para que adopten conductas de adherencia y tratamiento con resultados de salud positivos.

Palabras Clave: Alfabetización en Salud; Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedad Crónica; Estudio Observacional.

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública e um desafio à escala mundial (Silva et al., 2020). Na última década tem-se registado um aumento significativo de casos de DRC, em distintos contextos, estando relacionado com o envelhecimento da população e com a melhoria da expectativa de vida (Marinho et al., 2017). A hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite primária constituem-se como as principais causas de DRC, mas as disparidades socioeconómicas, raciais e de género também se configuram como fatores determinantes.

Nos países desenvolvidos estima-se uma prevalência da DRC entre 10 a 13% na população adulta, enquanto que, nos países em desenvolvimento prevalece uma limitação e heterogeneidade nos dados de prevalência, não permitindo uma estimativa (Marinho et al., 2017). É expectável que a prevalência de DRC nos adultos com idade superior a 30 anos aumente 16,7% em 2030, no caso concreto nos Estados Unidos. Portugal apresenta uma tendência de crescimento anual de DRC5 D ou T (DRC estadio 5 em diálise ou transplantação) superior à média dos países da OCDE, evidenciando as taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC5 D ou T da Europa (226,7 por milhão de população-pmp e 1824,4 pmp respetivamente em 2015). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2020), em 2019 iniciaram diálise ou foram submetidos a transplante renal, um total de 2673 doentes.

Em Portugal, existe uma Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, Norma 017/2011, atualizada a 14/06/2012), que estabelece que em cada serviço hospitalar de nefrologia tem

de existir uma consulta para o esclarecimento do doente sobre as diversas modalidades de tratamento DRC5. O doente renal crónico deve ser referenciado de forma atempada à consulta de esclarecimento, ou seja, a partir do estadio 4 da doença renal. A implementação desta norma preconiza uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro tem um papel primordial. A sua importância é fulcral, pois é neste momento que o doente é informado e o seu comportamento depende muito da sua literacia em saúde e do conhecimento prévio da doença (Silva et al., 2020)

A literacia em saúde (LS) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, mediante mudanças de estilo e condições de vida. (OMS, 1998)

A Estratégia Nacional de Literacia em Saúde em Portugal, para além de abranger diferentes dimensões da literacia em saúde, abarca a pessoa e os sistemas de saúde, apresentando oportunidades estratégicas de intervenção em contextos associados com diferentes determinantes da saúde (Costa et al., 2019). Em conformidade com a Arriaga et al. (2019, p.7), “as abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”. Seguindo este princípio orientador da Direção-Geral da Saúde, a LS e a comunicação clara entre os profissionais de saúde e os doentes, no caso com DRC, são fundamentais para melhorar a sua saúde e qualidade dos cuidados prestados, bem como para os informar atempadamente sobre a doença e as diferentes modalidades de tratamento.

A literatura atual sugere que a LS é um fator importante no cuidado a pessoas com DRC e pode influenciar o impacto da doença no doente e seus familiares, e a adoção de comportamentos saudáveis. Níveis baixos de LS são comuns entre os doentes com DRC, sobretudo em estadio terminal e têm sido associados a menos conhecimentos sobre a função renal e a diálise. Entre estes doentes, níveis mais elevados de LS têm sido associados a uma maior participação em comportamentos de autogestão, como a adesão à terapêutica (Wong et al., 2018). A corroborar, Stømer et al. (2019) referem que cerca de 25% dos doentes com DRC possuem níveis baixos de LS, o que pode reduzir a autogestão do tratamento e daí advirem piores resultados clínicos. Ao afetar, de forma desproporcional, pessoas com baixo *status* socioeconómico, uma baixa LS pode promover iniquidade em saúde. Neste sentido, os objetivos deste estudo consistem em descrever os níveis de LS nos doentes com DRC; e determinar os preditores de LS em doentes com DRC.

1. MÉTODOS

Trata-se de um estudo não-experimental, quantitativo, transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado na Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

A amostra, não probabilística por conveniência, contou com 125 doentes, que representam 30,48% da população, tendo em conta que recorreram à consulta 410 doentes. Os critérios de inclusão foram: doentes com DRC em estadio 4 e 5; comparência em Consulta de Esclarecimento da Unidade de Diálise do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e que previamente aceitaram participar de forma voluntária no estudo.

A recolha de dados foi realizada com aplicação de um protocolo constituído por um questionário *ad hoc* sociodemográfico e clínico, bem como pelo Questionário *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) traduzido e validado para Portugal por Pedro et al. (2016). Os dados foram colhidos entre o mês de abril e junho de 2021 com recurso a entrevista telefónica ou presencial. A entrevistadora iniciava a entrevista com a apresentação do estudo e a importância da participação no mesmo, referindo que o mesmo era confidencial e anónimo. O consentimento informado foi assinado nas entrevistas presenciais, nas entrevistas telefónicas, foi pedido consentimento, verbal antes do início da entrevista.

O HLS-EU é um instrumento que permite avaliar o nível literacia em saúde. A opção por este instrumento de avaliação resultou de uma apurada revisão da literatura na área temática e porque este já foi incluído em Portugal no consórcio *Health Literacy Survey-EU*, coordenado pela Universidade de Maastricht. Este instrumento é constituído por 47 questões, desenhadas de acordo com um modelo conceitual que integra 3 domínios muito importantes da saúde – cuidados de saúde (16 questões), promoção da saúde (16 questões) e prevenção da doença (15 questões) – e 4 níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização – essenciais à tomada de decisão. A combinação destes domínios com os níveis resulta numa matriz de análise de literacia em saúde com 12 sub-índices que são operacionalizados nas 47 questões do instrumento. Através de uma escala de 4 valores (“muito fácil” ao “muito difícil”), o respondente indica o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. As 47 questões, agrupadas nos 3 domínios e 4 níveis de processamento da informação, permitem categorizar grupos de literacia em saúde em conformidade com pontos de corte. Para garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os 4 índices calculados são uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, onde 0 é o mínimo possível e 50 o máximo possível, de literacia em

saúde. Para os 4 níveis são identificados os seguintes pontos de corte: scores iguais ou inferiores a 25 pontos= literacia em saúde inadequada; scores entre 25-33 pontos = literacia em saúde problemática; scores entre 33-42= literacia em saúde suficiente; e scores entre 42-50 = literacia em saúde excelente. É de idêntica importância referir que este é um instrumento que avalia a literacia em saúde por auto percepção (Pedro et al., 2016).

