

Desenvolvimento de Competências no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica:
Um Percorso de Estágio numa Unidade de Cirurgia Cardiorácica

Bruna Manuela Marques da Rocha

Desenvolvimento de Competências no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica:
Um Percorso de Estágio numa Unidade de Cirurgia Cardiorácica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
Bruna Manuela Marques da Rocha



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Bruna Manuela Marques da Rocha

II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Desenvolvimento de Competências no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica:
Um Percorso de Estágio numa Unidade de Cirurgia Cardiorácica

Estágio de Natureza Profissional efetuado sob a orientação da
Professora Mara Rocha
Coorientadora: Mestre Carole Ramos

Dezembro de 2017

RESUMO

A enfermagem enquanto profissão e disciplina científica, carece de um olhar atento por parte do enfermeiro que cuida do doente, de uma atitude responsável e de uma prestação de cuidados de saúde consciente e informada. A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva. Investir na formação pessoal é um caminho seguro para a melhoria da prestação de cuidados ao doente, bem como, para o desenvolvimento pessoal enquanto enfermeiro.

No sentido de adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem, no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico e sua família, optámos por realizar um estágio de natureza profissional no Centro de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João no Porto. O presente relatório evidencia os principais contributos do estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica e a vivenciar processos de doença súbita. Este estágio teve por base uma postura ativa desde o momento de integração, no acompanhamento do percurso do doente com toda a dinâmica envolvente, bem como, no desenvolvimento de atividades, em parceria com a equipa de enfermagem. A oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos e de prestar cuidados num ambiente desconhecido e rigoroso, permitiu desenvolver uma visão real sobre as especificidades de ser enfermeiro especialista.

O impacto da necessidade de uma cirurgia cardíaca gera sentimentos de medo, ansiedade, dúvida e angústia. A presença de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela sua capacidade em prestar cuidados altamente qualificados, é uma mais-valia para o doente que vive esta experiência. A nossa atenção foi direcionada não só para o doente, mas também para a sua família, como centro dos cuidados, sem descurar a importância dos princípios éticos e deontológicos inerentes a este contexto.

O alcance dos objetivos propostos, permitiu adquirir e desenvolver competências para prestar cuidados de excelência ao doente crítico, e produzir, do conhecimento científico, uma prática de enfermagem cada vez mais autónoma e segura.

Palavras-chave: enfermagem, cuidar, formação, doente crítico.

ABSTRACT

Nursing as a profession and scientific discipline, needs a watchful eye by the nurses who cares for patients, as well as a responsible attitude and a conscious and informed healthcare knowledge. Nursing excellence is achieved, indisputably, by a professional behavior that promotes and stimulates the quality and development of nurses practices, anchored in a critical and reflexive attitude. Investing in personal training is a safe method for improving patient care as well as for personal development as a nurse.

In order to acquire and develop specialized nursing skills, in the scope of care for the critical patient and his family, we've decided to perform a professional internship at the Center of Cardiothoracic Surgery of the Hospital of São João, in Oporto. This report highlights the main cooperation of the internship, in the scope of the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, for the development of specialized clinical skills in assisting the patients in critical situation as well experiencing healthcare processes/sudden illness. This internship was always based on an active behavior since the begging of the integration, extending on the follow-up patient care and all of patient dynamics, as well as on partnership activities developed by nursing team. The opportunity to apply all the acquired knowledge and medical care on unknown and rigorous environment, allowed me to develop a real vision about nurse specialist's specifications.

Cardiac surgery has a huge impact on the patient's life and most of the time is accompanied by several feelings: fear, anxiety, doubt and distress. The presence of a specialized nurse in medical-surgical with strong skills to provide highly qualified care is an added-value for the patient that is living this experience. We've taken in consideration not only the patient but also his family, as the center of care, taking always in consideration the importance of ethical and deontological principles inherent in this situations.

The achievement of the proposed objectives, have allowed the acquisition and development of skills to provide excellent healthcare for critical patient and to produce scientific knowledge on an increasingly safe nursing practice.

Key words: Nursing, caring, training, critical patient.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

No momento de agradecer faltam as palavras, sobressaem as emoções.

Agradecer torna-se pouco quando se alcança um desafio de tanta importância.

Ao longo deste percurso foram várias as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto pessoal e que marcaram de forma singular este percurso.

Agradeço:

À Professora Mara Rocha, acima de tudo por acreditar, mas também pela partilha de conhecimento, pelo acompanhamento incansável, pela disponibilidade e profissionalismo, permitindo que este trabalho se tornasse real.

À Enfermeira Carlota Guerreiro e Enfermeira Carole Ramos pelo acolhimento tão afável, pela orientação e acompanhamento ao longo de todo o meu percurso no Centro de Cirurgia Cardiorácica.

A todos os enfermeiros e equipa multidisciplinar do Centro de Cirurgia Cardiorácica pela simpatia, pelo companheirismo, pela partilha de saber e pelo bom humor vivido ao longo do estágio.

A todos os doentes e famílias, que direta ou indiretamente contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

Ao Ricardo, pela amizade, pela força, pela alegria e por transformar os dias difíceis em novas oportunidades.

À mãe e à irmã, pelo apoio e paciência infindável.

A minha sincera Gratidão!

LISTA DE SIGLAS

AG – Assembleia Geral

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIA – Balão Intra-Aórtico

BO – Bloco Operatório

CCCT – Centro de Cirurgia Cardiotorácica

CE – Conselho de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

DAC – Doença Arterial Coronária

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO - Membrana de Oxigenação Extracorporal

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEPSC - Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

ELSO – Extracorporeal Life Support Organization

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPS – Educação para a Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

HSJ – Hospital de São João

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCG – Risco Cardiovascular Global

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

TET – Tubo Endotraqueal

UAG – Unidade Autónoma de Gestão
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. - citado

p. – página

% - percentagem

nº - número

Et alii (e outros) – *et al.*

Enf.- Enfermeiro

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE SIGLAS.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I - A Pessoa em Situação Crítica: Intervenção do Enfermeiro	21
1. Cuidar da Pessoa/Família em Situação Crítica	22
2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista nos cuidados à Pessoa com Patologia Coronária	29
2.1 As Doenças Cardiovasculares em Portugal	29
2.2 O Cuidado à Pessoa com Patologia Coronária	38
3. A Importância da Formação para o Desenvolvimento de Competências	44
PARTE II - Desenvolvimento de Competências Especializadas à Pessoa em Situação Crítica no contexto da Cirurgia Cardiorotáica.....	53
1. Estágio de Natureza Profissional: O Contexto.....	54
2. Atividades Desenvolvidas no Estágio	58
2.1 Atividade nº 1 – Prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família.	58
2.1.1. A fase pré-operatória.....	59
2.1.2. A fase intraoperatória	62
2.1.3 A fase pós-operatória	64
2.2 Atividade nº 2 – Gestão em enfermagem – diferentes perspetivas	76
2.3 Atividade nº3 - Diagnóstico de necessidades de formação da equipa de enfermagem do CCCT.....	80
2.4 - Outras Atividades	110
2.4.1 Atividade nº 4 - Uniformização dos Carros de Emergência	111

2.4.2 Atividade nº 5 - Reestruturação da Mala de Transporte do Doente Crítico.....	113
2.4.3 Atividade nº 6 - A importância da utilização do cufómetro	115
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS	134
ANEXO 1	135
APÊNDICES	137
APÊNDICE A	138
APÊNDICE B	141
APÊNDICE C	143
APÊNDICE D	162
APÊNDICE E	166
APÊNDICE F	183
APÊNDICE G.....	186
APÊNDICE H.....	189
APÊNDICE I.....	192
APÊNDICE J.....	194
APÊNDICE K.....	196

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal 1988 (inicial); 2012(ano final).....	30
Figura 2. Principais fatores de risco para a doença cardíaca isquémica.....	33
Figura 3. Fatores de risco e progressão da doença cardiovascular com ênfase nos três níveis de prevenção.	35
Figura 4. Evolução Comparativa entre Técnicas de Revascularização Miocárdica	37

INDICE DE QUADROS

Quadro 1. Número de questionários entregues e % de questionários recebidos nos diferentes serviços.....	82
Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do CCCT.....	83

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem - UCI/ Intermédios.	85
Gráfico 2 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais - UCI/ Intermédios.	87
Gráfico 3 - Necessidades de formação na área da supervisão clínica - UCI/ Intermédios.	88
Gráfico 4 - Necessidades de formação na área da gestão - UCI/ Intermédios.	89
Gráfico 5 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem – Serviço de Internamento.	91
Gráfico 6 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais – Serviço de Internamento.	93
Gráfico 7 - Necessidades de formação na área da supervisão clínica – Serviço de Internamento.	94
Gráfico 8 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem – Bloco Operatório.	96
Gráfico 9 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais – Bloco Operatório.	97
Gráfico 10 - Actividades/projectos a desenvolver - UCI/Intermédios.	99
Gráfico 11 - Aspectos a melhorar no local de trabalho – UCI/Intermédios.	101
Gráfico 12 - Actividades/Projectos a desenvolver – Serviço de Internamento.	Erro!
Marcador não definido.	
Gráfico 13 - Aspectos a melhorar no local de trabalho – Serviço de Internamento.	104
Gráfico 14 - Actividades/Projectos a desenvolver – Bloco Operatório.	105
Gráfico 15 - Aspectos a melhorar no local de trabalho – Bloco Operatório.	106

INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão do cuidar requer, para garantir uma prestação de cuidados de qualidade, profissionais competentes e conscientes da sua missão. O desenvolvimento de competências específicas é, atualmente, um conceito que resulta da interação de diversos fatores e que no âmbito da enfermagem, se revela essencial à necessidade crescente de melhores cuidados de saúde. As competências do enfermeiro constroem-se pelo aumento do seu nível de conhecimentos, pela continuidade da formação académica, pela sua motivação pessoal, através das experiências vividas como profissional e da interação/ação no seu local de trabalho, em que o contexto e o profissional se enriquecem mutuamente. Le Boterf afirma que a competência tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, isto é, saber o que fazer e em que momento. “A competência de um indivíduo resulta num movimento dinâmico entre a sua qualificação e a sua situação de trabalho, tendo em conta que o posto de trabalho por retorno modifica a sua competência” Le Boterf cit.por Correia (2012 p. 15).

A importância de dotar os enfermeiros de competências, não apenas de carácter técnico, mas também de carácter pessoal, relacional, social e ético, que permitam a sua adaptação a áreas mais complexas, é amplamente reconhecida. Nesta perspetiva, a formação contínua é uma mais-valia para o enfermeiro, para a enfermagem e para a pessoa alvo dos cuidados de saúde. A formação pós-graduada, e especificamente a obtenção do grau de mestre, promove no enfermeiro o espírito de melhoria e um acréscimo de responsabilidade profissional e social. A formação na área do doente crítico é um passo seguro para quem lida diariamente, com doentes em risco de vida e instabilidade hemodinâmica, que exigem um nível de conhecimentos específicos e uma atitude precisa no momento certo. Por conseguinte, é importante valorizar os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, e nessa medida, habilitar os enfermeiros para um nível de cuidados cada vez mais complexos, com vista à obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida para o doente. Costa (2011) afirma que a qualidade dos cuidados de enfermagem implica, não só, o conhecimento científico e a necessidade de o adequar à pessoa envolvida mas também, a autonomia necessária para garantir essa mesma qualidade, estimulando a formação dos profissionais e o trabalho em equipa.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no âmbito da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refere que a “qualidade exige reflexão sobre a prática (...) o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.” (OE, 2001 p. 5). Constitui um dever do profissional, de acordo com o art.103º do Código Deontológico do Enfermeiro, investir no desenvolvimento pessoal e profissional e no

aperfeiçoamento contínuo das práticas em enfermagem, com reflexos nos contextos de trabalho e com a consciência de que cuidados altamente qualificados produzem ganhos em saúde (Nunes, *et al.*, 2005).

De acordo com as especificidades das especialidades clínicas em enfermagem, a OE emanou um caderno temático em 2009, inserido no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional que aborda a área de especialização na pessoa em situação crítica. Deste documento, é importante reter que o enfermeiro que foca a sua intervenção na área do doente crítico, atua ao longo do ciclo de vida do doente e participa no desenvolvimento de “projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.” (OE, 2009 p. 7).

Os estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumem um compromisso e uma responsabilidade acrescida na área da saúde, pelo que devem desenvolver competências específicas, constituindo-se como uma ajuda profissional especializada à pessoa e à família. Neste contexto, com o objetivo de adquirir e ampliar conhecimentos, desenvolver competências de diagnóstico clínico e de intervenção autónoma, no sentido de ser uma referência, decidi abraçar este projeto e frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC). Tendo em vista a obtenção do grau de mestre, optei por desenvolver um estágio de natureza profissional (ENP).

O estágio decorreu no Centro de Cirurgia Cardiorácica (CCCT) do Hospital de São João (HSJ), no Porto, num contexto específico, repleto de oportunidades para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do doente crítico.

A escolha do serviço, para o desenvolvimento deste desafio, foi alvo de grande reflexão, uma vez que, era pretendido concentrar num só local as condições necessárias para o desenvolvimento de competências e consecução dos objetivos propostos. Acreditamos que é uma mais valia poder aliar, no mesmo contexto, uma vertente prática de excelência ao doente crítico e o desenvolvimento de uma vertente de aprendizagem contínua e conseqüente aumento do nível de conhecimentos.

A estrutura, a organização, a gestão e a dinâmica do serviço escolhido, foram características determinantes para o desenvolvimento de um projeto desta importância. Seguramente presentes no Centro de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João, considero que as principais considerações deste documento refletem a qualidade do contexto de estágio e o interesse pessoal dedicado ao mesmo. Estagiar num local que reúne a necessidade de uma aprendizagem contínua, necessidades familiares constantes,

gravidade clínica e complexidade hemodinâmica é uma mais-valia para a formação de um enfermeiro na vertente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os principais motivos que contribuíram para a decisão sobre a escolha do local de estágio ressaltam-se nos seguintes itens:

- ✓ Interesse especial, e de longa data, pela área da cardiologia/cirurgia cardiotorácica;
- ✓ Elevada diferenciação científica, tecnológica e humana na prestação de cuidados de saúde ao doente crítico e família;
- ✓ Possibilidade de acompanhar o doente desde a admissão até ao momento da alta;
- ✓ Necessidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências na área do doente crítico.

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares publicado pela Direção Geral da Saúde (DGS) em setembro de 2013, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações. De entre as várias consequências das doenças cérebro-cardiovasculares, devem ser destacadas, pela sua especial relevância, a doença isquémica do coração, cuja manifestação clínica mais relevante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular, incluindo o acidente vascular cerebral isquémico (AVC) (DGS, 2013b)

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia estima que por ano, cerca de 10 mil portugueses possam sofrer de um episódio de morte súbita de origem cardíaca. A acrescentar a este número temos 30% das mortes anuais associadas a doenças cardiovasculares (SPC, 2017). As doenças cardiovasculares, com o seu carácter multidimensional e sequelas graves para o doente, para a sociedade e para o sistema de saúde, assumem-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que é urgente minorar.

Com o agravamento das patologias do foro cardíaco é muito comum que o processo de tratamento inclua a necessidade de uma intervenção cirúrgica, nomeadamente, uma cirurgia cardiotorácica. O impacto da necessidade de internamento e eventual cirurgia, gera momentos de ansiedade e preocupação para o doente e para a sua família. O coração assume-se como um órgão vital à vida humana, e nesse sentido o medo e a ansiedade, perante a gravidade da doença dever ser focos de atenção do enfermeiro. Este é, indiscutivelmente, um elemento fulcral no acompanhamento do doente a viver um processo complexo de doença crítica.

A finalidade do ENP assenta no desenvolvimento de competências especializadas no domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica/família numa unidade de Cirurgia Cardiorotácia.

Com base na importância deste objetivo geral e na complexidade da sua operacionalização, foram definidos os objetivos específicos que nortearam o desenvolvimento do estágio:

- ✓ Desenvolver competências para cuidar da pessoa/família em situação crítica e antecipar focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde da pessoa em situação crítica;
- ✓ Adquirir competências e participar ativamente na gestão de cuidados de enfermagem;
- ✓ Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da dinamização da formação em serviço;
- ✓ Contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção, que favoreçam a transformação/inovação dos contextos da prática clínica.

Este relatório, que se pretende crítico-reflexivo, fundamenta-se em evidências científicas e assenta nas experiências vividas no decorrer do processo de aprendizagem. Dá resposta a uma exigência curricular, que permite refletir na e sobre a prática e tem como principais objetivos, expor o percurso desenvolvido ao longo do estágio e fazer uma análise das atitudes e decisões tomadas neste contexto.

A metodologia adotada no decurso do ENP e para a realização do presente relatório, teve por base não só uma pesquisa bibliográfica constante, baseada em livros, revistas, artigos, e estudos disponibilizados em bases de dados científicas, mas também, na mobilização dos conhecimentos adquiridos na componente teórica deste processo e a experiência profissional adquirida até ao momento. Após meses de trabalho surge este documento, que procura espelhar os principais pontos de crescimento pessoal e profissional, as experiências adquiridas no seio de uma equipa, o desenvolvimento das minhas competências *in loco* e o prazer em conhecer uma área que desde sempre me fascinou.

Este relatório está essencialmente organizado em duas partes distintas. Numa primeira parte, é realizada uma abordagem teórica onde são discutidos temas como a intervenção do enfermeiro no cuidar da pessoa e família em situação crítica, o impacto das doenças cardiovasculares em Portugal e a importância da formação em enfermagem para a aquisição de competências. A segunda parte, remete para a experiência prática, com a contextualização do estágio e a descrição crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. Finalmente, segue-se a conclusão, na qual é efetuada a síntese dos principais contributos

desta experiência, e as referências bibliográficas, utilizadas como base de sustentação do ENP e do presente relatório.

PARTE I

A Pessoa em Situação Crítica: Intervenção do Enfermeiro

1. Cuidar da Pessoa/Família em Situação Crítica

A Enfermagem, como disciplina científica, preconiza uma assistência holística ao ser humano enquanto indivíduo, família, grupo ou comunidade. Esta conduta tem-se tornado ao longo dos anos cada vez mais organizada e diferenciada, sendo relativamente recente a definição das principais competências e funções que orientam a profissão, permitindo deste modo, caminhar no sentido de uma evolução constante e positiva.

A afirmação da Enfermagem passa, indubitavelmente, pela demonstração e justificação da sua utilidade social, da projeção e influência que pode ter na promoção da qualidade de vida e manutenção do bem-estar dos cidadãos.

De acordo com o Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e os Estatutos da OE, pode ler-se, no artigo 4º do Capítulo III, que a

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2015b).

Desta forma o conceito de enfermagem é indissociável da arte do cuidar, respeitando uma visão holística do ser humano.

Ao enfermeiro é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, nos três níveis de prevenção (OE, 2015b). O enfermeiro dá vida à profissão de enfermagem em toda a sua dimensão, desde o simples ato de cuidar do outro, até à busca incessante por novos conhecimentos através do desenvolvimento da investigação científica. A forma como os enfermeiros atuam junto dos indivíduos diferencia a enfermagem das outras ciências da saúde (Sieloff, 2003).

Cuidar em enfermagem centra-se na intervenção do enfermeiro dirigida ao utente, no sentido de promover, manter e restabelecer a saúde, prevenindo a doença. Consiste, ainda, em capacitar o outro para a responsabilização do seu processo de saúde/doença fomentando a autonomia precoce.

A Enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos, sendo estas práticas instintivas, a primeira forma de prestação de assistência. No exórdio da civilização, o trabalho feminino estava intimamente relacionado com manutenção do bem-estar e da sobrevivência, caracterizado pela prática de cuidar dos outros. Durante a Idade Média os cuidados de enfermagem eram da incumbência das

freiras e de representantes de índole religiosa, normalmente muito dedicadas ao doente (Santos, 2012).

Florence Nightingale (1820-1910), fundadora da primeira escola de enfermagem em Inglaterra e da enfermagem moderna, contribuiu para consolidar o corpo de saberes e fundamentos da profissão com a sua filosofia, decorrente dos conhecimentos adquiridos durante a Guerra da Crimeia, os quais concorreram indubitavelmente para a profissionalização do cuidar (Micaelo, *et al.*, 2013). Defendeu a teoria ambientalista, focada no relacionamento entre o meio ambiente e o utente, na qual demonstrou que um ambiente limpo diminuiria o número de infeções, sendo atualmente reconhecida a sua importância na pertinência do controlo de infeção. Na perspetiva de Nightingale, saúde define-se como “ (...) sentir-se bem e utilizar ao máximo todas as capacidades da pessoa” (Pfetscher, 2003 p. 78) e a mesma acreditava que o desejo das pessoas terem saúde as levaria a cooperar com a enfermeira e com a natureza, para permitirem a ocorrência do processo reparador.

Florence Nightingale representa o fim da atividade de enfermagem empírica e exclusivamente vocacional, e o início do carácter profissional e científico da profissão. Seguiram-se várias eras de desenvolvimento cuja ênfase eram os conhecimentos necessários à prática de cuidados de saúde. Desenvolveram-se metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance (Tomey, *et al.*, 2003) no sentido de organizar os pensamentos e ideais de diversos pensadores da profissão.

A essência da profissão de enfermagem é, sem dúvida, o cuidar sob diversas formas, como refere Collière (1989), e embora o cuidar seja uma atividade tão antiga como a própria vida, é hoje uma atividade plena de sentido. Collière (1989,p.29) afirma que “Cuidar é pois manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”. Refere ainda que cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, primeiro que tudo um ato de vida, no sentido em que apresenta uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir continuar a reproduzir-se (Collière, 1989). Na verdade, o cuidar insere-se nas necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana. O cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado, envolve uma filosofia de compromisso moral direcionada para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade.

O cuidar, praticado pelo enfermeiro, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos, fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, psicossocial, económico, político e espiritual, pretendendo a

promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e plenitude humana (Costa, 2011). A Enfermagem tem orientado, assim, a sua prática profissional em função de um corpo de conhecimentos, valores e crenças relativas ao âmbito da prestação de cuidados de saúde que se foram consolidando ao longo do tempo. Nas últimas décadas, a profissão tem crescido de forma positiva num caminho incessante pela evolução e pelo merecido reconhecimento profissional. A par desta evolução, os cuidados de enfermagem tornaram-se cada vez mais diferenciados e especializados, em consonância com o desenvolvimento das especialidades em enfermagem.

O exponencial desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos nas áreas da saúde e a produção sistemática de novas evidências, fez emergir um manancial de conhecimentos, em permanente transformação e atualização, que por si só, justifica a delimitação do saber por áreas específicas.

A necessidade em cuidados de saúde por parte da população tornou-se cada vez mais complexa, exigindo que os cuidados prestados pelos enfermeiros sejam cada vez mais adequados, dirigidos e, portanto, tendencialmente especializados, sendo indispensável aumentar o número de enfermeiros especialistas que exerçam a sua atividade na prática clínica. Aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico de enfermagem, resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos individuais de saúde/doença, num entendimento das respostas humanas em situações específicas e em intervenções direcionadas às necessidades do indivíduo (Leite, 2006).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº122/2011), aprovado pela OE, em assembleia geral a 29 de maio de 2010, considera que

“Especialista 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, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a p. 1)

Os enfermeiros especialistas têm um papel importante no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e facilitam a investigação de novas dimensões do cuidar. É essencial que o enfermeiro especialista, qualquer que seja a sua área de atuação, contribua, através do seu “olhar mais profundo” sobre a pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida (Leite, 2006). Neste contexto, espera-se que o enfermeiro especialista seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, técnica,

tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da sua experiência e do seu nível diferenciado de conhecimentos.

O Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) cuida da pessoa em situação crítica, definida 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, 2010b p. 1).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, publicado pela OE (Regulamento nº 124/2011), define os cuidados de enfermagem 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 às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b p. 1). Cuidar da pessoa em situação crítica exige, deste modo, um nível de competências distinto, capaz de lidar com a diversidade e imprevisibilidade das situações que colocam o doente em risco de vida. O enfermeiro especialista tem a capacidade de potenciar e adequar a sua resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem, sentidas pelo doente e pela sua família.

As competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram definidas pela OE e apresentam um nível de exigência capaz de diferenciar este profissional do enfermeiro de cuidados gerais. A reflexão sobre as competências e os diferentes domínios que as caracterizam tem sido nos últimos tempos, muito importante e influente em diferentes áreas profissionais, nomeadamente na educação, na gestão e na saúde. O conceito de competência tem múltiplas abordagens, contudo, espera-se do enfermeiro, uma atuação que responda a situações complexas, capaz de analisar, saber priorizar e tomar decisões com capacidade de iniciativa e de modo responsável (Correia, 2012).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b) define o perfil de competências específicas neste âmbito, afirmando que o enfermeiro especialista:

- ✓ Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação;

- ✓ Maximiza 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.

Cada uma das competências referidas representa um conjunto de intervenções e de possibilidades de intervenção subjacentes à competência referida. Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades identificadas (OE, 2010b). A construção de um percurso de desenvolvimento profissional, assente na aquisição de competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, requer uma dedicação contínua ao doente e à sua família para a excelência da qualidade dos cuidados.

A aquisição de excelência e poder na prática clínica de enfermagem foi estudada por Patricia Benner ao longo dos últimos anos. A autora defende que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional, num caminho de iniciado a perito (Benner, 2001). Define cinco fases de aquisição de competências em enfermagem, descrevendo o enfermeiro como principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Ibidem):

1. Principiante – corresponde aos estudantes de enfermagem, tendo um corpo de conhecimentos limitado, assim como o conteúdo das suas ações;
2. Principiante avançado – semelhante ao nível anterior, embora já possua a capacidade de reconhecer particularidades importantes de algumas situações, com um nível de intervenção limitado mas mais alargado que o de principiante;
3. Competente – nível situado entre os dois ou três anos de experiência profissional. Maior facilidade em gerir as suas ações, permitindo a sua atuação mais eficaz em situações imprevistas.
4. Proficiente – possui capacidades em estabelecer prioridades eficazmente, o que lhe permite atuar em situações imprevisíveis ou de emergência com base na experiência adquirida em situações anteriores;
5. Perito – Autónomo e seguro nas suas intervenções, o que lhe permite atuar numa situação emergente, sendo este nível atingido com cinco anos de experiência profissional.