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (N.º 10/05//03/202) no dia 05 de março de 2021.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 23.0. Os dados foram explorados através de estatística descritiva recorrendo a frequências absolutas e percentuais e a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação - CV, entre outros). Assumiu-se que existia uma dispersão baixa quando $CV \leq 15\%$, moderada quando $15\% < CV \leq 30\%$ e alta quando $CV > 30\%$ (Pestana, & Gajero, 2008). A análise da consistência interna foi realizada através do *Alpha de Cronbach* cujos valores são interpretados como muito boa $> 0,9$, boa entre 0,8 e 0,9, razoável entre 0,7 e 0,8, fraca entre 0,6 e 0,7 e por fim, inadmissível $< 0,6$ (Pestana, & Gajero, 2008). Por fim, o estudo dos preditores foi realizado através de um modelo de regressão linear multivariado com recurso ao método *Forward*. Todas as variáveis sociodemográficas e clínicas foram incluídas no modelo. Apenas foram retidas as variáveis estatisticamente significativas ($p=0,05$). Antes desta análise, os pressupostos de normalidade e multicolinearidade foram confirmados. O teste de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,19$), o achatamento (0,004) e curtose (1,25) atestam que não existe nenhuma violação da normalidade univariada e multivariada (Pestana, & Gajero, 2008).

2. RESULTADOS

A amostra contou com 125 doentes, maioritariamente do sexo masculino (65,4%; $n=69$), com uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 93 anos, ao que corresponde uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). A dispersão assume-se como moderada (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos doentes segundo o género.

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	56	22	93	61,05	16,49	27,01	-1,11	-0,95
Masculino	69	35	88	65,41	12,75	19,49	-1,17	-1,12
Total	125	22	93	63,46	14,64	23,06	-2,09	-0,85

Quanto à caracterização sociodemográfica verifica-se que prevalecem os doentes casados/união de facto (67,2%; n=84), com escolaridade equivalente a 4 anos de escolaridade completos (4ª classe) (33,6%; n=42). A maioria dos doentes coabita com o cônjuge (44,0%; n=55) e residem em meio rural (79,2%; n=99). Predominantemente os doentes encontram-se reformados (42,4%; n=53) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos doentes em função do género.

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	(56	(44,8	(69	(55,2	(125	(100,0))
Estado civil								
Solteiro(a)	7	12,5	4	5,8	11	8,8		
Viúvo(a)	11	19,6	7	10,1	18	14,4		
Casado(a)/União de facto	33	58,9	51	73,9	84	67,2		
Divorciado(a)/separado(a)	5	8,9	7	10,1	12	9,6		
Habilitações literárias								
Analfabeto (ou não frequentou a escola)	6	10,7	0	0,0	6	4,8		
<4 anos de escolaridade	11	19,6	11	15,9	22	17,6		
4 anos de escolaridade completos (4ª classe)	13	23,2	29	42,0	42	33,6		
4 a 9 anos de escolaridade	6	10,7	15	21,7	21	16,8		
Ensino secundário	15	26,8	4	5,8	19	15,2		
Ensino superior	5	8,9	10	14,5	15	12,0		
Agregado familiar								
Sozinho	9	16,1	10	14,5	19	15,2		
Cônjuge	22	39,3	33	47,8	55	44,0		
Filho	9	16,1	3	4,3	12	9,6		
Outros familiares	3	5,4	7	10,1	10	8,0		
Outro não familiares	2	3,6	2	2,9	4	3,2		
Cônjuge e filhos	11	19,6	14	20,3	25	20,0		
Zona de residência								
Rural	45	80,4	54	78,3	99	79,2		
Urbana	11	19,6	15	21,7	26	20,8		
Profissão								
Profissões das Forças Armadas	1	1,8	1	1,4	2	1,6		
Representantes do Poder Legislativo	0	0,0	1	1,4	1	0,8		
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	4	7,1	5	7,2	9	7,2		
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	3	5,4	4	5,8	7	5,6		
Pessoal Administrativo								
Pessoal administrativo	1	1,8	3	4,3	4	3,2		
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	2	3,6	2	2,9	4	3,2		
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	1	1,8	7	10,1	8	6,4		
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	4	7,1	6	8,7	10	8,0		
Trabalhadores não-qualificados	12	21,4	6	8,7	18	14,4		
Desempregado	6	10,7	3	4,3	9	7,2		
Reformado	22	39,3	31	44,9	53	42,4		
Total	56	100,0	69	100,0	125	100,0		

Em relação ao tempo em que os doentes são seguidos na consulta de nefrologia, os dados indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre zero anos e 20 anos, com uma média de 4,63 anos ($\pm 4,80$ anos). No que se refere às doenças associadas, constata-se que mais de metade dos doentes sofre de hipertensão (60,8%; n=76), seguindo-se a diabetes (40,8%; n=51). Apenas 17,6% (n=22) dos doentes já realizou algum tratamento Substitutivo da Função Renal, dos quais 21 realizaram hemodiálise. Todos os doentes mencionaram ter sido informados das diferentes técnicas de substituição da função renal na consulta, cuja opção dialítica mais escolhida foi a hemodiálise (67,2%; n=84), seguida da diálise peritoneal (26,4%; n=33). A sua escolha foi respeitada (100,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização clínica dos doentes em função do género.