De acordo com a mesma autora, a competência está associada ao nível de excelência do cuidar, correspondente ao estadio de perito, onde existe uma versatilidade segura na

atuação do enfermeiro, o “poder de transformação” (Benner, 2001, p. 185). Esta versatilidade está relacionada com a competência para atuar em situações de emergência ou inesperadas com segurança, sendo capaz de antecipar riscos e minimizar complicações, o que é imprescindível no atendimento à pessoa em situação crítica.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da vida profissional, acompanhado pela crescente melhoria na prática de cuidados.

A busca pela autonomia e aperfeiçoamento contínuo do desempenho profissional, a par da importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, levou à transformação e inovação dos enfermeiros, não só a nível pessoal mas acima de tudo a nível profissional. A especialização dos cuidados pode levar a um aumento da competitividade, sendo tal motivo um impulso para formar profissionais com capacidade de diagnóstico e resolução de problemas, de tomada de decisão, de criar, de intervir, de trabalhar em equipa, de se auto-organizar e de se reconstruir num ambiente em constante mudança.

O processo de especialização não deve apenas contemplar a soma das diversas experiências profissionais, mas assegurar uma prática reflexiva e de investigação promotoras de uma expansão sustentada do conhecimento e da disciplina de enfermagem. Desta forma, é fulcral refletir sobre a importância do papel do enfermeiro especialista de modo a potenciar as experiências vividas e a promover o processo de formação, sempre no sentido da excelência em enfermagem.

A tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas é um dever do enfermeiro. A liberdade da tomada de decisão dos profissionais sobre o cuidado ao doente deve, em si, ser garantia da própria liberdade individual do doente. Neste sentido é relevante refletir sobre os princípios da ética na prática de cuidados humanizados e sobre a importância de ter presente estes conceitos enquanto cuidamos do outro.

Tom Beauchamp e James Childress em 1979 na obra *Principles of Biomedical Ethics*, apresentam o Modelo Principalista, no qual são abordados quatro princípios éticos a fim de orientar a ação no campo das ciências da saúde e da investigação. Denominaram o Princípio da Beneficência, o Princípio da Não Maleficência, o Princípio da Justiça e o Princípio da Autonomia.

O princípio do respeito pela autonomia individual refere-se “ (...) ao direito de cada pessoa ao seu “autogoverno”. (...) É no fundo o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social” (Serrão, *et al.*, 1998 p. 14). Os mesmos autores, referem ainda que, no contexto da prática de enfermagem, a adoção deste princípio tem subjacente que os profissionais de saúde tenham em consideração a vontade do doente, no que respeita à abstenção ou suspensão de meios desproporcionados de tratamento. Este princípio também designado como “Princípio da Liberdade” pressupõe que o doente seja agente ativo e pró-ativo da sua condição de saúde, em parceria direta com os profissionais, tendo por base o respeito pela individualidade do doente.

O princípio da não maleficência, tem por base não praticar qualquer mal ao outro de forma intencional agindo no sentido de prevenir o mal, isto é, consiste em não fazer mal intencionalmente evitando atitudes que possam ter consequências negativas para o doente. Prende-se assim com o conceito de inutilidade, em que a prática de atitudes diagnósticas ou terapêuticas têm baixa probabilidade de contribuir para um estado biopsicossocial aceitável (Serrão, *et al.*, 1998).

O princípio da não maleficência está diretamente relacionado com o princípio da beneficência, que tem como pressuposto fazer o bem e ajudar o outro a encontrar o que é para seu benefício (Neves, *et al.*, 2004).

Por último, o princípio da justiça refere-se à distribuição justa dos recursos existentes pela sociedade. Meneses (2007 p. 203) afirma que “o princípio de justiça, impõe que todos os seres humanos devem ser tratados de igual modo, não obstante as suas diferenças”. Nesta linha de pensamento, a formulação do princípio da justiça deverá garantir o cumprimento de ações em benefício dos doentes, como a garantia da prestação de cuidados de saúde.

Tendo por base os princípios enumerados, a prestação de cuidados de saúde deve garantir uma prática equitativa e justa, de acordo com as necessidades do doente e família. Cuidar da pessoa em situação crítica, ainda que numa situação de emergência com multivítimas com diferentes níveis de gravidade e de prioridades de atendimento, implica a garantia dos pressupostos acima referidos.

2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista nos cuidados à Pessoa com Patologia Coronária

A intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados diferenciados à pessoa com patologia coronária, permite a existência de intervenções especializadas e dirigidas às necessidades identificadas ao longo de todo o processo de doença. Para tal, é essencial conhecer a realidade das doenças cardiovasculares em Portugal e o impacto que as mesmas produzem na qualidade de vida dos indivíduos.

2.1 As Doenças Cardiovasculares em Portugal

As doenças cardiovasculares têm hoje em dia uma prevalência significativa no nosso país. A esperança média de vida à nascença da população portuguesa tem vindo a aumentar de forma exponencial, nas últimas três décadas aumentou cerca de 8 anos (Antunes, *et al.*, 2016). Também a esperança média de vida aos 65 anos aumentou em mais de quatro anos (Ibidem). Este envelhecimento progressivo vai, certamente, aumentar a procura de cuidados de saúde e as áreas de patologia cardíaca e torácica não serão exceção.

Portugal acompanha os países mais desenvolvidos e vê a esperança de vida à nascença ultrapassar os 80 anos de idade. Com efeito, tanto a doença coronária e valvular como o cancro do pulmão, aumentam de prevalência com a idade. Por outro lado, é ainda de assinalar que as duas principais causas de morte no nosso país são as doenças do aparelho circulatório, apesar de a sua incidência estar a diminuir lentamente desde os anos 90, ao contrário dos tumores malignos que estão em crescendo (Antunes, *et al.*, 2016).

Segundo a DGS, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte na Europa e em Portugal, em ambos os sexos. Associam-se a diferentes causas relativas ao sistema circulatório, no qual as principais patologias relacionadas com esta problemática são o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (DGS, 2013b).

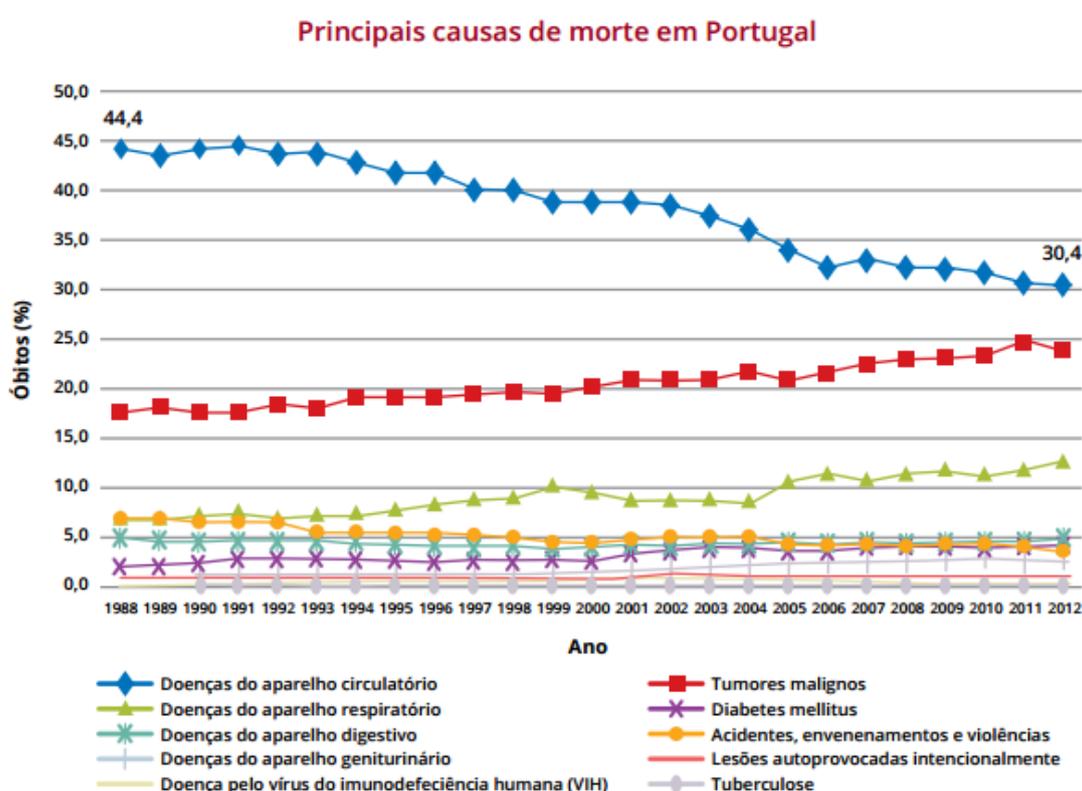
Nas duas últimas décadas, verifica-se globalmente na população portuguesa uma notória redução da taxa de mortalidade por DCV ou doenças do aparelho circulatório¹. Apesar desta tendência, oposta à que ocorre com a progressão das doenças oncológicas, as doenças do aparelho circulatório são contudo a principal causa de morte em Portugal e em todos os países europeus (DGS, 2013b). Em 2014, os dados estatísticos apresentados

¹Quando se refere as doenças do aparelho circulatório, deve ter-se em conta que se referem essencialmente a dois grandes grupos: patologias cardíacas e doenças cerebrovasculares (DGS, 2013)

pela DGS com base no Instituto Nacional de Estatística (INE) pouco diferem dos valores apresentados em 2013.

Na figura 1, é possível observar a percentagem de óbitos, de acordo com as principais causas de morte, ao longo dos últimos 24 anos, no qual se evidenciam as doenças do aparelho circulatório. Como referido, é notório o seu decréscimo em virtude da ascensão das doenças oncológicas e das doenças do aparelho respiratório, ainda assim, mantêm-se no topo do ranking.

Figura 1. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal 1988 (inicial); 2012(ano final).



Fonte: DGS, Doenças Cérebro-Vasculares em Números, 2014 (p.8)

De acordo com Sousa (2015), nas duas últimas décadas tem havido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade das DCV. Os principais fatores que estão na origem desta tendência são: a promoção de medidas e estratégias preventivas, como a lei de cessação tabágica, a adoção de hábitos de vida saudáveis na comunidade, as campanhas e intervenções levadas a cabo por diversas organizações e por profissionais de saúde, os progressos científicos no tratamento dos síndromes coronários agudos e a implementação de programas específicos de acesso a cuidados de saúde diferenciados (Ibidem). A

implementação da Via Verde Coronária e da Via Verde AVC, bem como, o Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa, contribuíram significativamente para uma diminuição do número de mortes por DCV, para uma abordagem mais diferenciada a estes doentes, e acima de tudo, para uma prestação de cuidados dirigida à causa o mais rapidamente possível (Morais, 2014).

Sousa (2015), reflete no seu artigo, dados importantes referidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em que, relativamente às DCV, o número anual de mortes aumentará de 17 milhões em 2004 para 25 milhões em 2030. Aborda ainda, um estudo realizado em parceria com a OMS e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), no qual foram avaliados 53 países da região europeia da OMS sobre as DCV com suporte em bases de dados multinacionais, sendo de salientar as suas principais conclusões (Ibidem, p. 382):

- ✓ As DCV continuam a ser a principal causa de morte na Europa (cerca de 4 milhões de mortes por ano, o que representa cerca de metade do total de mortes), não obstante a tendência decrescente que se tem verificado recentemente em alguns países;
- ✓ A doença coronária é responsável por cerca de 1,8 milhões de mortes (20%) por ano na Europa;
- ✓ O total de mortes atribuídas a DCV é superior nas mulheres (51%) em relação aos homens (42%);
- ✓ A mortalidade associada a DCV aumenta com a idade e, por essa razão, a proporção de mortes prematuras nos países europeus é menor que a taxa global de mortalidade;
- ✓ Três em cada dez mortes, em indivíduos com idade inferior a 65 anos, foram devidas a DCV;
- ✓ Cerca de 1,4 milhões de mortes em indivíduos com idade inferior a 75 anos foram devido a DCV e, destes, mais de metade ocorreu no subgrupo de 65-74 anos;
- ✓ A mortalidade associada a DCV mostra uma tendência decrescente na maioria dos países europeus, sendo que a amplitude dessa variação, na última década, diferiu substancialmente entre os países.

É inegável a evidência expressa nestes valores e indubitável a mensagem de que é essencial a manutenção do carácter prioritário das orientações estratégicas assumidas, numa área que se mantém no topo das causas de morte no nosso país e em toda a Europa. De acordo com os resultados, apesar de preocupantes, é visível a obtenção de ganhos significativos no que concerne à mortalidade associada às DCV e à diminuição constante de óbitos por esta causa.

As DCV são uma causa importante de incapacidade e contribuem significativamente para um aumento, em crescendo, dos custos dos cuidados de saúde de um país (Sousa, 2015). Townsend *et al.*,(2016) referem que o aumento das taxas de hospitalização por DCV demonstra um aumento das mesmas, no entanto, é interessante verificar que a taxa de mortalidade, ainda assim, tem diminuído ao longo dos anos. Tal facto, reflete uma melhoria significativa dos cuidados de saúde, bem como, das estratégias adotadas para um acesso mais rápido e eficaz aos meios diferenciados, desde o transporte do doente até ao acesso a serviços de saúde especializados.

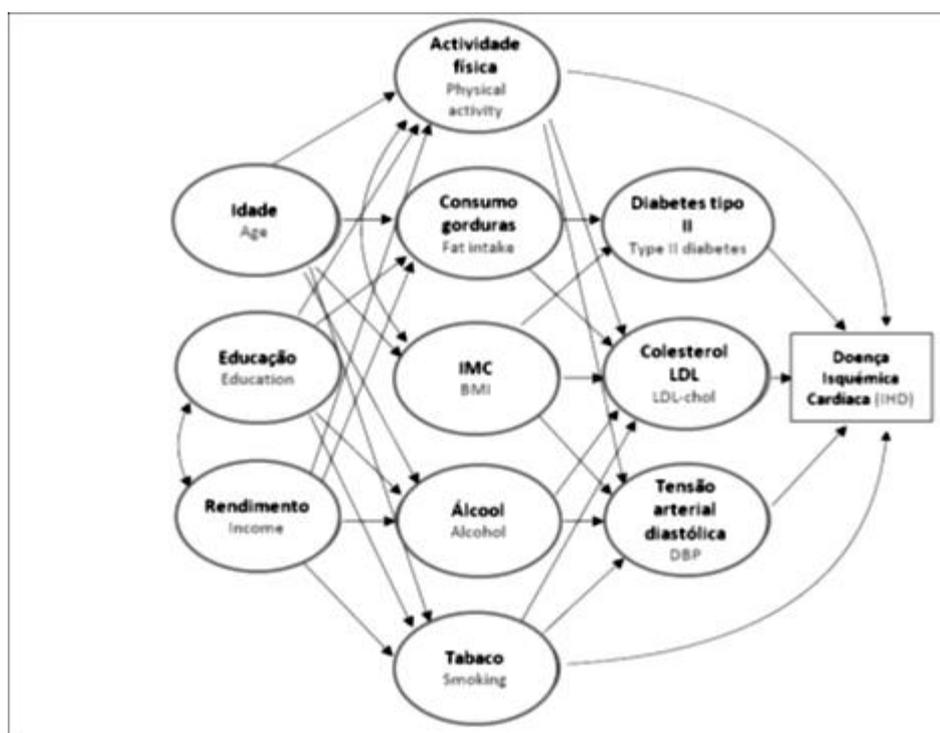
No sentido de prevenir as DCV e as suas consequências, é necessário identificar e lidar com as suas causas, isto é, os fatores de risco que lhes estão subjacentes. Embora haja muitas definições possíveis de risco para a saúde, este pode ser definido como um fator que aumenta a probabilidade de efeitos adversos à saúde (Lima, *et al.*, 2013).

De acordo com Tavares (2011), existem fatores de risco cardiovascular tradicionais reconhecidos e há muito aplicados na prática clínica, como sexo, idade, hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia, tabagismo, obesidade e fatores genéticos, que têm uma interação sinérgica e multiplicativa entre si. Indivíduos que atingem os 50 anos de idade com todos os fatores de risco cardiovascular modificáveis tradicionais em valores ótimos, têm uma baixa probabilidade de vir a desenvolver doença cardiovascular nos restantes anos de vida, ao passo que, a presença concomitante de vários fatores de risco e um pior controlo dos mesmos, aumenta acentuadamente o risco de ocorrência destes eventos (*Ibidem*).

A diabetes, que representa quase 5% das causas de mortalidade no nosso país, é um reconhecido fator de risco de génese e de comorbilidades nas DCV. Está presente em cerca de um quarto dos doentes submetidos a cirurgia de revascularização coronária, que é associada a uma taxa de mortalidade mais elevada nos doentes diabéticos (*Antunes, et al.*, 2016). Porém, por si só, o uso de fatores de risco cardiovascular tradicionais é impreciso, predizendo menos de metade dos eventos cardiovasculares futuros e não identifica de forma satisfatória os indivíduos, sintomáticos ou assintomáticos, com doença arterial coronária (DAC) (*Cherry-Ann Waldron, et al.*, 2010).

A origem da doença isquémica do coração é multifatorial, e alguns fatores de risco atuam como causa direta da doença como é o caso da DM e do tabaco, enquanto outros atuam como causa indireta (Figura 2). A montante desta cadeia estão fatores como a educação e os rendimentos, aos quais é mais difícil justificar a causalidade, no entanto, melhorar estes aspetos promove um impacto positivo nos fatores de risco concomitantes.

Figura 2. Principais fatores de risco para a doença cardíaca isquêmica.



Fonte: Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Existem diversos autores que classificam os fatores de risco cardiovasculares como modificáveis e não modificáveis. Fatores de risco modificáveis podem sofrer influências externas, alterando a intensidade da sua ação, isto é, são passíveis de ser prevenidos ou alterados, por sua vez, os não modificáveis, não têm essa possibilidade. São fatores de risco modificáveis a HTA, DM, hipercolesterolemia, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, *stress*, hábitos alimentares e o alcoolismo, os quais são possíveis de prevenir e tratar. Os principais fatores de risco não modificáveis são a idade, o gênero, a raça e a história familiar com antecedentes de DCV ((Vaz, *et al.*, 2005); (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017)).

O risco de desenvolver DCV é tanto maior quanto maior for a coexistência de fatores de risco. Os estilos de vida são determinados por fatores sociais e culturais, modificáveis. Deste modo, há evidência que demonstra que modificações no estilo de vida e redução dos fatores de risco podem atrasar o desenvolvimento de DCV (Ferreira, 2012). As diferenças entre características socioeconômicas em saúde, que incluem a educação, profissão e o nível de rendimentos, são particularmente importantes quando se abordam as DCV, principalmente em indivíduos de estatuto socioeconômico mais baixo, em que a exposição ao risco é maior. Os fatores socioeconômicos podem modificar o efeito de outros

fatores de risco. Também os fatores psicossociais estão associados ao risco de desenvolver DCV, e incluem o *stress* no trabalho, a falta de integração social, a depressão e a ansiedade (Ferreira, 2012).

Para avaliar a possibilidade de ocorrência de um evento cardiovascular, existe hoje em dia uma diversidade de opções que correlacionam diferentes variáveis até alcançar uma estimativa do risco de desenvolver uma patologia do sistema circulatório. O risco cardiovascular global (RCG) resulta da interação da totalidade de fatores de risco presentes num indivíduo, permitindo identificar doentes em alto risco de sofrerem eventos cérebro ou cardiovasculares. Pode ser calculado recorrendo a algoritmos matemáticos obtidos através de grandes estudos epidemiológicos e representa uma forma simples e objetiva de determinar a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular nos dez anos subsequentes (Novo (*et al.*) cit por Tavares, 2011).

O modelo do *Framingham Heart Study* foi um projeto ambicioso da Universidade de Boston, dedicado aos fatores de risco cardiovasculares, que tem sido atualizado ao longo dos anos. Foi construído com base num estudo que avaliou durante 60 anos, a pressão arterial, o tabagismo e os níveis séricos de colesterol, relacionando-os com a idade e o sexo (Tavares, 2011).

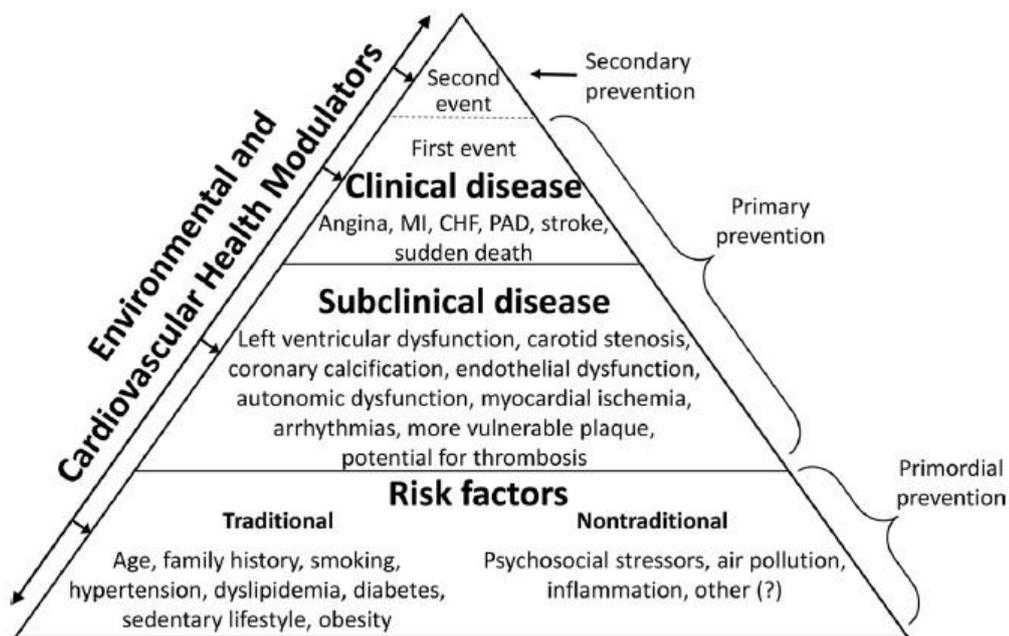
A escala SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*), criada em 2003 pelo European Score Group, com o objetivo de colmatar as lacunas e substituir a escala de *Framingham* no continente europeu, é o instrumento utilizado para estratificação de risco cardiovascular na Europa e mais concretamente em Portugal, de acordo com a circular normativa da DGS atualizada em Janeiro de 2015 (Tavares, 2011). Com a utilização da escala SCORE é possível avaliar o RCG mediante os fatores de risco que o doente apresenta e as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total (mg/dl ou mmol/l) (DGS, 2015) (Anexo A). O risco é classificado por diferentes categorias (desde <1% a ≥15%), às quais correspondem cores diferentes. A escala SCORE avalia a mortalidade por DCV total, sendo que o valor obtido corresponde ao risco absoluto em 10 anos. Um risco maior ou igual a 5%, considera-se categoria de alto risco para morte cardiovascular. A abordagem do risco cardiovascular, com base em tabelas, pode ser importante para explicar ao doente o impacto das intervenções no risco que o indivíduo tem de desenvolver DCV, motivando-o para alterar o seu comportamento e os seus hábitos nocivos (Ferreira, 2012).

Em termos de prevenção, a deteção de pacientes assintomáticos com risco cardiovascular elevado é um ponto de crucial importância com vista à diminuição da morbilidade e mortalidade de causa vascular. A relação custo-benefício de medidas preventivas e de

intervenção precoce pode vir a revelar-se bastante frutífera, na medida em que, a disponibilidade de opções de tratamento e acompanhamento especializado da doença de forma precoce se tem tornado uma realidade nos últimos anos. O rastreio de fatores de risco deverá ser considerado em homens com idade ≥ 40 anos de idade e em mulheres com idade ≥ 50 anos ou pós-menopáusicas (Tavares, 2011).

De acordo com Franklin *et al.*(2011), a prevenção das DCV divide-se em três áreas distintas: prevenção primordial, prevenção primária e prevenção secundária, representado na figura 3. A prevenção primordial refere-se à prevenção dos fatores de risco, a prevenção primária ao tratamento dos fatores de risco e a secundária remete-se para a prevenção de eventos cardiovasculares recorrentes. Grande parte do sucesso da redução das DCV nos últimos anos deve-se ao investimento na prevenção primária e secundária, no entanto, é fundamental focar a atenção na base da pirâmide. Só assim será possível alcançar o objetivo da American Heart Association de reduzir a taxa de mortalidade por DCV em 20% até 2020 (Ibidem).

Figura 3. Fatores de risco e progressão da doença cardiovascular com ênfase nos três níveis de prevenção.



Fonte: Franklin *et al.*(2011 p. 2275)

Os determinantes sociais em saúde são as condições e o meio em que o indivíduo vive. São essas condições que influenciam o comportamento dos indivíduos e a oportunidade

de adquirir hábitos saudáveis. As rápidas mudanças socioeconómicas têm transformado os padrões de consumo e estilos de vida associados a um aumento dos níveis de *stress* e uma alimentação desequilibrada (Ferreira, 2012). A cessação do uso do tabaco, a redução do sal na dieta, uma alimentação baixa em gorduras saturadas, rica em fibras, vegetais, fruta, peixe e legumes; a atividade física regular, diminuição do excesso de peso e a prevenção do uso nocivo do álcool têm demonstrado reduzir o risco de DCV (Ibidem). Além disso, o tratamento medicamentoso da DM, da HTA e da hipercolesterolemia, podem ser necessários para reduzir o risco cardiovascular e prevenir complicações cardíacas (Lima, *et al.*, 2013). Políticas de saúde que criam ambientes propícios para fazer escolhas saudáveis acessíveis e disponíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotar e manter um comportamento saudável (DGS, 2014).

Um estudo desenvolvido no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge demonstrou que, numa população entre os 18 e os 79 anos, cerca de 55% das pessoas têm 2 ou mais fatores de risco cardiovasculares:

- ✓ Mais de metade apresentam excesso de peso ou obesidade;
- ✓ Cerca de 40% têm HTA;
- ✓ 1/4 são fumadores;
- ✓ Cerca de 30% têm níveis elevados de colesterol;
- ✓ Numero elevado de pessoas com DM.