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total	
		nº (56)	% (44,8)	nº (69)	% (55,2)	nº (125)	% (100,0)
Diabetes							
Não		34	60,7	40	58,0	74	59,2
Sim		22	39,3	29	42,0	51	40,8
Hipertensão							
Não		27	48,2	22	31,9	49	39,2
Sim		29	51,8	47	68,1	76	60,8
Glomerulonefrites							
Não		53	94,6	65	94,2	118	94,4
Sim		3	5,4	4	5,8	7	5,6
Doença Poliquística							
Não		49	87,5	61	88,4	110	88,0
Sim		7	12,5	8	11,6	15	12,0
Insuficiência Cardíaca							
Não		48	85,7	61	88,4	109	87,2
Sim		8	14,3	8	11,6	16	12,8
Insuficiência Respiratória							
Não		56	100,0	68	98,6	124	99,2
Sim		0	0,0	1	1,4	1	0,8
Obesidade							
Não		44	78,6	57	82,6	101	80,8
Sim		12	21,4	12	17,4	24	19,2
Outras							
Não		46	82,1	59	85,5	105	84,0
Sim		10	17,9	10	14,5	20	16,0
Tratamento Substitutivo da Função Renal							
Não		43	76,8	60	87,0	103	82,4
Sim		13	23,2	9	13,0	22	17,6
Ter alguém na família ou conhecido que realize Tratamento Substitutivo função Renal							
Não		44	78,6	60	87,0	104	83,2
Sim		12	21,4	9	13,0	21	16,8
Se sim, qual o Tratamento Substitutivo função Renal							
Hemodialise		12	100,0	8	80,0	20	90,9
Transplante renal		0	0,0	2	20,0	2	9,1
Opção dialítica escolhida							

Hemodialise	36	64,3	48	69,6	84	67,2
Dialise peritoneal	16	28,6	17	24,6	33	26,4
Transplante renal dador vivo	2	3,6	1	1,4	3	2,4
Tratamento médico conservador	2	3,6	3	4,3	5	4,0
Total	56	100,0	69	100,0	125	100,0

Quanto aos níveis de literacia em saúde, os resultados da consistência interna revelam que o instrumento tem um *Alpha de Cronbach* de 0,98, sendo classificado como muito boa (Pestana, & Gajreiro, 2008). Da análise dos níveis de literacia em saúde constatamos que, no total da amostra, prevalecem os doentes com literacia em saúde problemática (35,5%; n=44), seguindo-se os doentes com literacia em saúde inadequada (31,5%; n=39). Numa análise por género, verifica-se que os percentuais mais elevados de mulheres correspondem às que revelam inadequada (36,4%; n=20) e problemática literacia em saúde (34,5%; n=19). Nos homens, a maioria (36,2%; n=25) apresenta uma literacia em saúde problemática, seguidos pelos que possuem literacia em saúde inadequada ou suficiente, com igual valor percentual (27,5%; n=19, respetivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 – Literacia em saúde dos doentes em função do género.

Literacia em saúde	Género		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	(55)	(44,4)	(69)	(55,6)	(124)	(100,0)		
Inadequada	20	36,4	19	27,5	39	31,5		
Problemática	19	34,5	25	36,2	44	35,5		
Suficiente	9	16,4	19	27,5	28	22,6		
Excelente	7	12,7	6	8,7	13	10,5		

Em relação aos preditores, o modelo de regressão linear multivariado revelou que as habilitações literárias e o género são preditores da literacia em saúde com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta = 0,47$ e $\beta = 13$, respetivamente). A idade também é um preditor, mas com efeitos negativos baixos ($\beta = -0,20$). No global existe uma percentagem de variância explicada de 47% ($R^2 = 0,47$).

Tabela 5 – Determinantes da literacia em saúde em doentes com doença renal crónica

	Coefficientes estandardizados	Intervalos de confiança de 95%	p
Habilitações literárias	$\beta = 0,47$	2,42 a 4,29	<0,0005*
Idade	$\beta = -0,20$	-0,20 a -0,02	0,01*
Género	$\beta = 0,13$	0,002 a 4,54	0,05*

Nota: Os efeitos estandardizados indicam a força das associações (magnitude entre -1 e +1)

3. DISCUSSÃO

As pessoas com DRC tomam decisões quotidianas sobre como gerir a sua doença. A DRC inclui o risco de progressão para doença renal em estadio terminal e o desenvolvimento de comorbilidades, como a doença cardiovascular, que representa a principal causa de morte entre esta população. (KDIGO, 2012). Nesse sentido e para reduzir esses riscos, as pessoas com DRC são recomendadas a seguir um estilo de vida saudável com atividade física, nutrição adequada e adesão a regimes de medicação complexos em todas as fases da doença. (KDIGO,2012). Para gerir a complexidade desta situação de saúde, a LS é considerada fundamental, uma vez que é um conceito multidimensional e compreende uma gama de aspetos cognitivos, afetivos, habilidades sociais e pessoais que determinam a motivação e a capacidade de aceder, compreender e usar as informações em saúde, o que implica capacitar com mais LS as pessoas com DRC (Stømer et al., 2020).

Os resultados do nosso estudo demonstraram um perfil sociodemográfico maioritariamente do sexo masculino (55,2%), com uma idade média de 63,46 anos ($\pm 14,64$ anos). Este perfil é consistente com os dados apontados por Nolasco et al. (2017), que referem que a incidência da DRC aumenta com a idade, especificamente acima dos 30 anos. Também, outros estudos, corroboram estes dados (Wong et al., 2018; Wassef et al., 2018).

Relativamente à caracterização clínica, apurou-se uma média de 4,63 anos ($\pm 4,80$ anos) de seguimento dos doentes na consulta de nefrologia. Quanto às doenças associadas, mais de metade dos doentes sofre de hipertensão (60,8%), seguindo-se a diabetes (40,8%), sendo estes dados consistentes com a literatura que sugere que a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite primária se constituem como as principais doenças associadas à DRC (Marinho et al., 2017; Wong et al., 2018).