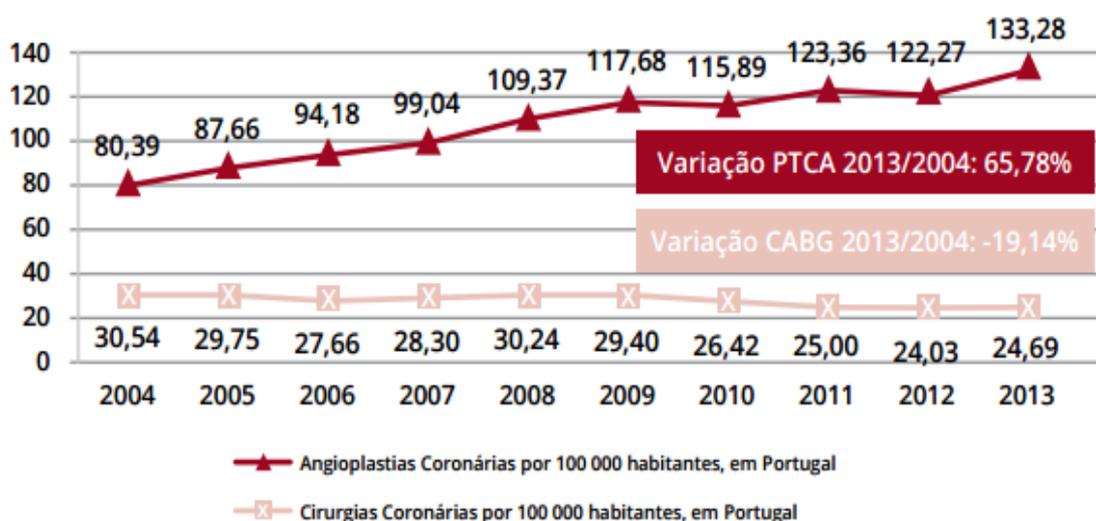
Estes números comprovam que em Portugal, ainda há muito por fazer no sentido de reduzir o risco de doença cardiovascular, principalmente no EAM, dado que somos um dos países com maior mortalidade na Europa (Bourbon, *et al.*, 2015). Para alcançarmos melhores resultados na redução de mortalidade e morbilidade por doença cardiovascular, precisamos de adotar estratégias inovadoras e mais eficientes. Precisamos de cidadãos mais informados e intervenientes. Neste processo, deverão estar mobilizadas sociedades científicas, profissionais de saúde e doentes. Deverão ser incentivadas todas as iniciativas que aumentem o conhecimento da população em geral sobre os principais fatores de risco e a melhor forma de os prevenir. A legislação a implementar deve favorecer o desenvolvimento de programas na comunidade que promovam o acesso imediato a programas de formação sobre manobras de SBV com o acesso mais rápido possível a desfibrilhação precoce (Morais, 2014).

Apesar do desenvolvimento das técnicas de intervenção não cirúrgica, a cirurgia cardíaca ocupa ainda um lugar central no tratamento das doenças cardiovasculares, congénitas ou adquiridas. No domínio das doenças adquiridas do coração, as principais áreas de intervenção cirúrgica referem-se à doença das artérias coronárias e à doença valvular.

De acordo com Antunes *et.al* (2016), a cirurgia das artérias coronárias ocupa mais de um terço da atividade cirúrgica, seja como forma isolada de tratamento, seja em combinação com a cirurgia valvular. Apesar do crescimento das técnicas de intervenção coronária percutânea, a cirurgia convencional mantém um lugar de relevo no tratamento da doença coronária. No relatório da DGS de 2014 (DGS, 2014), são apresentadas as diferenças entre o tipo de intervenções coronárias para a revascularização miocárdica (figura 4). É notório que as intervenções coronárias percutâneas (ICP) têm um perfil de realização ascendente contrariamente à revascularização por cirurgia coronária convencional, associado à melhoria de resposta dos serviços de saúde e da preferência pela técnica menos invasiva possível.

Figura 4. Evolução Comparativa entre Técnicas de Revascularização Miocárdica

Angioplastia Percutânea versus Cirurgia Coronária, por 100000 habitantes, em Portugal (2004-2013)



Fonte: Doenças Cérebro-Vasculares em Números, DGS(Portugal, 2014 p. 76)

A doença valvular de natureza degenerativa, associada à maior longevidade da população, vem assumindo uma prevalência crescente em Portugal (Antunes, *et al.*, 2016). A patologia da estenose valvular aórtica está presente nos serviços cirúrgicos em números cada vez maiores, uma vez que a idade deixou de ser uma barreira biológica à cirurgia e os resultados cirúrgicos são cada vez melhores. Estima-se que um em cada oito indivíduos com mais de 75 anos possa ter uma forma moderada a grave de doença valvular (Ibidem). Derivado ainda da maior longevidade, assiste-se hoje em dia a um aumento significativo de doentes com doença plurivalvular, correspondendo a um misto de doença degenerativa numa válvula, com sequelas de reumatismo ou alterações funcionais significativas noutra

válvula. Esta patologia requer uma intervenção cirúrgica e não se prevê que tenha solução percutânea a médio prazo. Do mesmo modo, surge a crescente associação de doença valvular e coronária, em que a cirurgia tem um papel preponderante e as indicações para intervenção percutânea são pouco claras (Antunes, *et al.*, 2016).

Relativamente aos aneurismas e à disseção da aorta, este tipo de cirurgias não se realizam em grande número comparativamente às anteriores, no entanto, e tendo em conta a sua complexidade, resultam por vezes em taxas de morbilidade e mortalidade significativas (Antunes, *et al.*, 2016). Têm por definição, na sua maioria, um carácter emergente, pelo que é necessário intervir de forma imediata.

O transplante cardíaco é uma realidade no nosso país desde 1986, realizado pela primeira vez no Hospital de Santa Cruz em Lisboa. Desde então o número de transplantes realizados por ano foi aumentando gradualmente e no final de 2015, tinham sido transplantados 784 doentes em Portugal. Antunes *et al.*(2016) referem que se tem verificado uma relação direta entre a quantidade de procedimentos e a qualidade, o que é benéfico para todos.

Relativamente à cirurgia torácica, o aumento do cancro do pulmão tem dado ênfase a esta especialidade. As técnicas e procedimentos torácicos têm evoluído no sentido da menor invasibilidade, ainda que a lobectomia e, em muito menor número, a pneumectomia continuam a ser as cirurgias de eleição para o cancro do pulmão (Antunes, *et al.*, 2016) . A transplantação pulmonar é de carácter suprarregional ou nacional, ocorrendo atualmente num único centro dedicado com cirurgia cardiotorácica - Hospital de Santa Marta em Lisboa, onde foi efetuada pela primeira vez em 2001. Este centro realizou nos últimos anos mais de 100 transplantes pulmonares, verificando-se uma média de 15 transplantes/ano. Em 2014 e 2015 foram realizados 18 e 14 procedimentos, respetivamente (Ibidem).

2.2 O Cuidado à Pessoa com Patologia Coronária

Os doentes com patologias do foro cardíaco necessitam, dependendo da sua situação clínica, de ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, como uma das opções de tratamento. A cirurgia do foro cardíaco está, desde há muito tempo, associada a sentimentos de medo, ansiedade, angústia, e por vezes, à ideia da possibilidade de morte, uma vez que é o órgão vital do corpo humano o implicado.

Sem necessidade de pormenorizar todo tipo de cirurgias cardíacas que se realizam hoje em dia, torna-se importante abordar alguns aspetos da área da cirurgia cardiotorácica,

nomeadamente, compreender as transformações que este evento traz na vida do doente e até que ponto o enfermeiro é importante em todo o processo.

“O elevado número de habitantes do Minho e a elevada capacidade de diagnóstico cardiológico nesta região, são fatores responsáveis por um grande número de doentes com necessidade de cirurgia cardíaca, os quais aumentam de forma substancial as listas de espera dos serviços cirúrgicos concentrados na cidade do Porto” (Antunes, *et al.*,2016 p.60). Desta forma o CCCT do HSJ revê-se por vezes na dificuldade em dar resposta ao crescente número de solicitações para tratamento cirúrgico de patologias cardíacas.

O elevado número de doentes que passa anualmente pelos serviços de cirurgia cardiotorácica requer, para dar resposta às suas necessidades, uma equipa formada e competente, capaz de acolher o doente e acompanhar de perto todo o processo envolvente. O doente é submetido a uma série de protocolos específicos até reunir as condições necessárias e seguras para a cirurgia, sendo sempre acompanhado por uma equipa multidisciplinar, de entre a qual se destaca a importância do enfermeiro.

O papel do enfermeiro que acompanha o doente do foro cardíaco é preponderante, desde o momento, em que este recebe a notícia sobre a necessidade de ser submetido a uma cirurgia, até ao momento da sua total recuperação. O enfermeiro está presente desde o momento da admissão hospitalar até à alta, proporcionando ao doente segurança, envolvimento em todo o processo, prestação de cuidados de qualidade, com esclarecimento de dúvidas e realização de ensinamentos sobre os cuidados a ter no pré e no pós-operatório, de acordo com a complexidade da cirurgia.

Para proporcionar ao doente o seu bem-estar é necessário que se proceda a um acolhimento adequado no momento do internamento hospitalar. Tendo em conta que é um momento de tensão, que será minimizado à medida que as informações forem fornecidas e todas as dúvidas esclarecidas, o comportamento dos profissionais, em particular dos enfermeiros, é decisivo para que o doente se sinta seguro e confiante. É um momento privilegiado, pois inicia-se um processo de empatia entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é o elemento essencial. São estes primeiros contactos que transmitem satisfação e uma sensação de proximidade à equipa, desdramatizando a sua hospitalização e minimizando os medos inerentes à mesma. A forma como se acolhe o doente poderá determinar o seu nível de ansiedade e a forma como este irá encarar todo o processo de internamento.

De acordo com Cavalcanti *et al.*(2007), nos cuidados em cirurgia cardíaca existe uma vertente tecnológica acentuada, um elevado nível de *stress* e de azáfama, bem como, o medo associado à dor e à morte. No meio deste processo o EEEMC deve sobressair e ser

um elemento apaziguador e de confiança. É primordial que o enfermeiro se foque tanto nas necessidades básicas do doente e da sua família, como na prestação de cuidados sofisticados, na vigilância contínua de parâmetros complexos, na atenção e na presença constante demonstrando disponibilidade, ao mesmo tempo que concilia tarefas de grande responsabilidade como a manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais. É um papel exigente, mas fulcral para assegurar o bem-estar do doente, prevenir possíveis complicações e promover a sua autonomia de uma forma precoce.

Os cuidados de enfermagem após a cirurgia cardíaca numa fase inicial são ininterruptos. Os doentes são encaminhados para a UCI no pós-operatório e a sua instabilidade hemodinâmica requer cuidados especializados e uma vigilância permanente.

As UCI's são um serviço de ponta que disponibilizam aos cidadãos, em situação de doença crítica, cuidados de saúde associados a uma alta sofisticação e ao uso de tecnologia moderna (Silva, 2013). Refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a presença de um ambiente aparentemente mais centrado na vertente técnica, no entanto, não dispensam a humanização dos cuidados, demonstrada pela atitude relacional da equipa multidisciplinar com o doente e os seus familiares. Caracterizam-se pela admissão de doentes em risco de vida, com patologias graves, dependentes de meios de diagnóstico diferenciados e tratamentos decisivos para a sua recuperação. As UCI's distinguem-se dos outros serviços em vários aspetos, nomeadamente no rácio enfermeiro-doente, critérios de admissão, protocolos específicos, estrutura física e nível de vigilância.

De acordo com a DGS, a UCI é um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003).

O desenvolvimento da medicina intensiva traduz-se numa galopante evolução da diferenciação dos cuidados de saúde. O aumento da esperança média de vida, em muito se deve à capacidade de manutenção de funções vitais por longos períodos permitindo assim dar uma nova oportunidade à vida. Para além da vertente tecnológica, a UCI é um serviço com uma conotação emocional intensa pela gravidade e instabilidade com que os doentes se encontram. O risco eminente de vida e a urgência de atitudes perante focos de instabilidade, exige uma prestação de cuidados de enfermagem imediatos e altamente qualificados. A UCI cumpre assim o objetivo de prestar cuidados contínuos e de elevada competência ao doente crítico, num espaço privilegiado em termos técnicos e humanos, a fim de fazer face à maioria das situações adversas no âmbito da saúde.

A exigente componente técnica e relacional da prestação de cuidados, aliada a uma conotação de gravidade clínica, fomenta o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e reforça a importância de uma prática especializada. No âmbito do doente com patologia coronária, a recuperação da cirurgia cardíaca é complexa e requer condições adequadas, nomeadamente monitorização invasiva, ventilação mecânica invasiva, sedação e analgesia endovenosa, controlo rigoroso do balanço hídrico, administração de sangue e hemoderivados, vigilância de parâmetros analíticos, drenagens horárias, cuidados de higiene, posicionamentos com alternância de decúbitos, gestão farmacológica, controlo da dor, atitudes face ao controlo de infeção e uma palavra de conforto à família. A exigência da vigilância no pós-operatório requer intervenções precisas, com identificação de focos de instabilidade e respostas antecipatórias aos mesmos.

A cirurgia cardíaca por si só implica a presença de uma ferida cirúrgica localizada no centro do tórax, sendo um fator importante e alvo de atenção do enfermeiro no que se refere ao controlo da dor e à vigilância de sinais de complicação. Em todo o contacto com o doente no momento pós-operatório deve existir especial cuidado com os movimentos, pelo risco acrescido de mobilizar os drenos torácicos e pela importância de manter a região intacta no que concerne ao controlo de infeção.

De acordo com a World Health Organization (2002), a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), é definida como uma infeção adquirida num hospital ou outra instituição de saúde, por um doente que foi admitido por outro motivo. Este tipo de infeção não está presente ou em incubação no momento da admissão, tendo início 48 h após a admissão. Inclui a infeção que surge após a alta, mas adquirida na instituição de saúde, assim como a infeção nosocomial dos profissionais de saúde dessa mesma instituição (Ibidem).

A IACS é 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 (DGS, 2007). O controlo de infeção e todas as intervenções que esta premissa exige são competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, pelo que é essencial cumprir as precauções básicas delineadas pela Direção Geral de Saúde. O EEEMC reúne assim um conjunto de competências especializadas com capacidade para tomar decisões e dar resposta às necessidades individuais do doente, sendo um profissional habilitado para uma prestação de cuidados altamente qualificados neste âmbito específico.

A componente cirúrgica do tratamento da patologia coronária, provoca por vezes períodos de ansiedade para o doente e família que podem ser minimizados através da utilização de uma linguagem clara e simples por parte do EEEMC. A informação deve ser fornecida ao

doente/família de forma gradual, tendo em conta a linguagem utilizada e a capacidade cognitiva e de interpretação. Torna-se necessário encorajar a verbalização das inquietações, saber escutar, ser compreensivo e proporcionar informações concretas e simples que ajudem à compreensão de todo o processo de tratamento. Os principais medos estão relacionados com as implicações que a cirurgia trará à sua qualidade de vida, com a morte, a anestesia e o procedimento cirúrgico em si (Tetani, *et al.*, 2006). Os temores são expressos sob diversas formas, sendo o enfermeiro responsável por identificar e reconhecer a melhor forma de gerir a situação, proporcionando ao doente a tranquilidade necessária para este momento. O conhecimento das necessidades de informação, bem como, dos fatores facilitadores e dificultadores permite ao enfermeiro desenvolver estratégias para a otimização do processo comunicacional, no sentido de atuar como facilitador no processo de transição vivido pelo doente/família, através do estabelecimento de uma comunicação eficaz e adequada.

Como refere Pereira (2005 p. 30) “A comunicação é uma arma terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e familiar necessitam para serem ajudados e ajudarem-se a si próprios”.

A transição saúde-doença é uma área intimamente ligada à enfermagem. Afaf Ibrahim Meleis é a autora que mais se destaca neste âmbito, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. A transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento, e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que a pessoa, consoante o contexto e a situação, tem de incorporar novos conhecimentos (Meleis, 2010).

De entre as múltiplas transições que ocorrem ao longo do ciclo de vida, a maior parte ocorrem em momentos críticos ou pontos de viragem. De acordo com Meleis (2010), a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação à mudança. A teoria das transições, apresentada por Meleis *et al.* (2010) abrange três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições das transições (facilitadoras ou inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de

resultado). De entre os tipos de transições existentes², a transição saúde-doença refere-se às mudanças súbitas de papel, que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica. Segundo a autora, os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos doentes e famílias que experienciam transições no âmbito da saúde-doença, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas.

A presença do enfermeiro ao longo de todo o processo de transição saúde-doença, permite acompanhar a pessoa/família em situação crítica e identificar as diferentes necessidades de cuidados de saúde presentes com o decorrer do tempo. O EEEMC não tem um papel preponderante somente na fase aguda da doença, a sua intervenção na fase de recuperação pode ser decisiva para uma evolução positiva a longo prazo. Exemplo desta intervenção é a realização da consulta de *follow-up* meses após a alta.

A consulta de *follow-up* assume-se como um momento de excelência, em que profissionais de saúde e o doente/família se reúnem, após uma situação de doença, com o objetivo de avaliar a evolução do doente após a alta hospitalar. A necessidade premente de acompanhar e prolongar os cuidados de saúde prestados aos doentes internados no CCCT, após a alta, permitirá conhecer os seus progressos e proporcionar uma oportunidade para contribuir para uma melhor qualidade de vida. Avaliar o resultado das atitudes terapêuticas praticadas no CCCT através da aplicação de escalas validadas, bem como ter a oportunidade de rever o doente e tomar conhecimento das suas principais necessidades, assumem-se como vantagens excelentes da consulta de *follow-up*. À retaguarda desta consulta considera-se pertinente construir um corpo de conhecimentos sobre a qualidade de vida do doente após um evento crítico, neste caso, após a necessidade de uma cirurgia cardiotorácica.

²De acordo com a teoria de Meleis existem quatro tipos de transições particulares, mais especificamente, as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Meleis, *et al.*, 2010)

3. A Importância da Formação para o Desenvolvimento de Competências

O desenvolvimento do ser humano e a sua constante evolução tem por base um conjunto de fatores que lhe permite desenvolver capacidades de adaptação ao meio envolvente. A formação é um recurso essencial para que esta adaptação se processe, pois permite construir um corpo de conhecimentos necessários para enfrentar as exigências da atualidade que se vão colocando a cada momento.

Segundo Nóvoa *et al.* (1992), a formação consiste num percurso estruturado de transformação dos formandos relativamente aos seus conhecimentos, às suas capacidades e às suas atitudes. Para Dias (2004, p. 58) a formação é “um processo de transformação individual que envolve a dimensão do *saber* (conhecimentos), do *saber-fazer* (capacidades), do *saber-ser* (atitudes e comportamentos) e do *saber-aprender* (evolução das situações e permanente atualização e adaptação que estas exigem) ”.

Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um *saber-transformar*, ou seja, uma adaptação entre estes saberes aliada a uma adaptação ao contexto de trabalho (Dias, *et al.*, 2005). A interação destes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, promovem o desenvolvimento de competências.

Podemos considerar, que a formação é um processo do próprio formando e ao mesmo tempo organizacional, uma vez que, demonstra um esforço estruturado que leva à transformação de competências individuais com o objetivo de melhorar o desempenho do profissional e atingir os objetivos organizacionais.

Dias (2004, p. 23), refere também que a formação “ (...) tanto pode ser entendida como o espaço de tempo em que esta se desenvolve, como o efeito desta sobre os indivíduos.” A formação produz mutações internas na pessoa que a recebe, dependendo da abertura que esta tem para a mudança e para o reconhecimento da existência de necessidades no âmbito da formação. Para Fabião *et al.*(2005), a formação é encarada como um processo que não é pontual nem assistemático, mas o sujeito é o ator principal, devendo esta estar focada nos seus interesses e necessidades.

De acordo com Amiguiño (1992) citado por Fabião *et al.* (2005) a formação “ (...) é considerada a pedra de toque, a questão base, o processo fundamental capaz de operar as transformações que se pretendem introduzir nos sistemas e nos lugares institucionais onde decorre a ação dos indivíduos, visando otimizar os seus fins”.

A formação procura concretizar um processo de aprendizagem através da atualização de conhecimentos, da partilha de experiências e da própria experiência vivida em contexto

real. Mais do que a aquisição de um saber, existe a tendência para a aprendizagem de um saber fazer, constituído por condutas e práticas, e para o desenvolvimento de um saber estar, relacionado com atitudes e comportamentos, que permitem aos indivíduos alargar o seu campo de compreensão e de ação (Tojal, 2011). Deste modo, tende-se a colmatar as lacunas do ensino prévio, capacitando o indivíduo para a aquisição de novas competências, com impacto direto na sua prática profissional.

Para Oliveira e Pereira (2006), a formação só faz sentido quando contextualizada e adaptada, dotada de uma importância tal, que seja capaz de levar à mudança de comportamentos, a fim de contribuir para uma prática diária cada vez mais competente. Na mesma linha de pensamento, Fabião *et al.* (2005 p. 239) afirmam que “Formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências e atitudes, de forma a que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados visando a obtenção de ganhos em saúde.”

Chaves (2000), relativamente à temática da evolução do conceito de formação, revela que durante muito tempo se preconizava que a transmissão de conhecimentos e a sua suposta aquisição por parte dos formandos, era condição suficiente para a resolução da maioria dos problemas existentes dentro de uma profissão. Ou seja, acreditava-se que o conhecimento seria algo estanque e adquirido, adaptável às múltiplas situações-problema. As competências revestiam-se de um carácter mais tecnicista, transversal à evolução do conhecimento.

Este pensamento está atualmente ultrapassado, e nunca foi tão evidente como hoje, que todo o conhecimento se apresenta incerto, instável e efémero. O próprio contexto no qual estamos inseridos e no qual espelhamos as nossas competências, também ele se apresenta vivo, mutável e sempre inacabado. Todas as situações são um caso único, singular e em constante evolução (Chaves, 2000).

Derrubada assim a imagem da extensa validade dos conhecimentos, adquiridos na fase de formação inicial, Chaves (2000) atribui significativa importância a duas dimensões paradigmáticas sobre a formação. Inicialmente é preciso reconhecer o

“princípio de inacabamento subjacente, quer à produção universal de conhecimento, quer à reconstrução pessoal dos saberes e, nele, a imprescindível condição de abertura ao novo, como única via de atualização informacional que possa facilitar, em cada sujeito, os processos de reconstrução dinâmica de saberes e competências.” (Chaves, 2000 p. 96).

Em segundo lugar emerge a necessidade de reconhecer que a formação é constante ao longo da vida, com o objetivo de contrapor o processo contínuo de desatualização. A autora

supra citada defende ainda que hoje, e todos os dias, estamos aptos a nascer profissionalmente, de novo. Ou seja, é necessário compreender que

“a dúvida é fecunda, que nela radica a hipótese de pesquisa de novas (e também instáveis) certezas e que os espaços de intervenção profissional escondem, na superficialidade das rotinas, diferenças abismais de dia para dia, de quarto para quarto, de doente para doente, de hospital para hospital, de enfermeiro para enfermeiro (...)” (Chaves, 2000 p. 90).

Não se pretende com este raciocínio, afirmar que todo o nosso conhecimento anterior seja passível de rejeição, pretende-se sim, uma mudança de atitude ao nível da capacidade de reflexão em que a uma *praxis* de autómato, se dê preferência a uma ação refletida, humanizada, e pertinente, no sentido de adquirir e desenvolver competências especializadas.

Este paralelismo entre o indivíduo em formação e a evolução constante do seu contexto, traduz a importância que este tema acarreta para a atualidade em que vivemos. A imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional exige dos sujeitos o aprimorar do sentido crítico e a busca incessante pela melhoria. A competitividade surge inevitavelmente e potencia o desenvolvimento dos profissionais, permitindo-lhe reconhecer o valor chave da formação para o crescimento pessoal e profissional.

Segundo Fabião *et al.*(2005), a formação pode ser encarada como o principal meio social e institucional gerador de competências, o que lhe confere um papel prioritário e de responsabilidade na garantia da qualidade.

Pensar em formação, conduz-nos a refletir sobre a importância que cada profissional assume perante as necessidades formativas significativas para si e para o seu desenvolvimento. Formar-se é um meio privilegiado para atingir competências e aprimorar conhecimentos, é um recurso acessível e deveras importante no percurso de um profissional competente.

A conceptualização da formação depende ainda de um outro fator importante, a motivação dos formandos. Segundo Dias (2004), a motivação é a chave da aprendizagem, estando esta dependente das necessidades sentidas e dos objetivos pessoais de cada indivíduo. “A motivação nunca atua separada nem da aprendizagem, nem da perceção (...) a motivação afeta a aprendizagem como também a aprendizagem afeta a motivação” (Dias, 2004 p. 34). Um comportamento “motivado” é considerado um comportamento orientado para um objetivo positivo, ou seja, todo o comportamento que desperte no indivíduo entusiasmo e dinamismo permite evolução.

Numa sociedade que caminha de forma galopante para uma evolução tecnológica e de ideais de saúde, vemo-nos na necessidade de uma atualização permanente. As

necessidades de atualização/formação variam de sociedade para sociedade e de indivíduo para indivíduo. As necessidades de formação em enfermagem diferem de enfermeiro para enfermeiro, cada ser é único. Os projetos de formação devem deste modo dar resposta às verdadeiras necessidades dos seus intervenientes, tendo por base uma forte motivação e entusiasmo, no sentido de perspetivar o futuro e consolidar competências.

No relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, presidida por Jacques Delors, é possível constatar que a educação e a formação têm um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo e das sociedades.

Delors *et al.* (1996 p. 17) referem: “ (...) parece impor-se, cada vez mais, o conceito de educação ao longo de toda a vida, dadas as vantagens que oferecem em matéria de flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e no espaço.” A importância atribuída ao papel da formação, no desenvolvimento de competências do indivíduo é notória e transversal ao longo do tempo.

Todo o meio envolvente tem o seu potencial educativo, destacando-se os meios de comunicação, as atividades profissionais e até mesmo as atividades de cultura e lazer. Existe uma exigência fundamental a nível da educação e da formação, a de aprendermos a aprender, que é válida para acompanhar a vida pessoal, a vida profissional e a vida social. “É a ideia de educação permanente que deve ser repensada e ampliada” (Delors, *et al.*, 1996 p. 17).

Os elementos básicos para “aprender a viver juntos” passam por “aprender a conhecer”, “aprender a fazer” e “aprender a ser”, considerando-os como pilares do conhecimento e linhas orientadoras de toda uma aprendizagem contínua do indivíduo, inserido numa sociedade (Delors, *et al.*, 1996).