Todos os doentes relataram ter sido informados das diferentes técnicas de substituição da função renal na consulta, sendo a opção dialítica mais escolhida a hemodiálise (67,2%) e a sua escolha respeitada. Nolasco et al. (2017) referem que, em Portugal, a hemodiálise continua a representar a principal técnica de substituição da função renal, com 59,7% de doentes prevalentes. Em Portugal, desde 2001, existe uma Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, Norma 017/2011, atualizada a 14/06/2012, que define que em cada serviço hospitalar de nefrologia tem de existir uma consulta para o esclarecimento do doente sobre as diversas modalidades de tratamento DRC5. O doente renal crónico com seguimento prévio em consulta externa de nefrologia deve ser referenciado de forma atempada à consulta de esclarecimento, ou seja, desde o estadio 4 da doença renal. Esta consulta tem como principal objetivo esclarecer o doente e a família acerca das diferentes

modalidades de tratamento e técnicas respetivas. Nesta consulta explica-se em que consiste a doença renal, as suas causas, a evolução da mesma, e esclarece-se o doente sobre cada uma das modalidades e o seu procedimento. A implementação da referida Norma da DGS nos serviços hospitalares de nefrologia preconiza que o esclarecimento do tratamento de substituição renal aos doentes tenha a participação do enfermeiro. Neste sentido, a questão de orientação traduz-se na importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento e na forma como este profissional de saúde ajuda na escolha que o doente realiza, respeitando a sua opção dialítica. A sua importância é fulcral no momento que o doente é informado e a maneira como se comporta depende muito da sua LS e do conhecimento prévio da doença Strand et al (2012, pp. 57).

Em relação aos níveis de LS nos doentes com DRC, os resultados do nosso estudo demonstraram que prevalecem os doentes com LS problemática (35,5%), seguindo-se os doentes com LS inadequada (31,5%). Nas mulheres prevalecem as que revelam níveis mais elevados de LS inadequada (36,4%) e, nos homens, LS problemática (36,2%). Estes resultados são corroborados por Stømer et al. (2019), que concluiu que cerca de 25% dos doentes com DRC tinha baixa LS, o que pode reduzir a autogestão do tratamento e predizer piores resultados clínicos. Todavia, vários outros estudos relataram resultados semelhantes (Fraser et al, 2013; Costa-Requena et al., 2017; Taylor et al., 2017). Mackey et al. (2016) verificaram também baixos níveis de LS em saúde nos doentes com DRC, que, segundo os autores, podem afetar os comportamentos necessários para o desenvolvimento de habilidades de autogestão. Wong et al. (2018) registou que grande parte dos doentes com DRC tinham baixo nível de LS, que estão associados a piores resultados de saúde, sobretudo em doentes em estadio terminal. Nesse sentido e apesar das interações muito frequentes com os sistemas de saúde, os doentes com DRC em tratamento dialítico não apresentam níveis satisfatórios de LS, quando comparados com doentes sem esta patologia. Por conseguinte, é necessário implementar mais estratégias que promovam a LS, o que pode modificar favoravelmente os resultados clínicos.

Adicionalmente baixas pontuações em LS estão associadas a fracos resultados em saúde e à progressão da doença, com baixas médias em filtração glomerular e maior probabilidade de história prévia de distúrbios cardiovasculares associados à hipertensão e à diabetes. Paradoxalmente, as pontuações mais altas em LS estão associadas a comportamentos que aumentam a adesão e menores custos a nível de tratamento (Devraj Borrego et al., 2015; Taylor et al, 2016; Costa-Requena et al., 2017). A relação entre a LS e adesão ao tratamento é mediada pelo conhecimento que o doente tem sobre a doença, ou

seja, a uma LS adequada promove um maior conhecimento sobre a doença renal e favorece comportamentos de adesão e de tratamento (Costa-Requena et al., 2017).

Para além do exposto, os nossos resultados também demonstraram que as habilitações literárias e o género são preditores da LS com efeitos positivos moderados a baixos ($\beta=0,47$ e $\beta=0,13$, respetivamente) e a idade com efeitos negativos baixos ($\beta=-0,20$). Estes dados foram corroborados pelo estudo de Stømer et al. (2019), que conclui que o sexo feminino e uma menor escolaridade foram preditores de menor LS, tendo sido o grupo dos doentes com menor nível de LS, os que coabitavam sozinhos e possuem mais comorbilidades. De igual modo, no estudo de Lambert et al. (2015), o sexo masculino e menor habilitações literárias foram preditores de inadequada LS.

Por fim, importa referir que este estudo possui algumas limitações. Ainda que a amostra tenha obedecido a rigorosos critérios de seleção, os seus resultados não são passíveis de generalização. Nesse sentido, sugere-se a sua replicação em outros contextos nacionais e internacionais. Por outro lado e apesar de todos os esforços, apenas tivemos uma representatividade populacional de 30,48%. Por motivos de ordem temporal não nos foi possível prolongar o período de colheita de dados e consequentemente melhorar este dado

CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu, concluir que a amostra estudada possui um perfil demográfico e clínico, em linha com a população portuguesa; todos os doentes foram informados, em contexto de consulta de esclarecimento, o que traduz um nível elevado de cumprimento da Norma DGS 017/2011, atualizada a 14/06/2012; não obstante este resultado muito positivo, constatou-se que os doentes apresentam níveis de literacia na DRC, muito reduzidos, facto que, de acordo com a literatura, pode condicionar uma fraca autogestão do tratamento e predizer piores resultados clínicos; em adição, conclui-se que os doentes com maiores habilitações literárias e os do género masculino, detêm melhores níveis de literacia associada à DRC.

Em termos de implicações para a prática clínica, estes resultados sugerem a necessidade de investimento em programas que fomentem a aquisição de maior literacia em saúde, vocacionados para os doentes renais crónicos, promovendo o seu *empowerment*. Neste sentido, consideramos que os enfermeiros poderão ter papel determinante na operacionalização destas iniciativas, dado o carácter de grande proximidade, e continuidade no tempo, que caracteriza a sua interação com estes doentes.

Deste modo, poderão acrescentar mais efetividade à sua intervenção ao nível desta dimensão da enfermagem em nefrologia, promovendo uma melhor aceitação da doença, melhores comportamentos de adesão e, por consequência, maiores ganhos em saúde,

traduzidos maior autonomia na escolha da TSFR, em acréscimo da longevidade e qualidade de vida.

Por fim e tendo por base as implicações para a investigação sugerimos a realização de mais estudos nacionais que permitam dados mais generalizados da população portuguesa.

Agradecimentos

Os autores agradecem a contribuição do CHTV e dos doentes que integraram o estudo. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M.T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Portugal 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Costa, A.S., Arriaga, M., Mendes, R.V., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., Peralta, A., Lopes, N.A., Roque, C., & Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. *Port J Public Health*; 2-5, DOI: 10.1159/000500247
- Costa-Requena, G., Moreso, F., Cantarell, M.C., & Serón, D. (2017). Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, 37(2), 115-117. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.001>
- Devraj, R., Borrego, M., Vilay, A. M., Gordon, E. J., Palden, J., & Horowitz, B. (2015). Relationship between health literacy and kidney function. *Nephrology (Carlton)*; 20(5), 360–367. <https://doi.org/10.1111/nep.12425>
- Direção Geral da Saúde. Norma 017 (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Acedido 20/11/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Escoval, A., Amaral, O. & Pedro, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista de Saúde Pública*; 34(3), 259–275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Fraser, S. D., Roderick, P. J., Casey, M., Taal, M. W., Yuen, H. M., & Nutbeam, D. (2013). Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: A

systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*; 28(1), 129–137.
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfs371>

Kidney disease: improving global outcomes. KDIGO (2012) clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease [homepage]. KDIGO; 2013 Jan. Acedido em <https://www.guidelinecentral.com/summaries/kdigo-2012-clinical-practice-guideline-for-the-evaluation-and-management-of-chronic-kidney-disease/#section-society>

Lambert, K., Mullan, J., Mansfield, K. & Lonergan, M. (2015). A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. *Journal of Health Communication: international perspectives*; 20 (Suppl. 2), 16-23. Acedido em <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4312&context=smhpapers>

Levine, R., Javalkar, K., Nazareth, M., Faldowski, R. A., Ferris, M. D., Cohen, S., & Rak, E. (2018). Disparities in health literacy and healthcare utilization among adolescents and young adults with chronic or end-stage kidney disease. *Journal of Pediatric Nursing*; 38, 57-61.

Mackey, L.M., Doody, C., Werner, E.L., & Fullen, B. (2016). Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? *Med Decis Making*; 36(6), 741-59. doi: 10.1177/0272989X16638330.

Marinho, A. W. G. B., Penha, A. da P., Silva, M. T. & Galvão, T. F. (2017). Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cad. Saúde Coletiva* 25, 379–388. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030134>

Nolasco, F. (Coord), Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J.D., Sá, H.O., Sampaio, S., & Matias, A. (2017). *Nefrologia*. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. República Portuguesa. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>

Pedro, A.R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista de Saúde Pública*; 34(3), 259–275.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pestana, M. G. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida*. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2020). Encontro renal. Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

- Stømer, U.E., Gøransson, L.G., & Wahl, A.K. (2019). A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: Associations with demographic and clinical variables. *Nursing Open*; 6, 1481–1490. doi: 10.1002/nop2.350
- Stømer, U.E., Wahl, A.K., Gøransson, L.G., Urstad, K.H. (2020). Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrol*; 21, 314, 2-9. (2020). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01973-9>
- Taylor, D. M., Bradley, J. A., Bradley, C., Draper, H., Johnson, R., Metcalfe, W., & ATTOM Investigators (2016). Limited health literacy in advanced kidney disease. *Kidney International*; 90(3), 685–695. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.05.033>
- Taylor, D.M., Fraser, S.D.S., Bradley, J.A., Bradley, C., Draper, H., Metcalfe, W., Oniscu, G.C., Tomson, C.R.V., Ravanan, R., Roderick, P.J & ATTOM investigators. (2017). A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol.*; 12(7),1070-1084. doi: 10.2215/CJN.12921216.
- Wassef O. M., El-Gendy, M. F., El-Anwar, R. M., El-Taher, S. M., & Hani, B. M. (2018). Assessment of health-related quality of life of hemodialysis patients in Benha City, Qalyubia Governorate. *Menoufia Medical Journal*, 31(4), 1414. doi: 10.4103/mmj.mmj_488_15
- WHO. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, 1998. 36 p. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Cited: 29 dez. 2016.
- Wong, K.K., Velasquez, A., Powe, N.R., & Tuot, D.S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol.*; 19(1), 196. doi: 10.1186/s12882-018-0988-0. PMID: 30081951;
- Strand, H. & Parker, D. (2012). Effects of multidisciplinary models of care for adult predialysis patients with chronic kidney disease: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 10 (1), 53-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00253>. Ramos, I., & Engenharia, F. De. (n.d.). *Literacia digital em saúde na doença renal crônica: revisão de literatura Digital health literacy in chronic kidney disease : a literature review*. 7–8.
- Silva, P. A. B., Silva, L. B., Santos, J. F. G., & Soares, S. M. (2020). Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 54, 86. <http://www.rsp.fsp.usp.br/%0Ahttps://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173973>

Conclusão

Os ensinamentos clínicos constituíram mais uma etapa importante na aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em EMC, que permitiram a mobilização, aplicação, aquisição e atualização de conhecimentos, direcionados à PSC em contexto de cuidados intensivos.