Dias (2004 p. 24) refere que “o indivíduo adulto tem um papel ativo e de grande responsabilidade na sua própria transformação ao longo da vida, dependendo essencialmente de estímulos internos e motivacionais.”

Para Canário a formação de adultos deve ocorrer segundo o modelo de formação-ação, em que as estratégias formativas ocorrem em estreita ligação com os contextos de trabalho do formando. “O modelo de formação-ação centrado na resolução de problemas ou realização de projetos é uma das metodologias que melhor se adequam às necessidades detetadas” (Canário, 1997 p. 128). O adulto é livre de definir as suas necessidades de formação, na medida em que, se torna capaz de assumir a responsabilidade pela sua formação, podendo intervir na sociedade e no seu local de trabalho, como exemplo e agente de mudança.

Segundo o mesmo autor (1997 p. 119) “a prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação”. No campo da saúde, à semelhança do que acontece nos restantes domínios da atividade social e profissional, assiste-se a mutações importantes decorrentes da revolução tecnológica da informação. Desta forma, a formação emerge como um instrumento essencial, quer para fazer face a mudanças que decorrem da própria apatia social, quer para produzir e gerar modificações deliberadas (Ibidem).

A formação assume-se como um dos alicerces para o aumento e a garantia da qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com o mesmo autor a formação constituiu-se como instrumento de mudança, o que se deve à importância crescente que lhe foi atribuída no campo da saúde e que se tem vindo a traduzir sob três grandes tendências:

- ✓ Desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua, dirigida aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros.
- ✓ Reconfiguração dos territórios profissionais da saúde, com uma reformulação no interior das profissões clássicas (médico e enfermeiro), tendo em conta a importância da criação de novas especialidades e conseqüentemente novos grupos profissionais.
- ✓ Melhoria na articulação entre a formação (nomeadamente a formação inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos grupos profissionais da saúde.

De acordo com a opinião de Dias *et al.* (2005), o mercado de trabalho solicita profissionais polivalentes e multidisciplinares, capazes de assumir o compromisso de acordo com a sua dimensão profissional, o que gera uma elevada necessidade de formação académica por parte dos profissionais de saúde. Nos últimos anos, tem-se verificado maior investimento na área da formação, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para as exigências, cada vez mais notórias, da prestação de cuidados ao doente. A articulação entre a formação e o desempenho profissional é fundamental para uma prática de enfermagem cada vez mais baseada na evidência.

As rápidas transformações que se têm verificado no mundo atual exigem que os indivíduos se apropriem de conhecimentos e os convertam de forma dinâmica, de modo a poderem resolver os novos e complexos problemas que lhes vão sendo colocados, com sentido crítico e criatividade (Fabião, *et al.*, 2005). O enfermeiro, como responsável pelo seu crescimento profissional, deve pautar a sua prática baseada na evidência, investindo na formação ao longo do seu percurso profissional.

O processo de cuidar, pela sua especificidade, determina que o profissional desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar e à mudança dos contextos. Segundo o mesmo autor, a enfermagem assume-se como uma profissão complexa, o que pressupõe uma estratégia de formação que permita ao enfermeiro desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas, sendo essencial reconhecer a importância das dimensões existenciais, relacionais e afetivas.

A profissão de enfermagem exige, assim, uma mobilização constante de conhecimentos específicos, adquiridos quer na formação inicial quer no percurso académico especializado, imprescindíveis para o desenvolvimento de competências e para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade. Na opinião de Dias *et al.* (2005) estes conhecimentos devem ser continuamente atualizados através da formação permanente, da formação contínua e da formação em serviço.

Reconhece-se, hoje em dia, que o cuidar do outro, na sua plenitude, é uma missão de enfermagem e dos profissionais que todos os dias prestam cuidados ao indivíduo, à sua família e à comunidade. A finalidade da formação em enfermagem é a preparação para o cuidar, uma prática de enfermagem refletida, tendo por base um quadro referencial holístico e humanístico (Fabião, *et al.*, 2005).

Os autores supracitados expressam ainda que “durante décadas a formação em enfermagem punha em prática um modelo objetivista/racionalista, um modelo rígido e burocrático, especializado e fragmentado” (Fabião, *et al.*, 2005 p. 236). As metodologias de ensino privilegiavam, sobretudo, um modelo de aprendizagem em que o aluno era um recetor passivo de conhecimentos transmitidos e o professor o centro da atividade educativa. A formação dos enfermeiros privilegiava um elevado nível técnico, estando limitada a criatividade e a imaginação do profissional.

A formação de enfermagem hoje, transcende a perspetiva tecnológica e tecnicista, dando lugar a uma valorização do pensamento crítico e ético. Toda a intervenção de enfermagem deve ter presente a dimensão ética do cuidar e a qualidade dos cuidados, uma vez que a sedimentação da formação deve ser obtida em contexto prático (Fabião, *et al.*, 2005).

Abreu (2001 p. 78) refere que “A formação é uma construção sociocognitiva, que permite aos enfermeiros apropriarem-se das suas próprias ações construindo um património de competências transferíveis”. A celeridade com que observamos hoje em dia a evolução da informação, a veracidade dos estudos, a reformulação de hipóteses, a crença em novas atitudes terapêuticas e o avanço da tecnologia médica, implica que o enfermeiro deva assumir-se como um sistema aberto em permanente atualização.

O impulso da mudança deve ser implementado, e a prestação de cuidados de saúde deve ter por base conhecimentos sólidos e não uma simples adaptação ao local de trabalho. Assume-se de crucial importância dar um novo rumo à formação na área da saúde, e em particular, na área de enfermagem, no sentido de compreender o seu verdadeiro significado e ampliar as suas potencialidades.

Segundo Bento (1997) cit. por Lourenço e Mendes (2008 p. 42) o modelo de formação contínua dos enfermeiros deverá cumprir alguns requisitos:

- ✓ Promover o envolvimento dos enfermeiros em atividades de investigação.
- ✓ Utilizar como modalidade dominante a formação-ação baseada na reflexão a fim de que os enfermeiros produzam os seus próprios conhecimentos.
- ✓ Aproveitar a formação em serviço para manter uma dinâmica de projetos profissionais, isto é, dar oportunidade aos enfermeiros de explanar as suas ideias e a sua criatividade.
- ✓ Valorizar a experiência pessoal e profissional dos enfermeiros, promover a sua participação na tomada de decisão em relação aos métodos e conteúdos da formação.
- ✓ Constituir uma estratégia impulsionadora de mudança institucional.
- ✓ Visar a mudança do contexto de trabalho e não a adaptação do indivíduo ao trabalho.
- ✓ Apostar no potencial formativo das situações de trabalho, orientado para a resolução de problemas identificados pela equipa.
- ✓ Delinear uma estratégia de formação e cooperação entre a equipa e a instituição.
- ✓ Definir que formar não é ensinar conteúdos, mas sim resolver problemas coletivamente.

Pensar na qualidade e agir em conformidade é sempre um caminho positivo. Criar e desenvolver uma cultura de qualidade, no âmbito da saúde, deve pautar a conduta do enfermeiro e assumir-se com um desafio individual e coletivo.

Os momentos de formação devem permitir um processo de expansão socioprofissional e pessoal, resultado do envolvimento e confronto das perspetivas dos formadores, dos formandos e da própria instituição. Importa estimular a análise reflexiva e crítica dos profissionais envolvidos e ser capaz de integrar a experiência pessoal como conteúdo essencial de crescimento. O profissional de saúde, e em particular o enfermeiro, forma-se essencialmente pelas aprendizagens que obtém, se estas forem significativas para si e se traduzirem uma reestruturação no seu desempenho.

A formação em serviço é valorizada, no sentido em que, é possível reunir os recursos existentes no seio de uma equipa e as necessidades da mesma, em momentos de partilha e de aprendizagem. Para Dias (2004), sendo o enfermeiro um ator que interage nos diferentes contextos, a formação em serviço pode contribuir para o seu crescimento pessoal e profissional, redefinindo as suas práticas de trabalho. Segundo Basto (1998) cit.

por Dias (2004 p. 52) “O contexto de trabalho determina em grande parte o desempenho dos enfermeiros através de normas e valores”. Deste modo, é importante que os contextos de trabalho sejam potenciadores de momentos de formação e estimulem o pensamento crítico e a motivação para a formação.

De acordo com o Decreto-lei nº 437/91 (DR, 1991) de 8 de Novembro da Carreira de Enfermagem “ (...) a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.” Durante a vigência do Decreto-lei em causa, a concretização da formação em serviço era da responsabilidade de um Enfermeiro Especialista ou, na sua falta, de um Enfermeiro Graduado, mediante decisão do Enfermeiro Chefe do serviço.

Atualmente a Carreira de Enfermagem é regulada pelo Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, que revoga o anterior (Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro). Na atual legislação, definem-se duas categorias para a carreira especial de enfermagem: Enfermeiro e Enfermeiro Principal. No que concerne à área da formação, pode ler-se no Artigo 9º do Decreto-lei em vigor, referente ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro e às suas funções, o seguinte: “(...) n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna. (...); p) Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.” (DR, 2009). A última alínea transcrita, cabe apenas aos enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista.

Relativamente ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Principal o Artigo 10º do Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro acrescenta ainda que os enfermeiros neste domínio devem: “ l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade.” A formação, segundo a Carreira de Enfermagem em vigor, é da competência do Enfermeiro e do Enfermeiro Principal, em diferentes níveis, o que remete para a importância de trabalhar em parceria e com o mesmo objetivo neste âmbito da profissão.

De acordo com Conceição *et. al* (1998) a formação, nomeadamente a formação em serviço, deve ser utilizada no sentido do aperfeiçoamento de competências e na resposta às necessidades quer dos formandos, quer dos utentes, quer da organização. “A formação é muitas vezes utilizada para resolver problemas pontuais e nem sempre é orientada para satisfazer as necessidades dos formandos.”(Conceição, *et al.*, 1998 p. 43). Para fazer face a esta situação, as autoras citadas sugerem que a formação seja contínua, isto é, deve ser

um processo e não um acontecimento. Sugerem também a necessidade de formular estratégias de formação que vão de encontro às necessidades dos enfermeiros.

Para que formação em serviço tenha sucesso é importante que os enfermeiros reconheçam no enfermeiro formador um conjunto de competências, que para além de outras, deverão ser essenciais as de relacionamento interpessoal. O enfermeiro formador deverá ser uma referência e um modelo no que se refere ao desenvolvimento profissional.

A formação assume assim um papel preponderante na aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem. A competência não é estática mas sim um processo de adaptação na aplicação de saberes à componente prática. Enquanto profissão em constante evolução, a enfermagem preconiza o desenvolvimento de competências capazes de dar resposta às necessidades do doente e da sua família. O enfermeiro especialista assume um papel essencial no planeamento e na prestação de cuidados de saúde, com base na sua experiência e no desenvolvimento contínuo das suas competências.

PARTE II

**Desenvolvimento de Competências Especializadas à Pessoa em Situação
Crítica no contexto da Cirurgia Cardiorácica**

1. Estágio de Natureza Profissional: O Contexto

O plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPVC prevê a possibilidade de optar por uma dissertação, trabalho de projeto ou estágio de natureza profissional como última etapa para a obtenção do título. Como referido anteriormente a minha opção recaiu sobre o estágio de natureza profissional.

Segundo o despacho nº 16549/2012, artº 6 (DR, 2012 p. 40975) sobre as Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

“O estágio de natureza profissional visa complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho.”

Reconheço que qualquer uma das vertentes se assume como um percurso exigente e interessante, no entanto, o interesse pessoal por um contacto mais próximo ao doente e à realidade do dia-a-dia da enfermagem, focada no doente crítico, foi fator decisivo para justificar a opção pela realização do ENP. A realização do estágio de natureza profissional ocorreu fundamentalmente pela possibilidade de desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais junto do doente/família e equipa multidisciplinar num contexto de cuidados de elevada complexidade. Paralelamente a estes fatores foi possível ainda contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção que favoreçam a transformação e inovação dos contextos da prática clínica.

Partindo do princípio, que o enfermeiro especialista tem um domínio específico de conhecimentos numa determinada área, é essencial que a sua formação seja contínua, especializada e focada nessa área singular. O estágio e toda a sua vertente prática, tem um papel preponderante para a construção e melhoria de novos conhecimentos, direcionada neste caso em particular, para o cuidar das pessoas e suas famílias a viver processos complexos de doença crítica.

A aquisição de conhecimentos que possibilite uma prática eficaz, na prestação de cuidados de saúde, é um dos objetivos fundamentais do ensino em enfermagem. A profissão desde muito cedo teve uma forte componente formativa associada à prática profissional, através dos ensinamentos clínicos (Rua, 2009). A aprendizagem em contexto clínico afigura-se de primordial importância no desenvolvimento do aluno, possibilitando a mobilização dos conhecimentos adquiridos, contextualizando-os e aplicando-os, permitindo assim a consolidação de saberes.

A realização de momentos de aprendizagem como o ENP, promove a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais e humanas que complementam os conteúdos teóricos e o corpo de conhecimentos prévio, permitindo a progressão para um nível de conhecimentos diferenciado. Esta opinião é corroborada por Abreu (2003) que defende que os estágios se constituem como momentos formativos insubstituíveis a vários níveis: na mobilização e aplicação de conhecimentos, aliados à reflexão para, na e sobre a ação; no adquirir de saberes da prática e saberes processuais inerentes ao contexto de trabalho e no desenvolvimento de uma nova consciência da prática.

Costa (2011) afirma que refletir sobre a prática é, em si, uma prática de formação, porque revela a possibilidade de transformação do mundo e das formas de conhecê-lo, pelo que o indivíduo reflexivo se torna autónomo nas suas escolhas.

O Estágio de Natureza Profissional, desenvolveu-se no Centro de Cirurgia Cardiorotáca do Hospital de São João. Foram realizadas aproximadamente 450 horas de estágio de carácter presencial, com o desenvolvimento de atividades organizadas e prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e família.

O Centro Hospitalar de São João (CHSJ) Entidade Publica Empresarial (E.P.E.) é a maior unidade hospitalar da região Norte e uma das maiores do país, representando 20% dos doentes padrão da região Norte e 7,2% dos doentes padrão a nível Nacional (HSJ, 2015). O CHSJ, localizado na cidade do Porto, resulta da fusão de duas unidades hospitalares: o Hospital de São João no Porto e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição localizado em Valongo. Presta assistência direta à população das freguesias de Bonfim, Paranhos, e Campanhã, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. Atua igualmente como centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo.

Segundo documentação oficial (HSJ, 2015), o CHSJ é altamente diferenciado, referência em várias especialidades, pioneiro em diversas áreas de assistência médica e na execução de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Dispõe de uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços.

O CHSJ tem como principal missão, prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização, promovendo o orgulho e o sentimento de pertença de todos os profissionais (HSJ, 2015).

Integrado no HSJ, o CCCT constitui-se como um centro de referência na região Norte para o tratamento cirúrgico das patologias do foro cardíaco e torácico, assim como para o

acompanhamento de doentes desta especialidade. Inserido na unidade autónoma de gestão (UAG) de cirurgia, reúne 4 serviços distintos mas interligados entre si, nomeadamente: o serviço de internamento de cirurgia cardiotorácica, a unidade de cuidados intermédios, a unidade de cuidados intensivos e o bloco operatório.

Atualmente o CCCT tem na totalidade capacidade para 52 camas, sendo que a UCI é composta por 10 camas, a unidade de cuidados intermédios igualmente por 10 camas e o serviço de internamento possui 32 camas (4 destas para Pediatria). O bloco operatório é constituído por 4 salas de cirurgia e o recobro é sempre realizado na UCI.

O CCCT caracteriza-se por admitir doentes, na sua maioria adultos, com patologias do foro cardíaco com necessidade de intervenção cirúrgica. A admissão de crianças apesar de não ser tão frequente, é uma prática comum. Geralmente as cirurgias são programadas, no entanto, a admissão de urgência é uma realidade constante.

O doente, desde a sua admissão até ao momento da alta, passa invariavelmente por todos os serviços quando submetido a cirurgia cardíaca. É admitido no serviço de internamento, onde complementa numa primeira fase o seu processo clínico, com exames de diagnóstico e uma anamnese detalhada e onde permanece cerca de 12 horas, no período que antecede a cirurgia. Segue posteriormente para o bloco operatório, e após a cirurgia é encaminhado para a UCI. Neste local permanece em média 48 horas até estabilização dos parâmetros vitais e prevenção das principais complicações cirúrgicas. O processo de recuperação é realizado na unidade de cuidados intermédios. O encaminhamento para o serviço de internamento ocorre em média, 24 a 48 horas após admissão nos cuidados intermédios, e a preparação da alta dá-se no serviço de internamento. Todo este processo demora em média 10 a 12 dias, no entanto, está dependente da evolução particular de cada doente.

O CCCT realiza cirurgias do foro cardíaco e torácico, no entanto, prevalecem em grande número as cirurgias cardíacas. Durante o ano de 2015 foram realizadas 1770 cirurgias das quais 1550 foram cirurgias cardíacas e 220 cirurgias pulmonares (HSJ, 2015). A taxa de ocupação do CCCT no ano de 2015 foi de 91,9%, com uma média de 10 dias de internamento.

Após análise dos números referidos, é notória a elevada rotatividade e ocupação do serviço, fator importante para uma maior proximidade com diferentes experiências na área do doente crítico e maior número de oportunidades de aprendizagem. Inerente ao elevado número de doentes que passam pelo serviço, é primordial a existência de uma equipa formada e atenta, com capacidade de gestão e desenvolvimento de uma prática de cuidados de excelência.

A equipa de enfermagem do CCCT é constituída na sua totalidade por 108 enfermeiros, sendo que 62 constituem a equipa da unidade de cuidados intensivos e cuidados intermédios, 27 estão alocados ao internamento e 19 ao Bloco Operatório. Estas equipas são lideradas por uma enfermeira chefe, e em cada área do serviço existe um enfermeiro coordenador de equipa.

Em relação à equipa de enfermagem da UCI e de cuidados intermédios, esta divide-se em sub-equipas, todas elas com um coordenador/enfermeiro responsável. O serviço de internamento e o bloco operatório contam com uma enfermeira coordenadora fixa. Deste modo, são delegadas tarefas de gestão pela chefia, no sentido de garantir a presença permanente de um elemento responsável com capacidade para suprir as necessidades inerentes ao funcionamento do serviço junto dos profissionais de saúde. A estes elementos, com a supervisão da enfermeira chefe, cabe a responsabilidade de gerir o serviço mediante as necessidades existentes, não só no que concerne aos recursos materiais mas também à gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais. O enfermeiro responsável assume um papel de destaque na tomada de decisão, desde o planeamento até consecução dos objetivos do plano de trabalho diário para o serviço.

A dinâmica do Centro de Cirurgia Cardiorácica preconiza, sempre que possível, uma estadia positiva ao doente, isto é, o doente é admitido com um problema de saúde que a curto/médio prazo lhe pode custar a vida e consegue, maioritariamente, num breve espaço de tempo, contornar esta tendência e iniciar um novo ciclo de recuperação. As principais patologias que os doentes apresentam no CCCT são essencialmente relacionadas com doença coronária, doença valvular, doença congénita ou doença pulmonar. Relativamente à doença coronária, a revascularização do miocárdio (*bypass*) é a cirurgia mais comum. Doentes com patologia valvular podem ser submetidos a substituição de válvula aórtica, válvula mitral, válvula tricúspide ou cirurgia de David. A cardiopatia congénita mais frequentemente detetada no adulto é a Comunicação Inter-auricular (CIA). Realizam-se ainda cirurgias de correção de disseção e aneurisma da aorta torácica, miastinite, transplante cardíaco, tetralogia de Fallot, timectomia, lobectomia, entre outras.

O desenvolvimento do estágio incidiu, numa fase inicial, em conhecer o funcionamento e as principais regras e normas do serviço, e prestar cuidados de enfermagem aos doentes e suas famílias. Posteriormente, e após as primeiras semanas de integração, foram delineadas as principais atividades a desenvolver e identificadas algumas necessidades de formação no serviço. No capítulo seguinte, descrevem-se as principais atividades desenvolvidas, bem como, as estratégias para a consecução das mesmas.

2. Atividades Desenvolvidas no Estágio

O enfermeiro especialista deve possuir “ (...) um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo (...) ” (OE, 2009 p. 10) e intervir em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde à pessoa e família, seja qual for a área de especialidade. As competências comuns dos enfermeiros especialistas são competências partilhadas independentemente da área de especialidade em questão, e transparecem uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, e ainda, um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2009). Neste sentido, as atividades desenvolvidas foram de encontro a estas quatro áreas distintas, mas que se fundem ao longo de todo o desenvolvimento do estágio, nomeadamente a prestação de cuidados, a formação, a investigação e a gestão.

No sentido de alcançar os objetivos propostos, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos durante o curso de especialização, mantida uma postura de procura incessante de novos conhecimentos e uma atitude crítico-reflexiva das práticas junto do doente e da família. De seguida, apresentamos as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como as estratégias adotadas para a sua realização.

2.1 Atividade nº 1 – Prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente que se encontra a vivenciar um processo de doença crítica, no seu ciclo de vida, e à família que o acompanha como suporte a este momento difícil, desenvolveu-se ao longo de várias semanas no CCCT do HSJ. A experiência de conhecer e descobrir uma abordagem ao doente crítico no âmbito da patologia coronária, promove uma visão diferenciada dos cuidados de enfermagem pela especificidade da área em questão, fator que enriqueceu e consolidou o ENP.

A aquisição de competências pela prática, foi gradual e perceptível ao longo do tempo. A busca pela autonomia e pela afirmação, enquanto futura enfermeira especialista, foi possível pela procura contínua e incessante de novas oportunidades de aprendizagem. Ter por base os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como as competências gerais e específicas do enfermeiro

especialista neste âmbito, permitiu manter o foco nos objetivos e a orientação ao longo deste percurso.

No sentido de facilitar a compreensão das diferentes oportunidades de aprendizagem, bem como da minha intervenção ao longo do estágio, optei por subdividir esta atividade em três momentos distintos: a fase pré-operatória no serviço de internamento, o intraoperatório no bloco e a fase pós operatória na UCI e nos cuidados intermédios, destacando deste modo o percurso efetuado pelo doente e as diferentes abordagens na intervenção do EEEMC.

2.1.1. A fase pré-operatória

O doente que é encaminhado para o CCCT para ser submetido a uma cirurgia cardíaca, vive uma quebra na sua rotina diária. Apesar de já ter o conhecimento prévio da sua patologia e da necessidade deste internamento, é muitas vezes neste momento que sente o impacto e vive o processo de transição saúde-doença.

A admissão do doente para intervenção cirúrgica no CCCT é realizada no serviço de internamento por um enfermeiro, destacado durante o turno da manhã que fica responsável pela primeira abordagem ao doente e família, pela verificação do processo clínico, pela colheita de estudo analítico de controlo, bem como, pela gestão das admissões no internamento.

Na primeira abordagem ao doente, e para garantir a sua satisfação, é primordial gerir a comunicação de forma clara e eficiente. A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família, face à complexidade da vivência de processos de doença crítica, é uma competência do EEEMC. No decorrer do estágio tive a oportunidade de realizar a admissão de vários doentes, efetivando a entrada do processo clínico no serviço, bem como, de realizar todos os procedimentos inerentes a este momento: explicar ao doente e sua família todas as informações pertinentes relacionadas com o internamento, esclarecer as dúvidas relacionadas quer com os procedimentos burocráticos quer com a cirurgia e as suas implicações, realizar colheita de análises clínicas, confirmar os exames complementares de diagnóstico e gerir a admissão no serviço mediante as vagas existentes. Durante estes momentos foi possível verificar o quão importante é a atitude do enfermeiro no sentido de transmitir segurança e estabelecer empatia com o doente e família na hora da admissão.

A adequação da linguagem ao recetor da informação foi das principais estratégias que desenvolvi para estabelecer uma relação de empatia. A comunicação constitui um

processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções, que podem ser transmitidos de forma verbal e não-verbal, o que demonstra que “ (...) a linguagem corporal acompanha o nosso quotidiano de palavras.” (Pereira, 2008 p. 59).

Não só no momento da admissão do doente, mas ao longo de todo o percurso de estágio, a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e a equipa multidisciplinar, de desenvolver a relação terapêutica e a necessidade de gerir emoções perante a comunicação de más notícias foi uma das vertentes que procurei desenvolver. Comunicar eficazmente com o outro, pode considerar-se uma tarefa por vezes difícil e exigente, implicando necessariamente uma atenção e disponibilidade acrescida por parte dos profissionais. Através de uma comunicação eficaz, o doente consegue expressar abertamente o que sente, os seus medos e preocupações sobre a doença, estabelecer uma relação de parceria entre o profissional – doente - família, levando à redução de incertezas, medos e ansiedade, promovendo a ajuda necessária para a pessoa definir uma direção e redefinir objetivos (Silvana e Alvarenga, 2014).

Não se pode considerar uma comunicação eficaz sem uma escuta ativa, pelo que fiz questão de confirmar diversas vezes a compreensão da informação dada. Quando o doente não ouve cuidadosamente, ocorrem problemas na descodificação, levando por vezes a interpretações da mensagem errada. Assim, no processo de comunicação desenvolvi competências no sentido de aprimorar a escuta ativa sendo o momento de admissão a primeira oportunidade para o fazer. Pude presenciar que o doente e família chegam ao CCCT ansiosos, curiosos e apreensivos pelo que se torna essencial mostrar disponibilidade para ouvir, observar e interpretar as mensagens recebidas. Procurei criar um momento de tranquilidade na sala de admissão, proporcionando a oportunidade para o doente se sentar e conversar.

Um dos aspetos que tive necessidade de desenvolver desde o início do ENP relacionava-se com a gestão de emoções perante o doente e família a viver um processo de doença crítica. A gestão emocional em enfermagem é uma área que não é possível delimitar ou estratificar. As emoções estão presentes, em todos os momentos, e manifestam-se de forma distinta de doente para doente e de família para família. O enfermeiro é visto como a primeira fonte de informação no momento da admissão, e foi neste momento que senti alguma dificuldade em gerir a angústia do doente, relacionada com o procedimento cirúrgico e a ansiedade da família pela falta de conhecimentos, onde as questões e as dúvidas cresciam e às quais eu tinha de dar resposta. Optei por observar a abordagem da equipa de enfermagem do CCCT e com essa experiência desenvolver a minha confiança

e o nível de conhecimentos para progressivamente sentir autonomia e segurança na admissão de um doente. A prática permite o desenvolvimento de competências e estimula a melhoria das mesmas, pelo que facilmente desenvolvi e realizei este processo sem dificuldades.