As aprendizagens foram inesgotáveis existindo sempre oportunidade de melhorar, evoluir e experienciar novas situações. Chegando ao final de mais uma etapa, considero ter cumprido os objetivos inicialmente traçados.

Como enfermeira generalista e a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica considero que a PSC representa um constante desafio às capacidades, conhecimentos e competências do enfermeiro especialista em EMC. Assim estou ciente que os ensinamentos clínicos representaram uma excelente oportunidade para desenvolver e colocar em prática muitos dos conhecimentos teóricos e adquirir Competências Específicas do Enfermeiro EEMC à PSC.

A enfermagem tem por base a essência do cuidar e da sua ciência, com o conhecimento científico em constante desenvolvimento e cuidados técnicos e humanos baseados na relação interpessoal. O avanço tecnológico veio criar novos desafios e horizontes, e cabe aos enfermeiros articularem-se com os novos recursos, incorporando-os em abordagens humanas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e obtenção de ganhos em saúde. Certa das exigências profissionais e da responsabilidade acrescida, foi com enorme convicção que realizei este percurso de formação, não só profissional, mas também pessoal.

Avaliar e intervir no cuidado à PSC cria desafios complexos, devendo os cuidados a este tipo de doentes ser prestados mediante uma abordagem fundamentada e organizada. Estes desafios incluem a identificação de necessidades em cuidados de enfermagem, a interligação de conhecimentos e, simultaneamente, considerar a vertente social e familiar da PSC. Ao longo deste ensino clínico apercebi-me que os locais que prestam cuidados à PSC são locais com um dinamismo marcado e uma colaboração constante entre profissionais, de forma a consignar condições únicas para o doente crítico.

Estou consciente que possuo agora um nível mais aprofundado de conhecimentos, uma maior capacidade de raciocínio/juízo clínico para a prestação dos cuidados de enfermagem e uma maior motivação e aptidão para prosseguir na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

Não obstante, a qualidade dos cuidados de saúde deverá ser sempre promovida através de uma abordagem centrada no doente e na sua família, reconhecendo o papel integral da família e encorajando a colaboração mutuamente benéfica entre a PSC, a sua família e os profissionais de saúde, porque tudo o que acontece a um dos seus membros, como o adoecer inesperado e grave, repercute-se na vida dos restantes elementos, gerando instabilidade e sofrimento.

Refiro que este relatório, porém, não consegue abranger nem esgotar toda a complexidade e amplitude de conhecimento, reflexões e trabalho diário realizado ao longo destas semanas, mas espero que contribua para uma representação válida do percurso para a habilitação em cuidados especializados à PSC. Este caminho no desenvolvimento de competências centradas na PSC foi marcado pela exigência de capacidade de conciliação entre os vários aspetos que compõem a minha vida pessoal e profissional, contudo considero que investi ao máximo e revisei as atividades desenvolvidas noutros contextos de aprendizagem, com um olhar reflexivo, adquirindo novos conhecimentos e consolidando outros.

Referências Bibliográficas

- American Medical Association (s.d.). The ethical force program: C-CAT Patient-centered communication. Acedido em em <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/the-ethical-force-program/patient-centered-communication.page> .
- Andersson, V., Bergman, S., Henocho, I., Wickström Ene, K., Otterström-Rydberg, E., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2017). Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention. *Scand J Pain.*; 15:22-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.11.006.
- Arruda, F.C.A., Calheiros, V.P., Sales, V.M. et al. (2017). Cuidados de enfermagem na pressão intracraniana (PIC). *Revista Saúde*; vol. 11, 1. Acedido em <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3163>
- Azeredo, TH.R.M., & Oliveira, L.M.N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*; 44-54.
- Baião, J.M.M. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Leiria. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2654/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Grau%20Mestre%20-%20Necessidades%20de%20Familiares.pdf>
- Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, E.W., Gélinas, C., Dasta, J.F., Davidson, J.E., Devlin, J.W., Kress, J.P., Joffe, A.M., Coursin, D.B., Herr, D.L., Tung, A., Robinson, B.R., Fontaine, D.K., Ramsay, M.A., Riker, R.R., Sessler, C.N., Pun, B., Skrobik, Y., Jaeschke, R. (2013). American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.*; 41(1), 263-306. Doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72. PMID: 23269131.
- Bandeira, A. G., Marin, S. M., & Witt, R. R. (2014). Vulnerabilidade a desastres naturais: implicações para a enfermagem / Vulnerability to natural disasters: implications for nursing. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 13(4), 776-781. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i4.22135>

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Campos, C. (2017). A Comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE; Vol. 15, 1. doi: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Caple, C. e Kornusky, J. (2017). Arterial Catheter: Assisting with Insertion. Nursing Practice & Skill.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., Oorock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. BMC Palliat Care, 14(35).
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência.
- Cruz, J.R.M. de (2018). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18258/1/pauta-relatorio-22.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Via Verde Trauma no Adulto. Norma nº 7 de 31/03/2010. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma DGS: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Acedido em <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde. Acedido em [DGS_PCIRA_V8.pdf \(sns.gov.pt\)](#)

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de fevereiro. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, 1-8.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma nº 021/2015 atualizada em 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. Direção-Geral da Saúde. Acedido em “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)

ERC. (2015). Basic Life Support with the use of an Automated External Defibrillator (AED). Retrieved from https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7bb2/573c78555e61585a053d7be0/files/Poster_BLS_AutomatedExternalAlgorithm_ENG_V20151005_HRES_site.pdf?

Feijó, L (2020). O Doente Neurocrítico. In J. A. Pinho (coord), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (Cap. 11, p. 210-220). Lisboa: Lidel.

Gallagher, R., & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. In Elsevier-Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing* (2nd ed., p. 215–250). Sydney: Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN).

Garbin, T. R., & Dainese, C. A. (2013). Aprendizagem Baseada em Projeto: Um Modelo de Intervenção e Avaliação para EAD. In *Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação* (Vol. 2, No 1.)

Gelbcke, F.L., Souza, L.A., Dal Sasso, G.M., Nascimento, E., & Bulb, M.B.C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enferm.*; 62(1), 136-9. DOI:10.1590/S0034-71672009000100021

Geraldes, J.P.M. (2012). *Intervenção Especializada do Enfermeiro em situações de trauma: A Via Verde Trauma*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência- Protocolo de Triagem de Manchester*. Amadora: Grupo Português de Triagem.

- Grupo Português de Triagem (2016). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. (2010). *An introduction to comfort theory*. In *The comfort line*. Acedido a 12 de agosto de 2020. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/>
- Ladeira, J.P. (2013). *Parada Cardiorrespiratória PCR*. Faculdade de Medicina da USP. Acedido em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3998/parada_cardiorrespiratoria_pcr.htm?ancor=278562
- Lage, M. j., & Sousa, J. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar?, *Tecno hospital*, 22-27. Acedido em http://atuasaude.org/wpcontent/uploads/2017/08/implementar_programas_de_qualidade_e_de_seguranc%C3%A7a_do_doente-que_ganhos_podemos_esperar.pdf
- Lopes, L.F.C. (2017). *Via aérea avançada na Paragem Cardio Respiratória Pré-Hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4772/1/LuisFilipeCarvalhoLopes_DM.pdf
- Marques, B.R.M., Fonseca, M.G., & Rocha, A.L.F. (2013). Suporte básico e avançado de vida: atualização das novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) segundo a literatura. *Revista Digital*. Buenos Aires, 18, 181. Acedido em <http://www.efdeportes.com/efd181/diretrizes-de-ressuscitacao-cardiopulmonar-rcp.htm>
- Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615–1617. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>
- Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In J. A. Pinho (coord), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (Cap. 11, p. 138-150). Lisboa: Lidel.
- Monahan, F.D. (2007). Cuidados Críticos. In N. S. Blair (Ed.). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (Vol. 1, 8ª ed., p. 1 a 580). Portugal: Lusodidacta.

- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oczkowski, S.J., Chung, H.O., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J.J. (2016). Communication tools for end-of-life decision-making in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*; 20(1), 78-97.
- Olson, D.M., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delabar, R., & Stutzman, SE. (2017). A Novel Approach to Explore How Nursing Care Affects Intracranial Pressure. *Am J Crit Care*; 26(2), 136-139. doi: 10.4037/ajcc2017410.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Acedido em <https://forumEnfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/dor-guiaorientador-de-boa-pratica/download>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da OE- Capítulo VI, Deontologia profissional. Diário da República, 1.ª série, nº 181. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 123 (26 de junho de 2015), p. 17240-17243.
- Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação, 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, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Ordem dos enfermeiros. (2019) Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da Republica, 2ª série – N° 26 – 6 de Fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Ozdemir, N.G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 12, 2, 1279-1285.

Pinto, D.M., Schons, E.S., Busanello, J., & Costa, V.Z. (2015). Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. *Rev Esc Enferm USP*; 49(5),775-782. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500010>

Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., et al. (2018). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart

Ramos, C. C. S., Sasso, G. T. M. D. Martins, C. R., Nascimento, E. R., Barbosa, S. F. F., Martins, J. J. et. al. (2008). Monitorização Hemodinâmica Invasiva na Beira do Leito: avaliação e protocolo e cuidados de enfermagem.

Regulamento nº 122/2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>

Regulamento n.º 124/2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 —18 de fevereiro de 2011.Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Saldaña, D. M., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm.*; 1(33). doi:10.17533/udea.iee.v33n1a12.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda

Simões, J; Alarcão, I & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 2(6). 91-108.

Stephen, A. E., Michael, R.P. (2014). *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*; Volume 28, 4, 363-380, Copyright © 2014 Elsevier Ltd.

Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D.R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image J Nurs Sch.*; 25(4):273-80. doi: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00259.x. PMID: 8288293.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Theilan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidata

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados/ Consentimento informado



IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu
Departamento: Enfermagem

Investigadores: Carolina Isabel Teixeira Santos Costa M^l;
Professor Olivério Ribeiro e Professor Eduardo Santos PhD

Ano: 2021

(Não preencher este quadrado)

N^o Quest.

--	--	--	--

Estudo: "Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica no estadio 4 e 5"

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre o tema "Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica" solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a **sua opinião**.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que **não deixe de responder a nenhuma questão**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

Estamos a realizar um estudo sobre o “Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica no estágio 4 e 5”, cujo objetivo consiste em verificar se a literacia em saúde interfere na escolha da técnica dialítica em utentes doentes renais crónicos terminais.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Viseu, ___ / ___ / 2021

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome dos Investigadores: -----

Assinatura: _____

Instrumento de recolha de dados
“Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica no estadio 4 e 5”

Grupo I

Dados sociodemográficos

1. Idade (em anos)

2. Género

- Feminino Masculino

3. Estado civil

- Solteiro(a) Casado(a)/união de facto
 Viúvo(a) Divorciado(a)/separado(a)

4. Habilitações literárias

- Analfabeto (ou não frequentou a escola) 4 anos de escolaridade completos (4ª classe) Ensino secundário
 < a 4 anos de escolaridade 4 a 9 anos de escolaridade Ensino superior
 Outra. Qual? _____

5. Agregado familiar (com quem vive)

- Sozinho Outro(s) familiar(es). Quem?