Após a admissão, o doente aguarda no serviço de internamento onde é realizada a preparação pré-cirúrgica convencional, com destaque para os cuidados de higiene com clorohexidina a 2%, como um dos feixes de intervenções para o controlo de infeção e para uma cirurgia segura.

A transição do doente, do serviço de internamento para o bloco operatório é um momento importante, onde as emoções são por vezes difíceis de controlar. A presença da família e o acompanhamento do doente pelo enfermeiro, facilitam a gestão do *stress* e do medo, maioritariamente sentido pelos doentes. A transmissão de confiança, tranquilidade e segurança através da comunicação, do toque ou de um sorriso fazem a diferença e diminuem os níveis de ansiedade presentes naquele momento. Dos doentes que acompanhei, fiz questão de transmitir segurança e proporcionar a tranquilidade necessária de acordo com as necessidades identificadas, através da gestão da ansiedade e do medo, mantendo um discurso positivo, uma postura presente e um esclarecer de dúvidas, sempre que necessário. A satisfação do doente depende muitas vezes do profissionalismo demonstrado pela equipa multidisciplinar, do empenho e da capacidade que esta tem em gerir as necessidades do doente. Cumulativamente, e não menos importante, o sucesso do tratamento e o bem-estar físico e psicológico concorrem para o alcance desta satisfação.

O foco de enfermagem não deve estar apenas centrado no doente, mas também na família que durante a espera da intervenção cirúrgica ao seu familiar, carece de informação e de condições adequadas para este momento difícil. Cada caso cirúrgico em particular tem associado um nível de gravidade diferente, mediante a situação clínica do doente e dos riscos associados ao procedimento cirúrgico. Todos estes fatores contribuem para a angústia sentida pela família ao longo do tempo de espera, que tendencialmente é elevado. O papel do enfermeiro nesta fase pré-operatória centra-se deste modo no acolhimento, na preparação do doente para a intervenção cirúrgica e no reforço das expectativas em relação ao pós-operatório e à recuperação da sua autonomia.

2.1.2. A fase intraoperatória

O bloco operatório assume-se como o local onde a possibilidade de melhoria acontece, quer para o doente, quer para a equipa multidisciplinar que diariamente trabalha em contexto cirúrgico. A constante evolução tecnológica e a necessidade cada vez maior de aumentar a rentabilidade deste serviço, implica que as equipas de trabalho sejam capazes de acompanhar o ritmo e atingir os objetivos dos doentes, dos serviços e da instituição em geral.

No CCCT o doente chega ao bloco operatório e aguarda para entrar na sala de cirurgia no *hall* comum às 4 salas existentes. Este momento de espera, a meu ver, poderia ser substancialmente melhorado. Pela azáfama de trabalho, pela necessidade de cumprir horários e pela exigência na preparação da sala cirúrgica, por vezes não existe disponibilidade para estar junto do doente neste momento de transição. Os ruídos, a “correria” e as diferentes informações que se fazem ouvir, muitas vezes incompreensíveis para o doente, são situações que concorrem para o aumento da ansiedade e do medo. Constatei que o doente fica grande parte do tempo sozinho, ainda que rodeado de muitos profissionais de saúde. Creio que a presença de um enfermeiro junto do doente, bem como a existência de um local mais tranquilo, para este momento de espera, seriam fatores positivos para a redução da ansiedade sentida pelo doente.

Na fase intraoperatória tive a oportunidade de estar presente em oito cirurgias distintas e gradualmente identifiquei esta e outras necessidades passíveis de melhoria. Apesar de durante o procedimento cirúrgico só me ser permitido observar, optei por estar presente em fases distintas do início da cirurgia, nomeadamente no acompanhamento do doente desde que chega do internamento até que passa para a sala, na preparação do material, na organização e disposição dos equipamentos na sala, bem como na realização de procedimentos prévios ao ato cirúrgico. Juntamente com a equipa de enfermagem realizei o correto posicionamento do doente na mesa cirúrgica, a preparação das mesas de forma estéril, a monitorização hemodinâmica, a preparação de fármacos para a indução e manutenção anestésica, bem como a execução de procedimentos tais como algaliação, intubação endotraqueal, colocação de CVC e cateter arterial.

Todos estes procedimentos prévios requerem por parte do enfermeiro, conhecimentos sólidos sobre as diversas técnicas, sobre possíveis complicações associadas às mesmas e sobre a manutenção dos equipamentos. A intubação endotraqueal raramente se faz em contexto de UCI, pelo que solicitei à equipa a possibilidade de colaborar com o médico neste procedimento, que realizei sem dificuldades. O papel do enfermeiro passa pela preparação do material para a intubação, administração de fármacos, vigilância da

estabilidade hemodinâmica do doente e, posteriormente, a execução da técnica em parceria com o clínico. Senti que a segurança e a destreza neste momento são essenciais, para prevenir complicações, garantir a permeabilidade da via aérea e a eficácia da ventilação durante todo o procedimento cirúrgico. Após cumpridos todos os requisitos necessários, inicia-se a cirurgia propriamente dita.

A cirurgia cardíaca exige um nível de diferenciação humano e tecnológico que até ao momento não tinha tido oportunidade de assistir, nem tão pouco de compreender. A mística abertura do tórax, o início da circulação extracorporeal e a minúcia do ato cirúrgico, tornam o ambiente sério, sem margem para erros, com uma destreza manual exemplar, desde o cirurgião, à enfermeira instrumentista e ao perfusionista. A sintonia destes três elementos sobressai notoriamente durante toda a cirurgia e propaga-se aos restantes elementos da equipa. A minha postura cingiu-se à observação atenta, afortunadamente num local privilegiado, com a explicação de todos os passos da cirurgia pelo cirurgião responsável. Foi possível compreender detalhadamente todo o ato cirúrgico, ao mesmo tempo que dava atenção aos diferentes papéis e responsabilidades dos restantes elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente do enfermeiro circulante e do enfermeiro de anestesia. A dinâmica na sala, a solicitação de material para a mesa cirúrgica, o controlo hemodinâmico e a gestão farmacológica exige uma atenção contínua dos enfermeiros presentes, no sentido de garantir ao longo do tempo a estabilidade e a segurança do doente. Todo este trabalho é realizado em equipa, no qual estão criteriosamente definidas as funções específicas de cada elemento. Dependendo da patologia em causa as cirurgias prolongam-se mediante as necessidades, no entanto duram em média 4 a 5 horas.

Terminada a cirurgia e após confirmação da estabilidade hemodinâmica do doente, este é encaminhado para a UCI acompanhado pela equipa cirúrgica responsável. Nestes momentos fiz questão de me envolver nesta transferência, onde foi possível verificar a exigência que é o transporte de um doente nestas condições: faz-se acompanhar por diversos equipamentos como ventilador de transporte, seringas infusoras com a manutenção de toda a terapêutica instituída na sala, drenos torácicos, monitor de transporte, perfusão de hemoderivados, entre outros. À chegada à UCI, a unidade que recebe o doente está preparada no sentido de manter a qualidade e o nível de cuidados iniciados no bloco operatório.

O papel do enfermeiro é fundamental no sentido de garantir a estabilidade hemodinâmica do doente, desde a vigilância contínua das perfusões endovenosas, a integridade dos circuitos da ventilação mecânica invasiva, o cuidado com a permeabilidade e segurança dos drenos torácicos bem como a gestão de todo o equipamento necessário à manutenção da vida do doente. A passagem de toda a informação pertinente do ato cirúrgico é

transmitida ao enfermeiro da UCI que fica responsável pelo doente no sentido da continuidade dos cuidados e da evolução do estado de saúde do mesmo.

A experiência vivida no bloco operatório foi de tal forma importante e vantajosa para a compreensão dos cuidados que o doente crítico exige, que me suscitou ainda um maior interesse pela área da pessoa em situação crítica na vertente da patologia coronária. O doente fica de tal forma dependente de meios tecnológicos e farmacológicos durante este período crítico, que se torna evidente a importância da atuação de um enfermeiro especialista.

2.1.3 A fase pós-operatória

A fase pós-operatória inicia-se a partir do momento em que o doente é transferido do bloco para a UCI do CCCT. A chegada do doente à UCI requer uma preparação prévia da unidade, com a colocação de todo o material necessário à manutenção dos cuidados iniciados no bloco, teste de equipamentos, organização da equipa e definição do enfermeiro responsável pelo doente.

O maior número de horas deste ENP foi vivido na UCI do CCCT. Este facto permitiu-me desenvolver competências no âmbito da prestação direta de cuidados ao doente crítico, tomar consciência da importância e da diferença que o EEEMC pode ter na manutenção da estabilidade do doente e na sua recuperação, compreender a importância do trabalho em equipa perante uma situação inesperada e o impacto que a presença da família tem durante esta situação crítica.

Após a chegada do doente, e a sua estabilização, inicia-se um processo gradual de recuperação com enfoque na prevenção de complicações e na deteção de focos de instabilidade. A UCI reveste-se de um cariz de gravidade associado à dependência do doente de meios tecnológicos diferenciados para garantir a manutenção da vida e a possibilidade de recuperação. O dia-a-dia da UCI é vivido pela equipa de enfermagem com constantes altos e baixos no que diz respeito à situação clínica do doente e à importância da correção de desvios dos parâmetros vitais.

Momentos aparentemente simples como a prestação de cuidados de higiene, ganharam para mim outro sentido desde que realizei a doentes sem encerramento da parede torácica, com uma diversidade de drenos, com suporte de substituição renal, cardiovascular e ventilatório, com ECMO ou mesmo com risco acrescido aquando das mobilizações. Esta diferenciação na prática de cuidados permitiu-me adquirir competências de cariz profissional, técnico, relacional e ético, superar dificuldades em relação ao medo e à

insegurança de tocar em doentes tão frágeis hemodinamicamente, e gradualmente realizar estes procedimentos e cuidar do doente de forma global, autónoma e capaz.

A vertente tecnológica presente na UCI e a destreza que os profissionais têm de desenvolver para dar resposta às necessidades vitais do doente é uma realidade que me acompanhou ao longo do ENP. De entre uma diversidade de equipamentos, necessários à manutenção da estabilidade hemodinâmica, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, o ECMO, o balão intra-aórtico, a hemodiafiltração veno-venosa contínua, o cateter de PICCO e o cateter de Swan-Ganz representaram um nível de exigência acrescido, não só pela vertente funcional, mas também pelos conhecimentos necessários para o seu manuseio. Ao longo do ENP foi possível aprender, manusear e realizar procedimentos com todos estes equipamentos e, deste modo, compreender a sua utilidade e importância para o doente crítico.

A ventilação mecânica invasiva é primordial numa primeira fase do pós-operatório, dado que o doente fica sob sedação, geralmente, nas primeiras 24 horas e deste modo dependente de ventilação mecânica invasiva. A presença do tubo endotraqueal (TET), permite a adequada ventilação e requer cuidados de enfermagem adequados, relativos ao correto posicionamento do TET, tolete brônquica, monitorização da pressão do *cuff* e vigilância dos parâmetros ventilatórios. Após o término da sedação o doente tem perceção da existência do TET de forma gradual, pelo que é essencial informar que esta situação é transitória, e adaptar as estratégias de comunicação. Pela sua localização, o TET altera o normal funcionamento do aparelho fonético, impedindo o doente de produzir qualquer tipo de som, o que implica que a fala, forma mais comum de comunicação verbal, não possa ser utilizada. As formas de comunicação não-verbal adquirem nesta fase uma maior relevância no desenvolvimento da relação terapêutica. Para que a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente se concretize, é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional, nomeadamente das formas verbais e não-verbais da comunicação. A utilização de estratégias adaptativas para comunicar pode ser utilizada neste contexto, nomeadamente o uso de papel e caneta, de imagens, de gestos ou de sons.

Foram vários os doentes que cuidei ainda sob ventilação mecânica invasiva, pelo que consegui desenvolver competências ao longo do ENP na destreza de algumas técnicas como a aspiração de secreções pelo TET, o recrutamento alveolar, ajuste de modos e parâmetros ventilatórios, e controlo da eficácia da ventilação através da realização de gasometrias arteriais. A autonomia que fui adquirindo teve por base um estudo paralelo de referências bibliográficas relacionadas com esta temática, não só da ventilação mas da interpretação de gasometrias.

Ainda sobre equipamentos invasivos, o ECMO, ou membrana de oxigenação extracorporeal, é uma técnica de suporte temporário de vida que conecta a circulação corporal a um dispositivo externo capaz de oxigenar o sangue através de uma membrana que efetua as trocas gasosas. Representa um método alternativo de suporte pulmonar e cardíaco para o doente crítico com falência respiratória e/ou cardíaca. É um suporte de vida artificial e extra corporal, que leva o sangue venoso do doente a um dispositivo de troca gasosa (oxigenador), no qual é removido o CO₂ e é enriquecido com oxigênio retornando depois à circulação (Annich, *et al.*, 2012) . Doentes que se encontram em situações reversíveis de hipóxia com suporte ventilatório convencional, em que a lesão pulmonar é significativa, ou se encontrem em falência cardiovascular severa, podem ser referenciados para ECMO.

A OE emitiu em Maio de 2013 um parecer (nº 05/2013) (OE, 2013) sobre as competências do enfermeiro para utilização do equipamento de Oxigenação por Membrana Extracorporeal em Unidade de Cuidados Intensivos. Deste parecer é importante referir que a OE juntamente com a ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) afirmam que ” (...) um enfermeiro com experiência comprovada em Unidade de Cuidados Intensivos de Adulto pode operar com uma máquina de ECMO”, após formação específica.

“Considerando as competências alargadas dos Enfermeiros que exercem funções em Unidades de Cuidados Intensivos, face ao contexto de utilização deste equipamento, aos riscos associados desta terapêutica, a interação da equipa e competência técnica necessária para a sua utilização e o melhor benefício, para as pessoas que possam beneficiar dela. Será possível que a escolha do operador recaia sobre os enfermeiros com experiência comprovada em UCI neonatal, pediátrica e/ou adulto.” (OE, 2013 p. 3).

Relativamente ao ECMO o EEEMC assume um papel de destaque na gestão de cuidados ao doente crítico. Ao longo do ENP foi possível participar ativamente na prestação de cuidados a doentes em ECMO, desde a realização diária de pensos inerentes aos locais de inserção das cânulas, manter o alinhamento correto das mesmas associado ao posicionamento do doente, promover o conforto, o controlo da dor, o controlo do aparelho oxigenador, a vigilância hemodinâmica contínua, a prevenção de complicações e a antevisão de focos de instabilidade. Todos estes aspetos são competências do EEEMC que me foram possíveis de concretizar e desenvolver durante a prática na UCI do CCCT.

Da prestação de cuidados a doentes em ECMO senti dificuldades em assumir os cuidados perante um bebé de 8 meses com necessidade de suporte de circulação extracorporeal. O reduzido tamanho das cânulas, a instabilidade presente, a sensação de cuidar de um ser tão indefeso e com tanto suporte tecnológico (ventilação mecânica invasiva, ECMO, dialise peritoneal, perfusão drogas vasoactivas) fez-me reconhecer que não me sentia segura

perante tamanho desafio. A presença da enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, com vasta experiência em UCI, desmistificou grande parte das minhas dificuldades e permitiu-me efetivar a prestação de cuidados sob sua orientação.

A UCI do CCCT admite com alguma regularidade bebês e crianças em pós-operatório de cirúrgica cardíaca. Quando tal ocorre, os cuidados de enfermagem são preferencialmente prestados por um EEEMC ou por um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

A conotação emocional de cuidar de um bebê em situação crítica é inevitavelmente diferente, no entanto, o nível de exigência em nada se distingue de um doente adulto. Foi possível ao longo deste percurso lidar com algumas situações pediátricas marcantes, em que a necessidade de adaptação aos cuidados é constante, pelas suas características tão específicas. As dosagens de terapêutica, os materiais reduzidos em tamanho, a adequação dos parâmetros ventilatórios mediante o peso, ou simplesmente os cuidados de higiene a um bebê em ECMO, são experiências que tive e que dificilmente esquecerei. Cuidar de uma criança em situação crítica, lidar com a permanência contínua dos pais na UCI, com todas as suas dúvidas e receios, gerir os nossos próprios sentimentos ao cuidar de um ser tão indefeso e prestar cuidados de enfermagem altamente diferenciados com um nível de vigilância rigoroso, é indubitavelmente uma excelente prova de que ser enfermeiro especialista nesta área é uma missão complexa.

Ao longo do ENP desenvolvi um conjunto de ações que requerem um alto nível de exigência e uma atenção minuciosa, com um grau de responsabilidade e de sensibilidade importantes. Após a estabilização do doente, a vigilância torna-se fundamental. Antever focos de instabilidade requer um olhar treinado e seguro. Ao longo do ENP surgiram várias situações de imprevisibilidade com risco de falência orgânica que requereram uma intervenção rápida e antecipatória como por exemplo: PCR (paragem cardiorrespiratória) causada por tamponamento cardíaco com necessidade de esternotomia de emergência no leito da UCI, choque hipovolêmico por hemorragia abundante, peri-paragem por taquicardia/bradicardia, colapso ventilatório, edema agudo pulmonar, entre outros. Todos estes momentos são experiências ricas em conteúdo para progredir na aprendizagem e na qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico nos quais me envolvi e participei. A mobilização da equipa perante um evento adverso na UCI é impressionante pela organização, rapidez, eficiência e qualidade. Todos os elementos têm conhecimento sobre a localização do material, sobre as prioridades a seguir e uma aparente sala de cirurgia cardiorrespiratória é montada em segundos numa simples cama da UCI. Realizei manobras de SAV, auxiliei na montagem de um campo cirúrgico urgente para abordagem cardíaca imediata, geri aminas vasoativas mediante os parâmetros vitais do doente, administrei drogas decisivas nos momentos de reanimação e colaborei na recuperação de

complicações inesperadas. O desenvolvimento de competências na prática colhe frutos a curto prazo, pelo que senti uma progressão notória nas minhas decisões, atitudes e superação de dificuldades.

Por vezes, o foco na prevenção de complicações relacionadas com a dependência de uma componente tecnológica é tão elevada, que pode levar à desvalorização da importância da relação que é necessário estabelecer com o doente e a família. Para além das competências técnicas e científicas que desenvolvi, foquei também a minha atenção no desenvolvimento de competências relacionais, inerentes ao ato de cuidar, estabelecendo uma relação terapêutica com a família, baseada na confiança e na empatia.

Numa UCI em particular, o principal foco de atenção é o doente, atendendo à gravidade, à necessidade de recursos e à exigência de atenção, ficando por vezes o familiar cuidador para segundo plano. Na maioria das vezes, este é um mero espectador de uma situação complexa, que não compreende e não sabe como lidar, geradora de *stress* e ansiedade, pelo que é fundamental consciencializar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros para esta problemática, de modo a que possam intervir na sua prevenção com programas de intervenção sistematizados e adequados às necessidades da pessoa (Silva, 2013). É fundamental passar do modelo biomédico, centrado na doença, ao modelo biopsicossocial centrado nas necessidades da pessoa. O papel do enfermeiro pode ser significativo neste domínio, atendendo à sua proximidade com a díade doente/família, uma vez que reúne capacidades para apoiar a família de forma gradual e em função das necessidades da mesma.

Para além de todos os cuidados técnicos, de controlo hemodinâmico e cumprimento das atitudes terapêuticas inerentes ao pós-operatório, é competência do EEEMC assistir a família perante perturbações emocionais decorrentes da situação crítica vivida no momento. Na UCI, o horário das visitas é restrito, bem como, o número de elementos que está autorizado a visitar o doente. Durante a permanência dos familiares no momento da visita, procurei identificar as necessidades de informação, demonstrar disponibilidade, estabelecer uma relação de empatia e esclarecer todas as suas dúvidas existentes.

Segundo Esteves (2012 p. 16) “Quando um elemento da família adoece, esta modifica os hábitos de vida, sobretudo se a doença tiver como consequência o internamento. Nestas situações, a dinâmica familiar altera-se e surgem novas necessidades, acompanhadas de uma série de sentimentos e expectativas perante o novo desafio que se apresenta.” A pessoa e a família que vivencia processos complexos de doença crítica sofre invariavelmente perturbações emocionais associadas ao medo, *stress*, ansiedade, dor e

incertezas. Ocorre uma rotura da estabilidade emocional devido à mudança drástica do padrão de vida, pelo que se torna essencial uma atuação atempada e eficaz do enfermeiro.

No pós-operatório de cirurgia cardíaca, após estabilização hemodinâmica do doente, é importante não esquecer o controlo da dor. A dor é um sintoma complexo, experienciado por todos os seres humanos em algum momento ao longo da sua vida. Apresenta-se como um dos focos de atenção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) sendo reconhecida pela OE como um dos focos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (Mateus, 2008).

A dor interfere diretamente nos padrões de sono, repouso e manutenção do conforto. É comum, após a cirurgia, o doente apresentar dor no local da incisão cirúrgica, no local de inserção dos drenos, na via aérea pela necessidade de intubação, ou mesmo apresentar desconforto geral pela necessidade de permanência no leito (Duarte, *et al.*, 2012). A dor repercute-se negativamente na evolução do doente no pós-operatório, com consequências negativas na estabilidade hemodinâmica, na capacidade respiratória e no bem-estar. Deve ser monitorizada frequentemente associada a uma avaliação subjetiva do doente, como apresentação de fácies de dor, agitação ou gemido. As medidas farmacológicas como analgesia atempada, ou medidas não farmacológicas, como o correto posicionamento do doente ou a crioterapia, devem ser objeto de atenção do EEEMC. No pós-operatório imediato e até ao momento da extubação, geralmente mantém-se analgesia em perfusão contínua. Após a regressão da sedação e com o doente mais desperto a analgesia inicia-se por bolus. Verifiquei que embora com analgesia prescrita em horário fixo, tive de necessidade de administrar diversas vezes analgésicos em SOS. A manutenção do conforto, além da implementação das terapias farmacológicas e não farmacológicas preventivas e direcionadas à sintomatologia apresentada, foi uma preocupação presente ao longo do ENP. Outro fator importante que tive em consideração foi a manutenção do ambiente terapêutico, considerando o ruído, a luz, o frio, o alarme dos monitores, ou mesmo o odor como fatores impeditivos do conforto e tranquilidade do doente.

Para além da prestação contínua de cuidados de enfermagem ao doente crítico, e tendo em conta que me fui adaptando à equipa de enfermagem, à rotatividade de doentes e aos protocolos de atuação, outros temas foram suscitando o meu interesse, de entre os quais o controlo de infeção. A constante evolução da medicina, da investigação em saúde, da tecnologia não só dos equipamentos mas também do material protético, aliada à progressão do nível de conhecimentos teóricos e do nível de instrumentalização e tecnologia, permitiram prolongar a esperança média de vida destes doentes. No entanto, estas conquistas têm um custo. Turrini e Santo (2002 p. 485) alertam para o facto de que os "(...) avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e

terapêuticos, e o aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as infeções hospitalares um problema de saúde pública”.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, considero que o enfermeiro especialista deve maximizar a intervenção face à prevenção de medidas de controlo de infeção. Tendo em conta a importância da prevenção das IACS, foi dado ênfase ao longo do ENP às práticas de cuidados tendo por base as precauções básicas do controlo de infeção (PBCI). De acordo com a norma nº 029/2012 da DGS, atualizada a 31/10/2013, existem precauções básicas que devem ser cumpridas por todos os profissionais de saúde para prevenir a disseminação de microrganismos pelo serviço, e por conseguinte, promover o controlo de infeção. A escolha do local para colocar o doente, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamentos de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, bem como a exposição a agentes microbianos no local de trabalho, constituem as principais precauções básicas do controlo de infeção (DGS, 2013). Todos estes aspetos foram perfeitamente visíveis e fáceis de concretizar durante o ENP. Reconheço que está incutido de uma forma geral e positiva na equipa multidisciplinar o uso correto das PBCI, e às quais me adaptei facilmente. Comportamento gera comportamento, e admito que não tinha tanta sensibilidade para esta temática até concretizar na prática o cuidado necessário para evitar a prevalência das IACS.

Compreendi que o princípio subjacente às precauções básicas do controlo de infeção é de que não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, e estas destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. Cumprir estas orientações de forma rigorosa permite alcançar ganhos significativos em saúde.

No CCCT existe um cuidado especial em cumprir as orientações relativas ao controlo de infeção, desde o rigor da higiene das mãos à limpeza de todos os locais do serviço. Em cada unidade que se encontra o doente, existem pelo menos três soluções de desinfeção cutânea para facilitar a desinfeção das mãos, e pontos específicos para a lavagem das mesmas. O controlo da higiene do serviço é realizado por uma equipa externa ao mesmo, que tem formação específica para o efeito. As assistentes operacionais são responsáveis

pelo manuseamento da roupa e acondicionamento correto dos lixos. Os enfermeiros, ainda assim, manifestam interesse em conhecer mais sobre medidas a implementar para colmatar algumas falhas do dia-a-dia da prestação de cuidados ao doente, nomeadamente na colocação do doente na unidade. A existência de uma cama de isolamento na UCI, limita a gestão de doentes que necessitam ficar em isolamento permanente.

O uso de equipamentos de proteção individual foi a principal diferença que senti em relação à minha prática de cuidados. Foi positivo incorporar o hábito de não entrar em contacto direto com o doente sem estar devidamente protegido. O EEEMC deve promover comportamentos baseados na prevenção e melhoria das práticas relativas ao controlo de infeção, sendo uma referência neste sentido para a equipa multidisciplinar.

Ao longo do ENP, reconheço que a mudança de comportamentos e a consciencialização da importância da aplicação de medidas de controlo de infeção foram evidentes na melhoria da minha prática de cuidados.

Da gravidade clínica característica da UCI, e após garantir as condições de segurança relativa aos parâmetros vitais, o doente é transferido para a unidade de cuidados intermédios. Neste serviço, o desenvolvimento e a recuperação do doente são de certa forma mais evidentes, uma vez que o seu grau de dependência vai diminuindo gradualmente. No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados intermédios, destaco a prevenção de complicações como a área que considero mais importante na abordagem do doente já estabilizado. Sempre associado às principais competências do EEEMC, prevenir possíveis regressões no estado clínico do doente é uma exigência que depende muito da qualidade dos cuidados de enfermagem. A minha atenção recaiu sobre um olhar atento à monitorização hemodinâmica, à realização do primeiro levante logo que possível, ao tratamento às feridas cirúrgicas, ao controlo do padrão respiratório não só pelas características evidenciadas no doente mas também por controlo gasimétrico, bem como, a gestão das horas de repouso e da dor. Senti autonomia e segurança na prestação de cuidados neste âmbito, pela preparação adequada e compreensão de todos os processos inerentes à cirurgia presenciados tanto no bloco operatório como na UCI.