- Cônjuge Outro(s) não familiar(es)
- Filho(s)

6. Zona de residência

- Rural
Urbano

7. Profissão

- Profissões das Forças Armadas
Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio
Pessoal Administrativo
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices
Trabalhadores não-qualificados
Desempregado
Reformado
-

Grupo II
Dados clínicos

1. Há quanto tempo era seguido na consulta de nefrologia à data consulta

2. Doenças associadas

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> |
| Glomerulonefrites | <input type="checkbox"/> |
| Doença <u>Poliquística</u> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiência <u>Cardíaca</u> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiência Respiratória | <input type="checkbox"/> |
| Obesidade | <input type="checkbox"/> |
| Outras | <input type="checkbox"/> |

3. Realizou algum Tratamento Substitutivo da Função Renal antes da consulta

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

4. Se respondeu sim na questão anterior, qual o tratamento?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Hemodiálise | <input type="checkbox"/> |
| Diálise Peritoneal | <input type="checkbox"/> |
| Transplante renal | <input type="checkbox"/> |

5. Tem alguém na família ou conhecido que realize Tratamento Substitutivo Função Renal?

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

6. Se respondeu sim questão anterior, qual o tratamento?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Hemodiálise | <input type="checkbox"/> |
| Diálise Peritoneal | <input type="checkbox"/> |
| Transplante renal | <input type="checkbox"/> |

7. Na consulta foi informado das diferentes técnicas de substituição da função renal (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal de dador vivo e cadáver e tratamento médico conservador)?

Sim
Não

8. Qual a opção dialítica que escolheu?

Hemodiálise
Diálise Peritoneal
Transplante renal dador vivo
Tratamento médico conservador

9. A sua escolha foi respeitada?

Sim
Não

10. Se não, qual técnica dialítica proposta

Hemodiálise
Diálise Peritoneal
Transplante Dador Vivo
Tratamento médico conservador

11. Foi-lhe justificado essa opção?

Sim
Não

7. Na consulta foi informado das diferentes técnicas de substituição da função renal (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal de dador vivo e cadáver e tratamento médico conservador)?

Sim
Não

8. Qual a opção dialítica que escolheu?

Hemodiálise
Diálise Peritoneal
Transplante renal dador vivo
Tratamento médico conservador

9. A sua escolha foi respeitada?

Sim
Não

10. Se não, qual técnica dialítica proposta

Hemodiálise
Diálise Peritoneal
Transplante Dador Vivo
Tratamento médico conservador

11. Foi-lhe justificado essa opção?

Sim
Não

Grupo III

Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT)

Versão validada para a população portuguesa por Pedro, Amaral e Escóval (2016)

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a...: Por favor, faça um X no quadrado que melhor se adequa à sua experiência /dificuldade 1 – Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 – Muito Fácil 5 – Não sei

	1 – Muito Difícil	2 - Difícil	3 - Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não sei
1 – Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?					
2 – Encontrar informação sobre tratamento de doenças que o/a preocupam?					
3 – Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?					
4 – Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?					
5 – Compreender o que o seu médico lhe diz?					
6 – Compreender o folheto que vem com o medicamento?					
7 – Compreender o que fazer numa emergência médica?					
8 – Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?					
9 – Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?					
10 – Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?					
11 – Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?					
12 – Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?					
13 – Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?					
14 – Cumprir as instruções sobre a medicação?					
15 – Chamar uma ambulância em caso de emergência?					

	1 – Muito Dificil	2 - Dificil	3 - Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não sei
16 – Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?					
17 – Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
18 – Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?					
19 – Encontrar informação sobre as vacinas e os exames que pode fazer?					
20 – Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?					
21 – Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
22 – Compreender porque precisa de vacinas?					
23 – Compreender porque precisa fazer rastreios?					
24 – Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
25 – Avaliar quando precisa de ir o médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?					
26 – Avaliar que vacinas pode necessitar?					
27 – Avaliar que exames médicos deve fazer?					
28 – Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?					
29 – Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?					
30 – Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?					
31 – Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?					
32 – Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação e a nutrição?					

	1 – Muito Dificil	2 - Dificil	3 - Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não sei
33 – Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?					
34 – Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?					
35 – Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?					
36 – Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?					
37 – Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares e amigos?					
38 – Compreender a informação nas embalagens de alimentos?					
39 – Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?					
40 – Compreender a informação em como manter uma mente saudável?					
41 – Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?					
42 – Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?					
43 – Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?					
44 – Tomar decisões para melhorar a sua saúde?					
45 – Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?					
46 – Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?					
47 – Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?					

Obrigada, pela sua colaboração.

ANEXOS

Anexos I – Pedido de autorização para realização estudo à Comissão de Ética do CHTV



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	10/05//03/2021
Designação	Pedido de autorização para realização de um estudo sobre o "Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica estadio 4."
Investigador Principal	Dra. Carolina Isabel Teixeira Santos Costa – Unidade de diálise
Data do documento	18 de fevereiro de 2021
Data de Entrada na CES	25 de fevereiro de 2021
Data de Deliberação CES	05 de março de 2021

Analisado o pedido de autorização para realização de um estudo sobre o "Impacto da literacia em saúde na escolha da técnica dialítica em pessoas com doença renal crónica estadio 4, a realizar na unidade de diálise e cuja investigadora principal é a Dra. Carolina Isabel Teixeira Santos Costa, esta CES deliberou, que nada tem a opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 05/03/2021

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

AUTOMARZ
Reunião 103/2021

CONSELHO
ADMINISTRAÇÃO

Presidente
(Nuno Duarte)

Vogal Executivo
(Mafalda Guiné)

Vogal Executivo
(Mafalda Guiné)

Diretor Clínico
(Eduardo Melo)

Enfermeiro Diretor
(José L. Gomes)

Anexos II – Pedido de Utilização do instrumento /Questionário HLS-EU-PT para realização Estudo



carolinaitscosta <carolinaitscosta@gmail.com>

Autorização aplicação do Questionário HLS-EU-PT

Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>
Para: carolinaitscosta <carolinaitscosta@gmail.com>
Cc: Ana Escoval <anaescoval@ensp.unl.pt>

15 de março de 2021 às 16:53

Cara Dra. Carolina Costa,

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no trabalho a escala por nós validada.

Envio em anexo a escala que validámos e aplicámos em Portugal. Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Junto também o relatório completo do instrumento na sua versão original.

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz |1600-560 Lisboa | Portugal

rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enp.unl.pt



[Citação ocultada]

2 anexos

HLS-EU-PT.pdf
115K

neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
2298K