Apesar de aparentemente parecer um serviço mais controlado e mais estável, é a ponte de transição para o serviço de internamento, onde o principal objetivo é evitar que o doente regresse à UCI.

Após a alta do doente para o serviço de internamento, a continuidade de cuidados centra-se na readaptação funcional e na promoção da saúde, com o objetivo de promover uma recuperação eficaz e uma alta em segurança.

O acompanhamento no serviço de internamento do CCCT contempla uma prestação de cuidados de enfermagem mediante as necessidades identificadas, uma vigilância contínua da estabilidade hemodinâmica do doente com recurso à telemetria, a recuperação relativa à sua condição física e a preparação da alta com a promoção de comportamentos saudáveis e ensinamentos nessa vertente. A minha prática no serviço de internamento foi mais curta que nos restantes serviços, no entanto, realizei alguns turnos para compreender todo o percurso do doente e confirmar o sucesso que a prestação de cuidados de excelência realizada de forma contínua garante à recuperação do doente. Existem no serviço de internamento, diariamente, enfermeiros especialistas em reabilitação, assim como fisioterapeutas, que em parceria e de acordo com as suas áreas de intervenção, auxiliam o doente a conquistar a sua autonomia física e capacidade de realizar os autocuidados.

A qualidade de vida está diretamente relacionada com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, com especial relevância para o padrão da atividade física (Borges, *et al.*, 2006). A reabilitação funcional do doente, o controlo da dor, a manutenção do seu bem-estar físico e psicológico e a crescente autonomia, são parâmetros essenciais ao sucesso da alta do doente após realização de cirurgia cardíaca. No momento da alta hospitalar, o doente e a família podem sentir-se desprotegidos da vigilância da equipa de saúde, pelo que uma preparação eficaz do momento da alta é essencial. Capacitar os doentes e os seus cuidadores mais próximos, de conhecimentos e estratégias para contornar as dificuldades é prioritário, no sentido de fomentar a manutenção da independência e autonomia no domicílio (Duarte *et al.*, 2012). Ao longo da minha permanência no serviço de internamento desenvolvi competências no sentido de promover o potencial de saúde do doente através da transmissão de informação geradora de aprendizagem, permitindo desta forma adquirir novos conhecimentos e tornar o regresso a casa mais seguro e informado. Era meu objetivo inicial a realização de um manual de apoio às famílias como elemento adjuvante da promoção em saúde, para realizar até ao final do ENP, no entanto, a equipa de enfermagem do internamento referiu que já existia um grupo de trabalho para a elaboração do mesmo.

Uma das experiências mais relevantes deste ENP foi a possibilidade de acompanhar uma criança de 12 anos ao longo de praticamente todo o seu internamento. Quando iniciei o ENP a M. estava internada há cerca de 1 mês na unidade de cuidados intermédios com o diagnóstico de uma cardiopatia congénita com base na síndrome de Andersen-Tawil, caracterizado por arritmias ventriculares potencialmente fatais. Aos 12 anos, já seguida em consulta de cardiologia e com um vasto leque de terapêutica instituído para controlo dos sintomas, sofre uma PCR no seu domicílio. Uma assistência eficaz permitiu a recuperação da circulação espontânea e uma reversão do quadro na totalidade, isto é, sem défices

neurológicos. Desde então ficou internada para vigilância e controlo no CCCT a aguardar um transplante cardíaco.

Durante toda a permanência na unidade de cuidados intermédios tive a oportunidade de acompanhar a evolução e o sofrimento não só da M. mas também da sua família. As intercorrências foram difíceis de gerir, com oscilações na gravidade do seu estado de saúde, nomeadamente, com risco de repetir a PCR. O acompanhamento à família foi constante e realizado por toda a equipa multidisciplinar que acolheram os pais de uma forma particular. Inevitavelmente, estive muito presente durante todo o processo, com o privilégio de desenvolver não só uma diversidade de cuidados específicos mas também de estabelecer uma relação de empatia com a M. Após 4 meses de internamento e um sem número de intercorrências, foi encontrado um dador compatível e realizado o transplante. Uma cirurgia de 8 horas, a que tive o privilégio de assistir. O intraoperatório foi um sucesso e uma alegria para toda uma equipa que silenciosamente ansiava por este desfecho. O pós-operatório foi deveras interessante para mim, dado que não tem os mesmos contornos que uma cirurgia cardíaca dita convencional. Após a realização de um transplante, o acompanhamento e a vigilância ao doente requer a presença de um enfermeiro junto ao leito durante pelo menos 4 dias, permanentemente, sem exceção. A exigência é elevada, no entanto, o benefício é notório, uma vez as atitudes são antecipatórias mediante as necessidades/complicações.

Durante a fase pós-operatória o doente fica em isolamento de contacto e assim permanece durante o resto do internamento, com cuidados específicos no que concerne às visitas, ao controlo de infeção, bem como ao rigor da terapêutica instituída, principalmente a terapêutica imunossupressora. A gestão da presença contínua de um enfermeiro dentro de uma unidade de isolamento, requer um reajuste da equipa e uma interajuda constante. Houve, em momentos, necessidade de aumentar o rácio de enfermeiros por turno, para dar resposta às exigências dos cuidados a prestar aos doentes. Não só acompanhei a fase pós-operatória como a alta para os cuidados intermédios, para o serviço de internamento e para o domicílio. Uma experiência que me permitiu desenvolver competências específicas de um enfermeiro especialista, mas também competências de cariz pessoal, relacional, ético e social. Não só a fase crítica é exigente para um EEEMC, mas toda a continuidade de cuidados especializados de forma permanente. Com este exemplo foi possível reconhecer a importância da resiliência de uma equipa que uniu esforços para alcançar ganhos em saúde. Após a alta da pequena M. ainda tive a oportunidade de estar presente nas consultas de controlo de cirurgia cardiorácica e de confirmar a felicidade de uma família especial.

Transversalmente a todas as áreas de intervenção do enfermeiro, e à experiência vivida durante este ENP, a gestão e a organização dos cuidados especializados é indissociável da prestação de cuidados de qualidade. A conduta do EEEMC deve basear-se num quadro de referência para uma prática baseada na evidência a fim de garantir um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado. Aprendizagens baseadas em conhecimentos com níveis de evidência elevados, permitem produzir cuidados de enfermagem de qualidade com repercussão no bem-estar e na recuperação dos doentes.

Através da tomada de decisão, baseada numa efetiva e atenta colheita de dados, planificação de cuidados, execução e avaliação dos mesmos, torna-se possível uma prestação individualizada e dirigida dos cuidados de enfermagem, ao mais alto nível. Paralelamente ao processo de enfermagem deve existir um sistema de registo capaz de incorporar as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas.

A melhoria contínua da qualidade, exige dos enfermeiros, um exercício de reflexão sistemático sobre as suas práticas. O EEEMC é um profissional de destaque para o acompanhamento e implementação de sistemas de gestão e organização dos cuidados de enfermagem, não só no que concerne aos indicadores de enfermagem relacionados ao atendimento à pessoa em situação crítica, mas também, em projetos de fundamentação sobre as dotações de enfermeiros especialistas (OE, 2015b). Na minha opinião a existência de indicadores de qualidade dos cuidados são uma mais-valia e devem ser cada vez mais pontos de referência para a tomada de decisão na prática de cuidar.

O enfermeiro especialista é um elemento importante no seio da equipa multidisciplinar, pelo seu nível diferenciado de conhecimentos e pela oportunidade que tem em prestar cuidados de enfermagem especializados. Conhecimento é poder, e este facto não pode ser deixado ao acaso, isto é, não basta ter conhecimentos sobre como cuidar de um doente em situação crítica, mas sim assumir esta missão com sentido de responsabilidade, respeitando os princípios básicos da ética profissional.

De acordo com a OE (2006) a investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Através do conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem, é possível desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

A investigação em enfermagem assume uma importância crucial, no sentido em que promove a excelência da profissão enquanto disciplina e a expansão do conhecimento, concorre para a qualidade e segurança dos cuidados e estimula o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Ao longo do ENP tive necessidade de uma pesquisa bibliográfica constante com recurso a bases de dados científicas, de acordo com os descritores em saúde e de acordo com as necessidades identificadas.

A utilização da evidência científica na minha prática de cuidados permitiu-me compreender as implicações efetivas dos resultados da investigação nos cuidados. Os avanços tecnológicos sentidos atualmente na profissão de enfermagem, aliados à exigência crescente da prestação de cuidados, implicam a busca de novos saberes, novos caminhos, novas atitudes e novas decisões, sendo fulcral tomar consciência do impacto dos nossos cuidados, no sentido de aprovar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem a sua aplicação.

Deste modo a aquisição de competências pela prática, foi gradual e perceptível ao longo do tempo. As principais competências adquiridas ao longo desta atividade foram:

- ✓ Competências técnicas, relacionais, científicas e humanas no âmbito do cuidar da pessoa em situação de doença crítica, com antecipação de focos de instabilidade no âmbito da cirúrgica cardiotorácica;
- ✓ Competências de gestão e intervenção autónoma na aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- ✓ Competências no âmbito da gestão e controlo de sintomas do doente, nomeadamente, da dor e do conforto da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas às medidas instituídas.
- ✓ Gestão de protocolos terapêuticos complexos relacionados com o doente com patologia coronária;
- ✓ Gestão e aplicação de medidas de controlo de infeção no contexto dos cuidados ao doente com patologia coronária;
- ✓ Gestão da comunicação/ relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica;

2.2 Atividade nº 2 – Gestão em enfermagem – diferentes perspetivas

A área da gestão no âmbito da saúde é uma componente da intervenção de enfermagem com uma grande importância para a qualidade dos cuidados e para o correto funcionamento das unidades de saúde. Desenvolver competências nesta área permite ter uma visão mais abrangente das necessidades do serviço e da realidade que fica à retaguarda da prestação direta de cuidados. O enfermeiro é um elemento essencial na gestão, não só na vertente dos recursos humanos, mas também na área dos recursos materiais e físicos e na própria gestão dos cuidados.

No sentido de desenvolver competências na área da gestão, consideramos pertinente dedicar parte do ENP a esta vertente, a fim de alcançar os seguintes **objetivos**:

- ✓ Conhecer a prática de gestão de enfermagem do CCCT;
- ✓ Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- ✓ Otimizar os recursos de acordo com as necessidades de cuidados, de modo a promover a qualidade dos mesmos;

Estratégias:

- ✓ Realização de turnos com os diferentes coordenadores das equipas de enfermagem;
- ✓ Realização de entrevistas informais aos coordenadores das equipas relativamente à prática de gestão de enfermagem;
- ✓ Observação e participação na dinâmica das atividades desenvolvidas na área da gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais, desenvolvida pelos enfermeiros coordenadores e enfermeira chefe.

Desenvolvimento da Atividade

A produtividade do serviço e a qualidade dos cuidados prestados, reflete uma adequada gestão e otimização dos recursos disponíveis. No CCCT a área da gestão é, em grande parte, da responsabilidade da enfermeira chefe, no entanto, existe uma enfermeira coordenadora responsável pela gestão de cada serviço, em particular, que trabalham em parceria com a enfermeira chefe. Ao longo do ENP foi possível conhecer como se desenvolve a área da gestão e participar ativamente neste processo, através da realização de turnos direcionados para este âmbito.

A possibilidade de acompanhar a enfermeira chefe, permitiu desenvolver competências essencialmente na gestão de recursos humanos, uma vez que esta área é inteiramente da

sua responsabilidade, e na gestão dos cuidados, principalmente no controlo de vagas e distribuição dos doentes pelos serviços.

A realização do horário dos enfermeiros, a gestão das horas em excesso ou a falta de elementos, a gestão de conflitos no seio da equipa de enfermagem, bem como, a gestão de imprevistos relacionados com a equipa, são tarefas da responsabilidade da enfermeira chefe. Nem sempre é fácil gerir pessoas, as diferenças de personalidade criam, por vezes, opiniões divergentes e é necessário saber lidar com estas barreiras. A instabilidade da equipa na fase do ENP foi notória, acima de tudo pelo excesso da carga de trabalho, sendo o papel da enfermeira chefe preponderante na resolução desta situação. A imparcialidade, a assertividade, a transparência e a justiça são elementos fundamentais para garantir a confiança da equipa e neste sentido facilitar a gestão da mesma. O horário de trabalho constitui-se como um dos principais fatores de satisfação para todos os enfermeiros. Poder conciliar uma vida social com as responsabilidades profissionais é benéfico para o bem-estar e para a produtividade dos profissionais, tornando-se assim um imperativo na gestão e recursos humanos.

No CCCT trabalham 108 enfermeiros, pelo que, parte das tarefas de gestão são delegadas pela enfermeira chefe aos enfermeiros coordenadores da UCI/Intermédios, bloco operatório e serviço de internamento. Para melhor compreensão da gestão optamos por conhecer as três realidades em particular.

Na UCI/Intermédios, a enfermeira chefe embora delegue e supervisione tarefas de gestão, assume uma intervenção decisiva na gestão de vagas e, posteriormente, na articulação entre os três serviços do CCCT. A fim de facilitar a prestação de cuidados, bem como, a transferência de doentes, acompanha diariamente a visita médica, e obtém um conhecimento integral sobre o funcionamento do serviço. Foi possível perceber, em diversos turnos, a dificuldade que é gerir vagas mediante o número de cirurgias programadas diariamente, em consonância com a imprevisibilidade da admissão de doentes urgentes. Numa vertente prática decidi realizar alguns turnos com a enfermeira chefe e participar em todas as suas tarefas, desde a realização de horários, a elaboração do plano de trabalho diário, o acompanhamento durante a visita médica e a posterior gestão da transferência de doentes, a realização de pedidos de reparação de material, bem como a resolução de todas as solicitações inerentes à dinâmica do serviço.

Na UCI/Intermédios a gestão dos recursos materiais está protocolada com os diferentes departamentos hospitalares, nomeadamente, a farmácia, o armazém central e o aprovisionamento. A reposição de material mediante os níveis pré-definidos é realizada pelo método de duplo lote, isto é, o material é colocado em duas caixas distintas

identificadas com um cartão. Quando a primeira caixa termina o cartão é retirado e colocado num local designado, para que posteriormente, a equipa de reposição faça a leitura do código de barras e informaticamente defina as necessidades a repor. É um método simples, prático e até ao momento, de acordo com a enfermeira coordenadora, eficaz.

A existência de equipamentos diversificados na UCI, e o seu uso regular, leva inevitavelmente ao desgaste, e por vezes, a avarias. A gestão destes recursos é feita em parceria com a equipa de electromedicina que dá resposta à reparação dos equipamentos tecnológicos do serviço. No que concerne aos recursos físicos, a equipa responsável pelas infraestruturas colabora com o CCCT perante alguma intercorrência. Os pedidos são realizados informaticamente, facilitando deste modo o registo e a operacionalização do mesmo.

No bloco operatório, a gestão de recursos materiais é realizada na totalidade pela enfermeira coordenadora, que reconhece não ser tarefa fácil, pela exigência, especificidade e quantidade de materiais que utiliza diariamente. O material consumível recorrentemente tem reposição automática por duplo lote como na UCI/Intermédios, no entanto, existe uma diversidade de material que é pedido especificamente, mediante o tipo de cirurgias e à medida que as necessidades vão surgindo. Passa pela enfermeira coordenadora do bloco, a realização do plano diário de trabalho dos enfermeiros, a gestão das tarefas das assistentes operacionais, bem como a orientação da área de esterilização do bloco de cirurgia cardiotorácica.

Realizar turnos no bloco operatório no âmbito da gestão, foi uma experiência única, pela especificidade que o bloco de cirurgia cardiotorácica apresenta, pela dinâmica da equipa multidisciplinar, bem como, pela gestão de todo o material necessário apenas para uma cirurgia. A coordenação da equipa e a definição de papéis, para cada elemento em particular, são premissas essenciais ao sucesso de uma cirurgia desta complexidade. Durante os turnos de gestão realizados no bloco foi possível compreender a dinâmica interna do serviço, a importância de cumprir os tempos estipulados para a cirurgia, a extrema organização na gestão de material, o rigor do processo de esterilização, bem como a coordenação das equipas de enfermagem em cada sala cirúrgica.

No serviço de internamento a dinâmica é diferente, e como tal, a gestão centra-se sobretudo na gestão de vagas e no controlo de novas admissões. A enfermeira coordenadora assume, juntamente com a enfermeira responsável pela admissão do doente, a gestão de vagas no serviço, uma vez que a rotatividade de doentes é significativa. Durante os turnos realizados no serviço de internamento, sentimos necessidade de

reformular a organização da numeração das camas. Pela sua antiguidade, a maior parte das enfermarias não estavam identificadas e fizemos da necessidade oportunidade. Todas as camas foram numeradas, inclusive as de pediatria, o que contribuiu para a organização do serviço e para a melhor imagem das enfermarias.

Ter a oportunidade de acompanhar os diferentes elementos responsáveis pela gestão do CCCT permitiu ter uma visão mais abrangente da importância do papel de cada enfermeiro neste âmbito, embora as competências de gestão de um serviço sejam da responsabilidade do enfermeiro chefe. Este deve possuir capacidades técnicas (saber-fazer), capacidades cognitivas/conceituais (saber-saber) e capacidades humanas e relacionais (saber-ser, saber-estar) para gerir a equipa de forma a garantir a maximização da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, famílias e comunidade (Carneiro, 2009).

Denota-se, transversalmente a todas as áreas do CCCT uma preocupação na gestão dos custos. Segundo Potra (2015), o peso crescente e incontável dos custos na saúde, leva a que a função de gestão nestas organizações adquira um papel preponderante, não só consignado à administração da instituição, mas também à gestão de cuidados de saúde dos serviços em particular. Atualmente, não se fala apenas em gerir as organizações de saúde e os seus recursos humanos e materiais e torná-los eficientes, fala-se também na gestão da saúde e na gestão da doença, na gestão do risco, na gestão de cuidados de enfermagem, na gestão de casos, na gestão medicamentosa e na gestão de altas, para os quais são necessárias verbas e profissionais competentes.

A humanização dos cuidados não deve ser afetada tendo em conta o racionalismo e a pressão pelo controlo financeiro, sendo necessário gerir os recursos da melhor forma possível em prol do benefício dos doentes. De acordo com o autor referido anteriormente, pode-se considerar que apesar das medidas definidas pelas administrações das organizações hospitalares de apelarem a práticas de gestão que privilegiam o controlo económico e resultados quantitativos, os enfermeiros com funções de gestão procuram não abdicar dos valores humanistas subjacentes à profissão de enfermagem.

A área da gestão de cuidados é uma área complexa, que exige dos enfermeiros experiência, compromisso e rigor, com a noção de que as suas decisões promovem a qualidade dos cuidados de enfermagem e o correto funcionamento das unidades de saúde. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram consolidar e desenvolver competências na área da gestão de recursos humanos, na gestão de recursos materiais e na gestão de cuidados, com aquisição de competências ao nível da gestão em enfermagem.

2.3 Atividade nº3 - Diagnóstico de necessidades de formação da equipa de enfermagem do CCCT

A evolução que se opera no seio de qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados. A tudo isto, não é alheia a profissão de enfermagem, que se preocupa cada vez mais com a necessidade de formar profissionais cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, enquanto profissionais e cidadãos (Dias, 2004).

A formação em serviço é uma necessidade constantemente sentida pelos enfermeiros. A rápida atualização dos conhecimentos em saúde com base em novos estudos, bem como, a implementação de novos protocolos, medicamentos, equipamentos, orientações e diretrizes requer formação adequada, preferencialmente em contexto de serviço.

Desde o primeiro momento que este tema foi o mais solicitado pela equipa de enfermagem, não só pelo facto de não existir no serviço um plano de formação organizado, mas também pela necessidade de verem abordadas uma série de temáticas com interesse.

Com vista a colmatar uma necessidade importante do serviço e desenvolver uma atividade pertinente, foram definidos para esta atividade os seguintes **objetivos**:

- ✓ Identificar as principais necessidades de formação dos enfermeiros do CCCT do HSJ;
- ✓ Divulgar à equipa de enfermagem os resultados obtidos, de acordo com cada serviço em particular;
- ✓ Analisar as necessidades de formação com as três equipas de enfermagem;
- ✓ Contribuir para a elaboração de um plano de formação anual;
- ✓ Iniciar a formação em serviço mediante as principais necessidades identificadas.

Estratégias

- ✓ Elaboração de um questionário de identificação das necessidades de formação;
- ✓ Distribuição do questionário pelas diferentes equipas de enfermagem do CCCT;
- ✓ Dar a conhecer à equipa os objetivos da atividade, durante as passagens de turno;
- ✓ Colocar alertas de informação nos serviços sobre a importância do preenchimento dos questionários.
- ✓ Recolher os questionários e analisar os dados obtidos.

Desenvolvimento da Atividade

Cuidar de doentes a viver situações complexas de doença crítica e cuidar da sua família, exige do profissional de saúde um nível de conhecimentos notável, com uma formação contínua na área, em que a atualização e consolidação constante de saberes se torna fundamental e determinante para a qualidade dos cuidados. A formação contínua é uma segurança para os enfermeiros, contribuindo para o desenvolvimento de competências necessárias para uma prestação de cuidados especializados e de excelência.

De acordo com Dias (2004), a formação em serviço adquire, uma importância crucial, pois permite refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados. Pode, ainda, ser um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização e alerta para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual.

Atualmente preconiza-se a prática baseada na evidência, no sentido em que, cuidados de saúde fundamentados em pesquisas e em estudos de investigação científica, traduzem maior rigor e qualidade para a prática. A formação em serviço, com base em evidência científica, é uma mais-valia para um desenvolvimento sustentado de conhecimentos.

A identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem constituiu-se como um ponto de partida para a consciencialização da importância da formação em serviço e para a concretização de um plano de formação.

O desenvolvimento desta atividade teve por base a inexistência de uma prática de formação organizada no Serviço de Cirurgia Cardiorácica e a importância do desenvolvimento da mesma para a equipa de enfermagem e conseqüentemente para a prática de cuidados.

Em conversa com os enfermeiros do CCCT e, posteriormente, com a enfermeira chefe, foi possível concluir que não existia um plano de formação estruturado no serviço há mais de 5 anos. O interesse demonstrado pela equipa em dar início a um plano de formação contribuiu significativamente para o concretizar desta atividade.

Por ser um contexto em que o nível de exigência dos cuidados de enfermagem é elevado, e a atualização constante de conhecimentos é primordial, consideramos o desenvolvimento desta atividade pertinente e exequível.

Após delinear os principais objetivos e definir as melhores estratégias para os atingir, procedeu-se à recolha dos dados através da aplicação de um questionário (apêndice A). O questionário foi elaborado tendo em conta as características da atividade, e dos objetivos delineados.

Neste sentido, foi entregue um questionário a todos os elementos da equipa de enfermagem, sendo este constituído por três partes distintas. Numa primeira parte apresenta questões que abordam a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e na segunda parte é constituída por quatro questões que refletem as necessidades de formação de acordo com os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, aprovadas pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2012). Na última e terceira parte do questionário, foram ainda abordadas duas questões no sentido de perceber que atividades poderiam contribuir para a melhoria da qualidade do serviço e que aspetos os enfermeiros gostariam de ver melhorados no seu local de trabalho.

Os questionários foram entregues em mão aos enfermeiros, com a colaboração dos coordenadores de cada equipa, no sentido de os envolver na atividade e permitir uma distribuição mais organizada. Foi colocado um alerta (Apêndice B) em cada serviço e informada a equipa nos momentos da passagem de turno do desenvolvimento da atividade. Os questionários foram entregues às diferentes equipas em julho e recolhidos até outubro (quadro 1).

A participação foi voluntária, respeitando sempre o princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade. Por forma a manter estes princípios, especialmente o da confidencialidade, os questionários foram codificados de q.1 a q.63.

Assim, a nossa postura pautou-se pela inclusão de enfermeiros informados, livres e esclarecidos, com relevância para a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais fornecidas. Foram respeitados os princípios éticos inerentes a todo o processo de recolha de dados.

Quadro 1. Número de questionários entregues e % de questionários recebidos nos diferentes serviços.

Serviço	Nº Enf.	Nº Enf. Ausentes Serviço	Questionários Entregues	Questionários Recebidos	% Questionários Preenchidos
UCI/Intermédios	62	8	54	38	70%
Internamento	27	5	22	12	54%
Bloco	19	-	19	13	68%
Total	108	13	95	63	66%

Como se pode verificar no quadro 1, foram entregues 95 questionários, divididos pelas três equipas de enfermagem. Dos 95 questionários entregues, foram preenchidos 63, o que

perfaz uma percentagem de 66% de questionários recebidos. Estes dados demonstram uma adesão positiva por parte da equipa de enfermagem, com uma participação superior a 65%. A equipa de enfermagem da UCI/Cuidados Intermédios foi a que aderiu em maior número. Após a receção dos questionários, procedeu-se ao tratamento e organização dos dados no sentido de caracterizar a equipa, as suas principais necessidades de formação e o seu contributo para a melhoria do serviço. Deste modo, apresentamos em primeiro lugar a caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem, em seguida, o resultado das necessidades de formação obtidas através do questionário, e finalmente, algumas opiniões sobre a melhoria da qualidade do serviço.

✓ **Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Com base nas questões da primeira parte do questionário, obtivemos alguns dados que caracterizam os participantes, não só a nível sociodemográfico, mas também a nível profissional. Os dados que a seguir se apresentam permitem fazer uma caracterização parcial da equipa, dado que nem todos os enfermeiros responderam ao questionário (quadro 2).

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do CCCT.

Nº Enfermeiros		UCI/Intermédios	Internamento	Bloco	Total
		38	12	13	63
Género	Masculino	27	9	13	49
	Feminino	11	3	0	14
Idade (média)		34,2	38,8	44,8	39,3
Anos de Serviço (média)		9,3	12,2	19,7	13,7
Nº Enf. Especialistas		9	2	2	13
Enf. com outras Formações		18	2	4	24

Dos 108 enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem do CCCT, 63 responderam ao questionário, dos quais 49 são do sexo feminino (77,8%) e 14 do sexo masculino (22,2%).

As idades situam-se entre os 28 e 58 anos, sendo a média de 39 anos de idade. Relativamente ao tempo de experiência profissional, em Cirurgia Cardiorácica, a média é de aproximadamente 14 anos, e apenas 8 enfermeiros têm menos de 5 anos de serviço.

No que se refere à formação em Enfermagem é possível observar que 13 enfermeiros (20,6%) realizaram formação especializada (detentores do título de Enfermeiro Especialista), e 24 enfermeiros (38,1%) realizaram formação adicional (nomeadamente pós-graduações ou cursos específicos relacionados com a área de enfermagem). Importa ressaltar que dos 38,1% de enfermeiros com formação adicional na área de enfermagem, 14,3% são Enfermeiros Especialistas.

No contexto das três equipas do CCCT, a equipa da UCI/Intermédios é a que apresenta um maior número de enfermeiros com formação especializada, e com formações no âmbito da enfermagem.

✓ **Necessidades de Formação**

Após a recolha dos questionários procedeu-se à transcrição integral das respostas, respeitando na íntegra o seu conteúdo, constituindo-se o corpo fundamental para a análise (Apêndice C). A análise de conteúdo foi realizada segundo as orientações de Laurence Bardin (2011) que a define como um “ (...) conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Ibidem p.40). Segundo esta autora, a “intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção” (Ibidem p.40). Assim, o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.” (Ibidem p.40). O objetivo centra-se na organização da informação e manipulação dessa mesma informação, no sentido de evidenciar os conteúdos que permitam inferir sobre uma nova realidade da mensagem escrita, isto é, categorizar a informação recolhida.

As respostas sobre as necessidades de formação dos enfermeiros foram organizadas com base nos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2012). Os principais domínios abordados foram a Prestação/Gestão dos Cuidados de Enfermagem, Comunicação/Relação Interpessoal e Supervisão Clínica, sendo apresentados como as principais áreas temáticas.

Os três domínios selecionados traduzem uma atuação transversal da prática do enfermeiro, desde a realização das melhores práticas de cuidados assentes em resultados de investigação, à componente relacional, essencial ao cuidar do ser humano, e à vertente da supervisão clínica como processo sistemático e contínuo que apoia e encoraja a

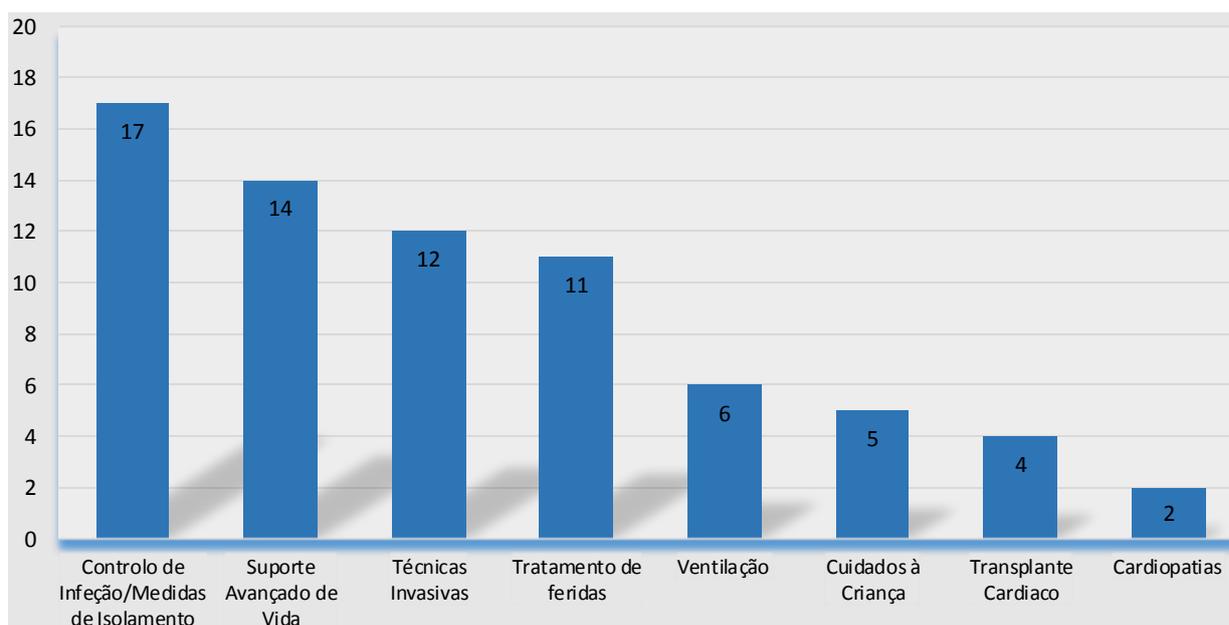
melhoria da prática profissional. No âmbito destas áreas temáticas, os enfermeiros identificaram as suas principais necessidades de formação, tendo a possibilidade de indicar algum item que não se incluíse nas três primeiras, constituindo-se a área temática “Outros”. A apresentação, assim, como a descrição e conseqüente análise, será efetuada pelas áreas temáticas, focando as respetivas categorias e subcategorias.

Em seguida, apresentamos os resultados das necessidades de formação, divididos pelas diferentes equipas de enfermagem no sentido de posteriormente realizar uma análise crítico-reflexiva e comparativa entre as diferentes equipas e contextos de trabalho. Para melhor compreensão dos resultados finais apresentamos, no apêndice D, um quadro síntese com todas as categorias e subcategorias.

Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

No que concerne à equipa de enfermagem da UCI/Intermédios, responderam ao questionário 38 enfermeiros. Para a área temática da **Prestação/Gestão de Cuidados de Enfermagem** as principais necessidades de formação estão expressas no seguinte gráfico:

Gráfico 1 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem - UCI/Intermédios.



De acordo com as respostas dos enfermeiros, emergiram oito categorias distintas, que refletem as principais áreas das necessidades de formação no âmbito da prestação/gestão de cuidados de enfermagem. Cerca de 17 participantes revelaram que o controlo de infeção/medidas de isolamento é a principal necessidade de formação da equipa. Segue-se a formação em Suporte Avançado de Vida também sentida como prioritária por 14 participantes e a formação sobre técnicas invasivas, enumerada em 12 respostas. No que concerne às técnicas invasivas, as principais subcategorias relacionam-se com a formação sobre ECMO, técnicas de substituição renal e técnicas cirúrgicas como a utilização de *Bio Pump*.

O tratamento de feridas, referenciado por 11 enfermeiros, é sempre um tema pertinente no âmbito da enfermagem. De acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional nº79/2012 da OE, o enfermeiro tem autonomia plena, no âmbito da sua área de atuação, sobre a avaliação e o tratamento de feridas, podendo optar pelo tratamento que considerar mais eficiente e eficaz. As principais feridas presentes nos doentes do CCCT são feridas cirúrgicas, de evolução maioritariamente favorável e de simples execução, porém as úlceras de pressão são sempre uma realidade, quer associadas a dispositivos médicos quer pelo efeito da debilidade do doente e do tempo prolongado no leito.

A categoria da ventilação foi referenciada por 6 enfermeiros, e diz respeito quer à ventilação mecânica invasiva e ventilação não invasiva.

Os cuidados à criança e o transplante cardíaco também formaram uma categoria com evidência nos seguintes enunciados “*Cuidar da criança submetida a cirurgia cardíaca: patologias, cirurgias, cuidados de enfermagem (q.5); Cuidados à criança pós cirurgia cardíaca (q.22)*”. Por último, as cardiopatias, muito comuns no serviço mas pouco referenciadas pela equipa “*Cardiopatias congénitas e suas particularidades em relação à doença cardíaca nos adultos (criança vs adulto) (q.28)*”.

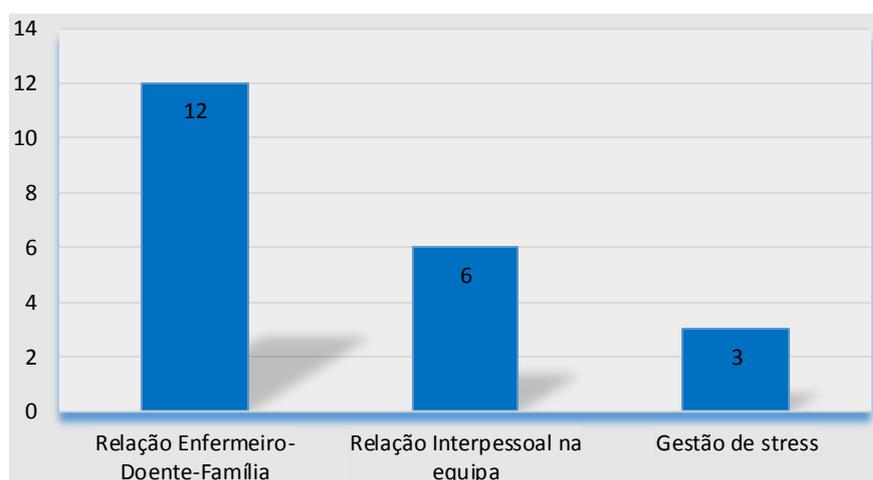
Os doentes internados na UCI assim como os doentes internados nos Cuidados Intermédios, partilham, em alas distintas, uma sala em comum a todos os doentes internados, ocupando cada doente uma unidade, separadas fisicamente por cortinas. Cada enfermeiro tem atribuído para si ao longo do turno no máximo dois doentes, no entanto, é frequente a interajuda entre colegas podendo um enfermeiro colaborar nos cuidados a vários doentes. O controlo de infeção é prioritário numa unidade de cuidados intensivos pós-cirurgia cardíaca. A vulnerabilidade do doente e a imunossupressão dos mesmos, exigem atenção permanente relativamente às precauções básicas de controlo de infeção. Tão comumente abordada e de extrema importância é a higiene das mãos. As mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão e de proliferação das infeções

cruzadas. Segundo a DGS, a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde, contribuindo assim para a diminuição da morbilidade e mortalidade dos doentes. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes, através das mãos, é uma realidade incontornável dando origem a infeções, consideradas consequências indesejáveis da prática de cuidados (DGS, 2010).

Mediante as categorias, é possível verificar que as principais necessidades de formação dos enfermeiros referem-se às medidas de isolamento, isto é, aos cuidados a ter perante doentes com diferentes tipos de isolamento (por contacto, por gotículas ou por via aérea), e de acordo com o microrganismo em questão. Mantêm-se a importância de lembrar as precauções básicas do controlo de infeção de acordo com a Norma 029/2012 da Direção Geral da Saúde (DGS, 2013).

Relativamente à área temática da **Comunicação/Relação Interpessoal**, as principais necessidades de formação deram origem a três categorias, nomeadamente, a relação do enfermeiro com o doente e a sua família, a relação interpessoal na equipa e a gestão de *stress*, apresentado no seguinte gráfico:

Gráfico 2 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais - UCI/Intermédios.



No âmbito da relação enfermeiro-doente-família, referenciada por 12 participantes, foram abordadas as necessidades em desenvolver competências no âmbito da comunicação com o doente ventilado, as estratégias de comunicação perante o doente crítico e a forma de envolver a família em todo o processo. A gestão da comunicação na hora das visitas com

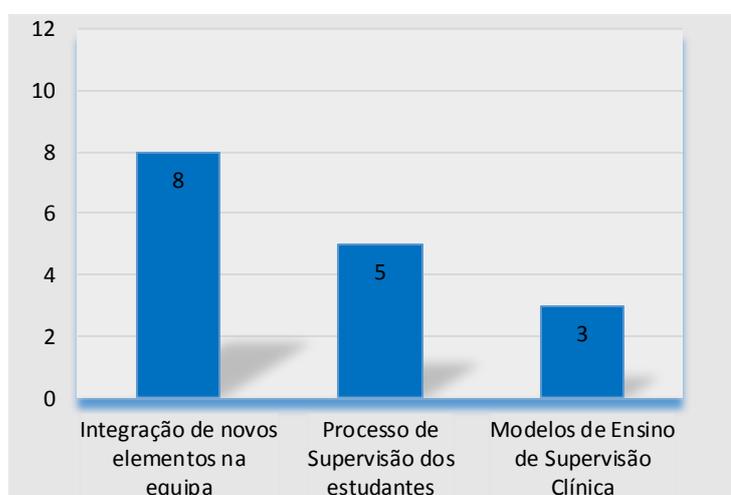
os familiares, bem como da comunicação de más notícias, são necessidades sentidas pelos enfermeiros. Os seguintes enunciados refletem esta realidade: “*Comunicação com o doente ventilado (q.6); Comunicação e interação com o doente crítico (q.12); Comunicação entre enfermeiro/médico/família (q.36)*”.

A relação interpessoal na equipa é referenciada por 6 participantes sendo visível nos seguintes enunciados “*Melhorar a relação entre todos os profissionais (q.27); Comunicação entre colegas de trabalho (q.21).*”

Por último, um tema importante, a gestão de *stress* foi referido por 3 enfermeiros. Durante o período de estágio foi possível vivenciar alguns dos problemas do serviço e sentir o descontentamento que a equipa de enfermagem por vezes passa. O excesso de horas de trabalho, o cansaço, a remuneração que nem sempre corresponde ao desejado e a falta de motivação geram sentimentos de revolta, e por vezes, de cansaço acumulado (Duarte *et al.*,2013). Ainda que ultrapassáveis, o Síndrome de *Burnout* é uma realidade cada vez mais presente na classe profissional e referida pelos enfermeiros “*Gestão de stress e burnout (q.25); Gestão de situações de stress (q.34)*”. Promover formação nesta área é positivo, no sentido de encontrar diferentes formas de contornar estas situações e expor em grupo problemas comuns.

Relativamente à área temática da **Supervisão Clínica** foi um desafio lançar este tema como necessidade de formação, e as respostas demonstraram que esta necessidade existe. Na UCI/Intermédios foi possível agrupar as respostas em três categorias:

Gráfico 3 - Necessidades de formação na área da supervisão clínica – UCI/Intermédios.

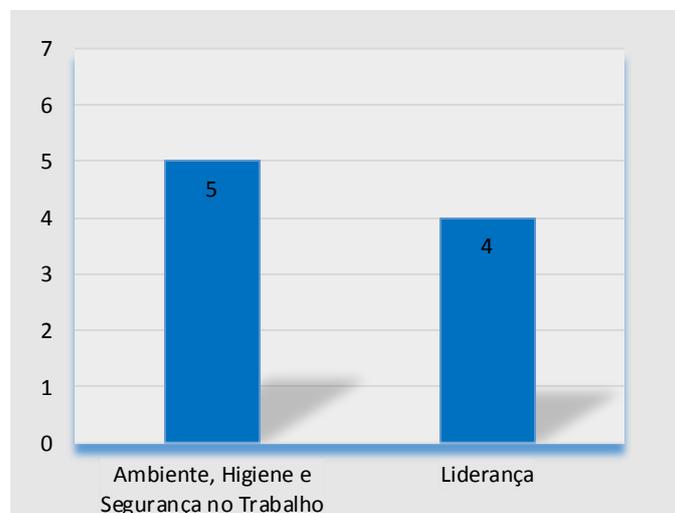


A equipa da UCI/Intermédios refere que sente necessidade de formação no âmbito da integração de novos alunos “*Integração de Alunos (q.10)*”, no acolhimento a novos colegas “*Integração de novos enfermeiros no serviço (q.28)*”, nas características necessárias dos formadores “*Competências dos formadores (q.12)*”; “*Critérios para ensino tutelar (q.12)*” bem como em conhecimentos sobre supervisão clínica “*Formação aos profissionais de saúde sobre as diferentes formas de supervisão/ensino (q.22)*”. Existe uma diversidade de alunos que regularmente desenvolvem estágios quer na unidade de cuidados intensivos quer nos cuidados intermédios. O acompanhamento permanente de alunos, bem como pontualmente de novos elementos na equipa, leva ao surgimento de necessidades de formação no âmbito do desenvolvimento de competências em supervisão clínica.

A aposta na supervisão clínica, como refere Abreu (2007), surge no contexto da discussão sobre qualidade, da reflexão sobre formação clínica, da aprendizagem e da supervisão das práticas clínicas. A supervisão clínica é um processo de colaboração formal estruturado que orienta os profissionais e promove o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional (Ibidem). O acompanhamento profissional permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais estruturada do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas.

Para além das áreas temáticas acima analisadas, possibilitamos aos enfermeiros expressar livremente as suas necessidades de formação que porventura não se enquadrassem nos itens anteriores. Assim, surgiu uma nova área temática denominada **Gestão**, proveniente da opção “Outros” do questionário.

Gráfico 4 - Necessidades de formação na área da gestão - UCI/Intermédios.



A liderança e o ambiente, higiene e segurança no trabalho foram as áreas também referidas como necessidade de formação pelos enfermeiros. A esta área temática de “Outros”, mediante os resultados obtidos, optámos por designar como área temática de “Gestão”. No que concerne às necessidades identificadas, importa compreender o porquê e acima de tudo colmatar estas evidências. Ao nível do ambiente, higiene e segurança no trabalho emergiram duas subcategorias, nomeadamente, os acidentes pessoais “*Modo de atuação em caso de acidentes de trabalho (q.32)*” e o plano de emergência/catástrofe “*Formação de como nos devemos organizar em caso de incêndio, catástrofes, entre outros (q.18)*”, o que revela uma preocupação com as principais atitudes a tomar mediante uma situação fora de regra.

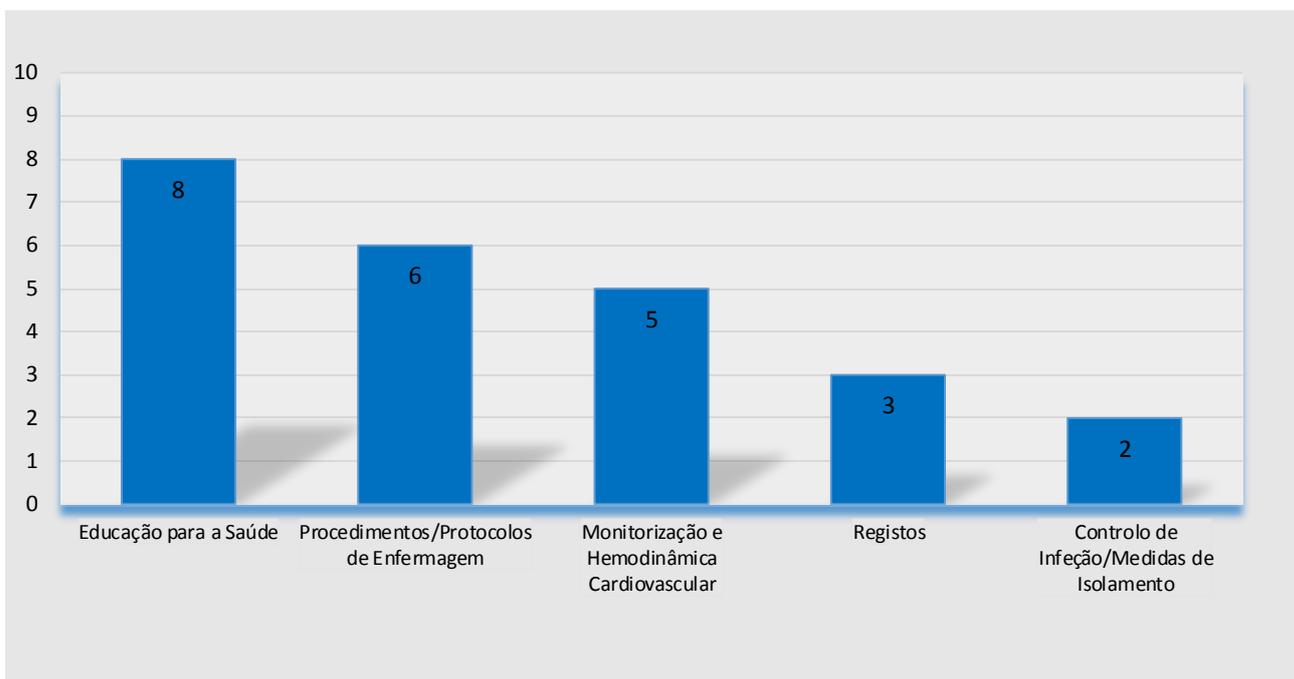
A categoria da liderança aborda não só as principais competências para ser líder “*Competência para liderança de equipas (q.28)*”, mas também a necessidade de formação em gestão de conflitos “*Gestão de Conflitos (q.15)*”, sobressaindo a necessidade da equipa em ter formação sobre a área das relações interpessoais e da melhoria do ambiente relacional no contexto multidisciplinar.

Serviço de Internamento

Os doentes internados no serviço de internamento tem um nível de autonomia nos autocuidados, significativamente diferente do que nas restantes áreas do serviço de Cirurgia Cardiorácica. As características dos cuidados de enfermagem diferem em vários aspetos e os objetivos da prática também. Existem duas abordagens distintas ao doente, isto é, ou o doente se encontra numa situação de preparação pré-operatória sob vigilância, ou em recuperação e ganhos de autonomia na fase pós-operatória. Mediante esta realidade são compreensíveis as necessidades de formação apresentadas em seguida.

Neste serviço responderam ao questionário 12 enfermeiros, com necessidades de formação identificadas nas três áreas distintas. No âmbito da **Prestação/Gestão de Cuidados** emergiram cinco categorias, sendo a mais relevante a Educação Para a Saúde, referida por 8 enfermeiros, como se observa no seguinte gráfico:

Gráfico 5 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem – Serviço de Internamento.



O período pós-operatório no serviço de internamento é um momento de excelência para realizar ensinamentos ao doente sobre os cuidados a ter nesta fase, quer relativos à alimentação, ao exercício físico, ao controlo da dor e aos receios no regresso ao domicílio. Na categoria da Educação para a Saúde, estas necessidades são descritas nos seguintes enunciados: “*Ensinos de Enfermagem sobre alimentação, exercício físico e prática sexual aos doentes (q.39)*”; “*Riscos Cardiovasculares - ensinamentos ao doente (q.41)*”; “*Informação ao doente no momento da alta, cuidados a ter de reabilitação cardíaca (q.49)*”. Efetivamente tive a oportunidade de perceber que não existia um documento/brochura dedicada aos cuidados pré e pós cirurgia cardíaca, nem aos ensinamentos essenciais à manutenção de um estilo de vida saudável e informado.

A categoria procedimentos/protocolos de enfermagem surgiu pelas referências dos enfermeiros à falta de formação e/ou de atualização dos protocolos de serviço. Em nenhuma das respostas foi referido qual o procedimento/protocolo em concreto, no entanto, os enunciados evidenciam o seguinte “*Atualização das técnicas de prestação de cuidados de enfermagem (q.40)*”; “*Maior discussão de assuntos relacionados quer com a prestação de cuidado, quer com a necessidade de readaptação dos planos de trabalho [protocolos] (q.45)*”; “*Protocolos de procedimentos de enfermagem (q.47)*”. Relativamente à documentação do serviço, foi referido pela enfermeira chefe, que os profissionais desejavam ter um manual de procedimentos atualizado/revisto para uniformizar os

cuidados e as decisões terapêuticas, pelo que estas necessidades surgem expressas no questionário.

Os doentes no serviço de internamento estão monitorizados com o sistema de telemetria, que comunica com um computador central localizado na sala de trabalho dos enfermeiros. Na eventualidade de um doente apresentar instabilidade hemodinâmica, como alterações do ECG repentinas, bradicardia/taquicardia ou paragem cardíaca é emitido um alarme sonoro e visual no monitor, capaz de criar um alerta imediato à equipa de enfermagem. A segurança e o nível de conhecimentos dos enfermeiros, são essenciais à rapidez na abordagem do doente e à compreensão da sintomatologia. Conhecimentos atualizados e formação avançada ao nível da monitorização hemodinâmica são necessidades de formação pertinentes e expressas por enfermeiros da equipa do internamento: “*Complicações pós cirúrgicas (q.41)*”; “*Traçado Eletrocardiográfico (q.49)*”; “*Atuação perante paragem cardíaca (q.41)*”.

Sobre os registos em enfermagem, evidencia-se a necessidade da uniformização dos mesmos em meio informático: “*Registos informáticos dos cuidados de enfermagem (q.45)*”; “*Uniformização dos registos informáticos (q.39)*”, sendo referida por três enfermeiros. De acordo com a OE, os registos de enfermagem são:

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

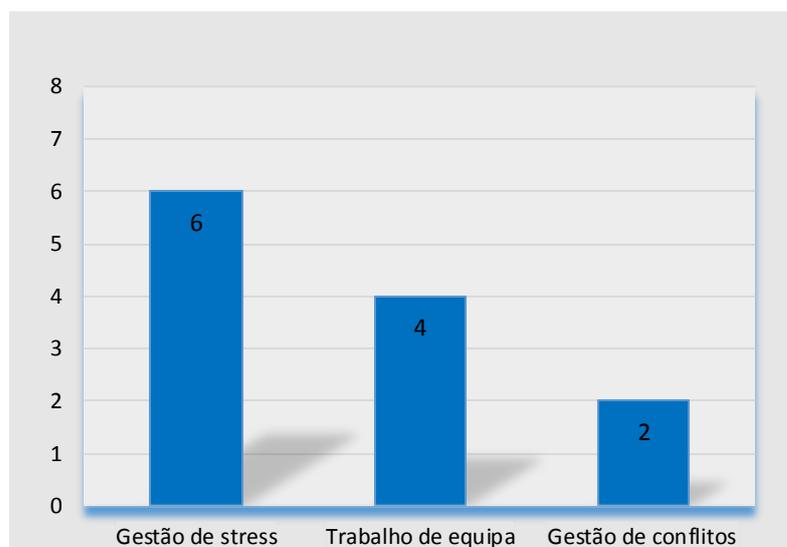
Registrar em enfermagem, e de acordo com Figueirôa-Rego (2003), é a ação de colocar por escrito factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa-indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, ou seja, os registos/documentação de enfermagem geram informação não só para uso interprofissional, como para consumo de outros profissionais. O ato de registar toda a informação pertinente relacionada com os cuidados de enfermagem e com os doentes permite consolidar e validar informação recolhida. De acordo com Leal (2006) os registos são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, independentemente do campo onde exerçam a sua atividade profissional. Constituem uma valiosa e permanente fonte de informação que garante a continuidade dos cuidados prestados (ibidem). A correta realização de um plano de cuidados, bem como a veracidade das informações no processo de enfermagem permite que este funcione como fonte de aprendizagem e constitui um contributo inegável para o desenvolvimento de uma

linguagem comum própria, e conseqüentemente, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Ibidem).

O controlo de infeção, ainda que em menor número, não foi esquecido. Apesar das características do serviço serem distintas, quer em termos de estrutura física e número de doentes presentes, mantem-se a valorização dos conhecimentos sobre as precauções básicas do controlo de infeção “*Uniformização de condutas no controle de infeção nosocomial por parte de todos os grupos profissionais (q.50)*”.

A área temática **Comunicação/Relações Interpessoais** foi referida por todos os enfermeiros que responderam ao questionário no serviço de internamento. As categorias são semelhantes às referidas pela equipa da UCI / Intermédios.

Gráfico 6 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais – Serviço de Internamento.

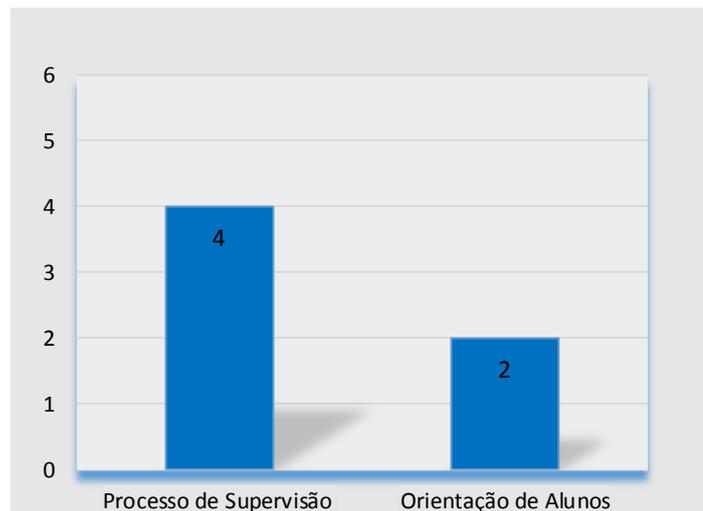


Os enfermeiros do serviço de internamento evidenciaram a necessidade de formação, no âmbito da gestão de stress sobre o “*Síndrome de Burnout - uma realidade cada vez mais patente nos dias que correm e que ninguém valoriza! (q. 44)*”; “*Síndrome de Burnout (q.48)*”; “*Exaustão dos profissionais (q.48)*”. O stress é um dos problemas mais comuns da sociedade atual com forte influência no bem-estar do ser humano. Pode interferir na qualidade de vida e afetar o equilíbrio emocional, familiar, social e profissional. O excesso de trabalho e a não valorização do esforço dos profissionais pode gerar stress a nível pessoal e conseqüentemente conflitos no seio da equipa (Duarte, 2013). Uma equipa saudável e motivada encara o trabalho como fonte de desenvolvimento pessoal, as

competências são reforçadas e verifica-se um aumento da qualidade dos serviços prestados. O rácio enfermeiro-doente nem sempre é o ideal mediante a carga de trabalho durante o turno. A entreaajuda dos profissionais e o trabalho de equipa evidenciado no enunciado “*Entreaajuda entre os profissionais (q.46)*” são decisivos para garantir que todos os doentes tenham igualdade na qualidade dos cuidados em tempo útil. Formar os profissionais de saúde sobre a importância do trabalho em equipa e estratégias de *coping* para a gestão de conflitos é pertinente e consensual na equipa.

Relativamente às necessidades de formação no âmbito da **Supervisão Clínica** emergiram as seguintes categorias:

Gráfico 7 - Necessidades de formação na área da supervisão clínica – Serviço de Internamento.



A supervisão clínica em enfermagem tem um papel preponderante no sentido de promover as condições essenciais à segurança e qualidade das práticas, através da implementação de estratégias motivadoras e incrementadoras do processo reflexivo. De acordo Abreu (2011) a supervisão clínica em enfermagem potencia a criação de climas de aprendizagem favoráveis à troca de experiências, proporcionando as oportunidades ideais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. A categoria Processos de Supervisão emerge dos enunciados que fazem referência à necessidade da promoção de métodos e técnicas pedagógicas de supervisão “*Promover formação sobre métodos de supervisão (q.41)*”. No âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, a Supervisão Clínica é encarada como um “ (...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de

decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010 p. 5).

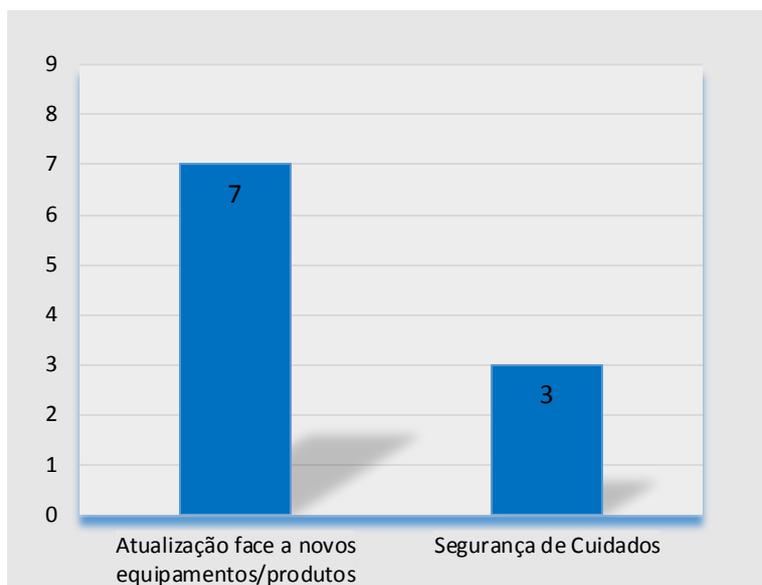
A realização de ensinamentos clínicos de estudantes de enfermagem é muito frequente no serviço de internamento, pelo que a atualização de conhecimentos no âmbito da orientação destes estudantes é sentida como necessidade pelos enfermeiros e deu origem à categoria Orientação de Alunos. Esta realidade encontra-se expressa no discurso de vários participantes: “*Constituição de uma equipa de orientação de alunos (q.47)*”; “*Acompanhamento de estagiários - quem detém competência para tal? (q.44)*”.

Deste modo é premente colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de internamento do CCCT, para que possam assegurar uma orientação com qualidade e contribuir para o processo de formação de estudantes e para a integração de novos elementos no serviço.

Bloco Operatório

O bloco operatório do CCCT está essencialmente focado na realização de cirúrgicas cardíacas e torácicas de forma programada e/ou urgente. A equipa de enfermagem teve uma adesão positiva ao preenchimento dos questionários, com um total de 12 elementos participantes, sendo as suas necessidades diferentes das restantes equipas, no que respeita à área temática **Prestação /Gestão de Cuidados**, como se pode observar no gráfico 8:

Gráfico 8 - Necessidades de formação na área da prestação/gestão de cuidados de enfermagem – Bloco Operatório.



Na área temática em questão emergiram duas categorias distintas, a atualização face a novos equipamentos/produtos e a segurança de cuidados.

A constante evolução da tecnologia cirúrgica e o aparecimento contínuo de novos e exigentes equipamentos, requer formação adequada aos profissionais que lidam diariamente com esta realidade. Tal facto, nem sempre tem sido possível de realizar atempadamente, sendo os profissionais obrigados a atualizarem-se individualmente. Esta necessidade foi referida por 7 enfermeiros como se pode verificar nos seguintes enunciados: “*Atualização de novas técnicas e equipamentos (q.55)*”; “*Formação sobre novos procedimentos no bloco (q.56)*” e “*Formação sobre novos produtos (q.59)*”

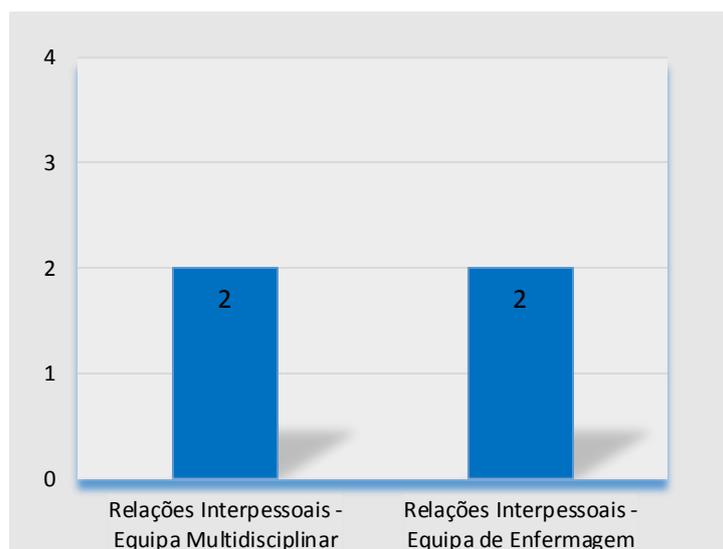
No que se refere à Segurança de Cuidados, os enfermeiros referiram que sentem necessidade de abordar temas como “*Posicionamento do doente - úlceras de pressão no bloco operatório (q.52)*”; “*Atualização de novas práticas de enfermagem e cirurgia segura (q.51)*” e “*Formação sobre complicações possíveis na cirurgia cardíaca e protocolos de atuação (q.51)*”. A qualidade e a segurança resultante dos cuidados prestados no intraoperatório podem ser traduzidos por vários indicadores, sendo um deles a taxa de úlceras de pressão registadas durante este momento.

As úlceras por pressão (UP) com origem no bloco operatório são hoje em dia uma realidade. Durante a cirurgia, os doentes estão imobilizados durante períodos de tempo prolongados, posicionados sobre uma superfície relativamente dura, incapazes de sentir a dor e de alternar a posição para aliviar a pressão. A baixa temperatura corporal e o aumento

dos períodos de hipotensão durante a cirurgia podem concorrer como fatores precipitantes das UP no intraoperatório (EPUAP, 2014). A prevenção das úlceras por pressão é um objetivo comum da profissão de enfermagem, sendo a atualização de conhecimentos uma prioridade, no sentido de garantir ao doente a integridade da sua pele, a prevenção de complicações e a excelência de cuidados.

As necessidades de formação no âmbito da **Comunicação/Relação Interpessoal** na equipa de enfermagem do bloco operatório em muito se assemelham às identificadas pelas restantes equipas. Nesta área temática emergiram duas categorias, as relações interpessoais no seio da equipa de enfermagem e as relações interpessoais no seio da equipa multidisciplinar.

Gráfico 9 - Necessidades de formação na área da comunicação/relações interpessoais – Bloco Operatório.



As necessidades dos enfermeiros existem não só nas relações interpessoais com a equipa de enfermagem “*Melhor relação entre a equipa de enfermagem (q.52)*”, mas também, na relação com todos os elementos de uma equipa que diariamente trabalha em conjunto “*Comunicação interpessoal enfermeiro - outro profissional com vista à uniformização dos cuidados (q.53)*”. A essência de formar profissionais de saúde no âmbito da melhoria dos processos comunicacionais, bem como, na importância de uma relação terapêutica com o doente e uma relação saudável com a equipa, é essencial para o alcance da melhoria de cuidados de saúde.

A facilidade em estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família, bem como, a inexistência de conflitos no seio da equipa traz, indubitavelmente, um espírito de trabalho positivo e motivador. Pensar nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito da relação terapêutica estabelecida com todos os elementos que constituem a tríade enfermeiro-doente-equipa.

A comunicação é uma área que necessita de maior investimento ao nível da formação dos profissionais de enfermagem, não sendo habitualmente objeto de reflexão e de discussão. A relação de ajuda e a empatia é possível de alcançar através da comunicação, uma vez que esta é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento umas das outras, sendo fundamental para o sucesso das intervenções de enfermagem.

No âmbito da **Supervisão Clínica** em contexto do bloco operatório não se identificaram quaisquer necessidades de formação. Tal facto pode dever-se à não realização de ensinamentos clínicos neste serviço, bem como, aos critérios de integração de um novo elemento para a equipa. Sempre que ingressa um novo enfermeiro para o bloco operatório, requer 6 a 8 meses de integração para poder assumir um posto de trabalho autonomamente, de acordo com a enfermeira coordenadora deste serviço.

✓ **Atividades e/ou projetos a desenvolver no serviço e aspetos a serem melhorados na práticas de cuidados**

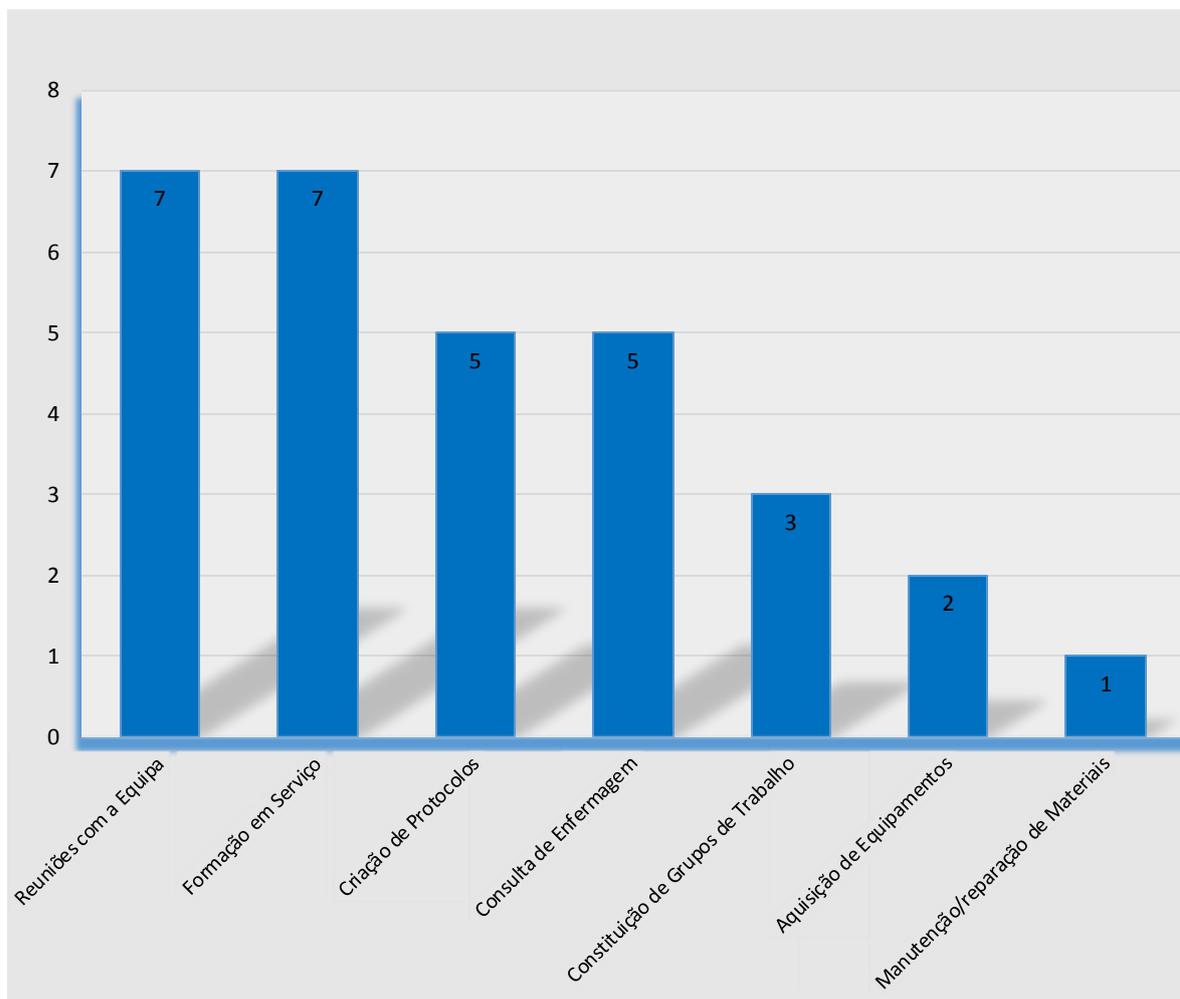
Para além dos dados acima analisados, o questionário foi também um excelente instrumento para conhecer que projetos os enfermeiros gostavam de ver desenvolvidos no seu serviço e que aspetos deveriam ser melhorados no seu local de trabalho. Constituiu efetivamente uma oportunidade para a equipa abordar temas do seu interesse.

Sucintamente, os dados são apresentados seguindo a estratégia utilizada para a apresentação das necessidades de formação, ou seja, separados por equipas.

Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

A área temática **Atividades/Projetos** a desenvolver no serviço deu origem a três categorias, nomeadamente, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Cuidados e Gestão de Recursos Materiais, e dentro destas surgiram sete subcategorias que passamos a apresentar:

Gráfico 10 - Atividades/projetos a desenvolver - UCI/Intermédios.



A categoria Gestão de Recursos Humanos integra as subcategorias Formação em Serviço, Reuniões com a Equipa e Constituição de grupos de trabalho. A categoria Gestão de Cuidados integra as subcategorias Criação de Protocolos e Consulta de enfermagem. Por sua vez, a categoria Gestão de Recursos Materiais integra as subcategorias Aquisição de Equipamentos e Manutenção/reparação de materiais.

Evidenciam-se no topo, duas subcategorias como principais atividades a realizar na UCI/Intermédios, nomeadamente, a necessidade da existência de reuniões de equipa periódicas e a existência de um plano de formação organizado, o que vai de encontro ao principal objetivo desta atividade. A equipa de enfermagem expressou ainda que a implementação da consulta de *follow-up* aos doentes após a alta seria uma mais-valia para o acompanhamento e reconhecimento das necessidades dos doentes após a cirurgia cardíaca. A consulta de *follow-up* assume-se como um momento de excelência, em que profissionais de saúde e o doente/família se reúnem, após uma situação de doença, com o objetivo de avaliar a evolução do doente após a alta hospitalar.

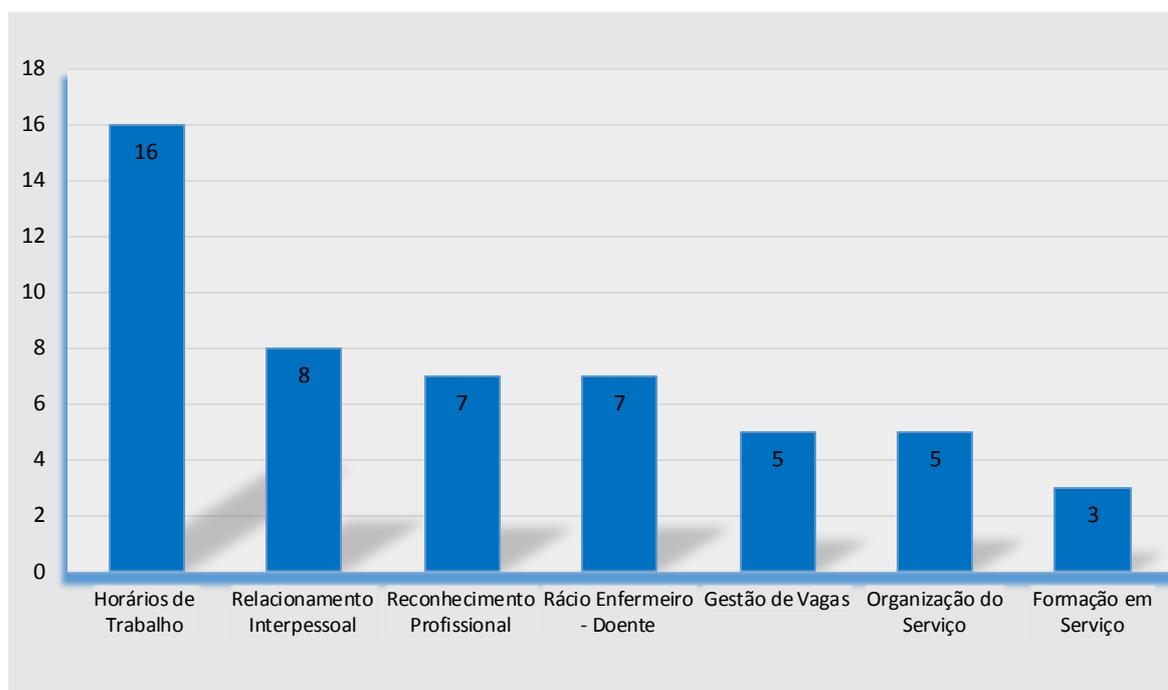
A criação de protocolos traduz a necessidade de implementação de normas necessárias à uniformização dos cuidados, como por exemplo: “*Protocolos de alimentação entérica (q.3)*”; “*Diretrizes sobre como cuidar de um doente transplantado (q. 18)*” ou “*Protocolo de Flush sem Heparina (q.33)*”.

A subcategoria relativa à constituição de grupos de trabalho é uma ideia inovadora no serviço, a qual tem como principal objetivo criar pequenos grupos responsáveis por desenvolver temas pertinentes e atuais, como evidenciado nos seguintes excertos: “*Equipa de Transplantação Cardíaca (q.28)*”; “*Existir uma equipa responsável pela formação (q.6)*”. A possibilidade de constituição de equipas de trabalho organizadas traria ao serviço uma mais-valia no âmbito do desenvolvimento científico e relacional.

No âmbito da gestão de recursos materiais, surgem duas subcategorias que evidenciam quer a necessidade em adquirir material diferenciado para o serviço, quer a necessidade em garantir a manutenção do material já existente. Os enunciados não traduzem uma atividade/projeto, mas abordam efetivamente necessidades físicas que facilitariam a gestão de cuidados, nomeadamente a aquisição de um monitor centralizado com o controlo visual da monitorização hemodinâmica de todos os doentes, permitindo assim, à equipa, uma vigilância global dos doentes de forma mais eficaz “*Monitor visível em todas as áreas do serviço (q.7)*”.

Os **aspetos a ser melhorados** mencionados pela equipa de enfermagem da UCI/Intermédios, deram origem a três categorias: Gestão de Recursos Humanos e Gestão de Cuidados e Gestão Organizacional. De entre estas categorias emergiram sete subcategorias:

Gráfico 11 - Aspectos a melhorar no local de trabalho – UCI/Intermédios.



A categoria Gestão de Recursos Humanos integra as subcategorias Horários de Trabalho, Relacionamento Interpessoal, Reconhecimento profissional e Formação em serviço. A categoria Gestão de Cuidados integra as subcategorias Rácio Enfermeiro-Doente e Gestão de Vagas. Por sua vez a categoria Gestão Organizacional deu origem apenas a uma categoria, Organização do Serviço.

Como se pode observar no gráfico 11, o principal aspeto a melhorar na UCI/Intermédios é indubitavelmente a carga horária, referida por 17 enfermeiros. O excesso de horas de trabalho é uma realidade na equipa de enfermagem, que urge melhorar. Paralelamente a este aspeto, é interessante analisar que o segundo item mais referido evidência as relações interpessoais e a necessidade em evoluir a este nível. O excesso de carga horária poderá ser um dos fatores com interferência neste aspeto.

Efetivamente, na subcategoria reconhecimento profissional e rácio enfermeiro/doente, é focada a importância de melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros, aparentemente exaustos e revoltados “*Redução da carga horária semanal para poder “pensar” em fazer formação! (q.5)*”; “*Carga horária decente (q.33)*”; “*Melhoria das Relações Interpessoais (q.2) (q.22) (q.31)*”.

No que concerne à categoria Gestão de Cuidados, os profissionais de enfermagem referiram que é importante melhorar a funcionalidade do serviço, associada a uma melhor gestão no número de cirurgias, mediante o nº de vagas e de profissionais disponíveis:

“Menos cirurgias para uma melhoria da prestação de cuidados (q.17) ”; “Evitar a rápida mobilidade de doentes, muitas vezes ainda a necessitarem de cuidados intensivos (q.35)”. A elevada afluência de doentes, bem como, a ocorrência de cirurgias emergentes (não programadas), potencia a dificuldade em organizar o serviço tendo em conta as vagas disponíveis.

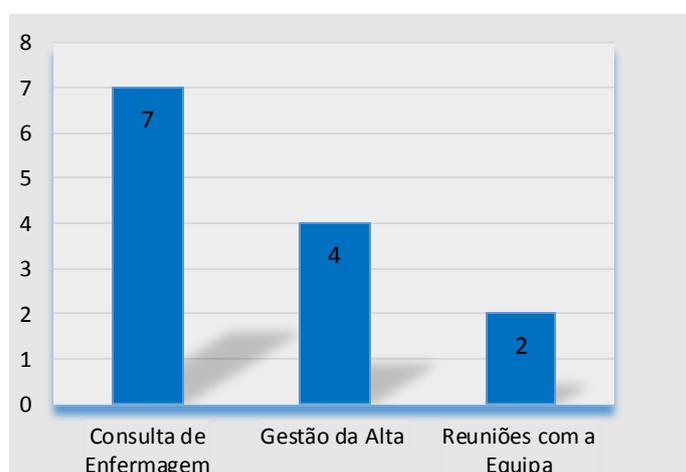
A subcategoria da organização do serviço engloba aspetos que podem trazer vantagens na gestão organizacional do serviço, desde a melhoria do circuito de limpos e sujos até à prescrição de terapêutica, que se pretende *online*, “Administração de medicação com prescrição médica online com vista a facilitar a preparação e administração pelos enfermeiros (q.12) ”.

A formação, como aspeto de melhoria, volta a ser mencionada “Existência de um plano de formação anual para toda a equipa de Enfermagem (q.25) ”; “Formação na área do intensivismo (q.23) ”. Acreditamos que o arranque do plano de formação, reúne uma diversidade de condições positivas para ser bem-sucedido.

Serviço de Internamento

No serviço de internamento as principais **Atividades/Projetos** a desenvolver no serviço que a equipa de enfermagem refere como sendo importantes implementar encontram-se no gráfico que se segue (gráfico12):

Gráfico 12 - Atividades/Projetos a desenvolver – Serviço de Internamento



A efetivação da consulta de enfermagem, foi referida como projeto a implementar no serviço por mais de metade dos enfermeiros. Referem-se à consulta como “*Consulta de enfermagem de follow-up (q.41)*”; “*Consulta pré-operatória (q.43)*”; “*Implementação da consulta de enfermagem pós-cirúrgica (q.45)*”. O acompanhamento dos doentes, na fase pré e pós internamento, aumenta as possibilidades do enfermeiro criar uma relação de proximidade e empatia com os mesmos, bem como, estar mais alerta para as necessidades de saúde do doente e família.

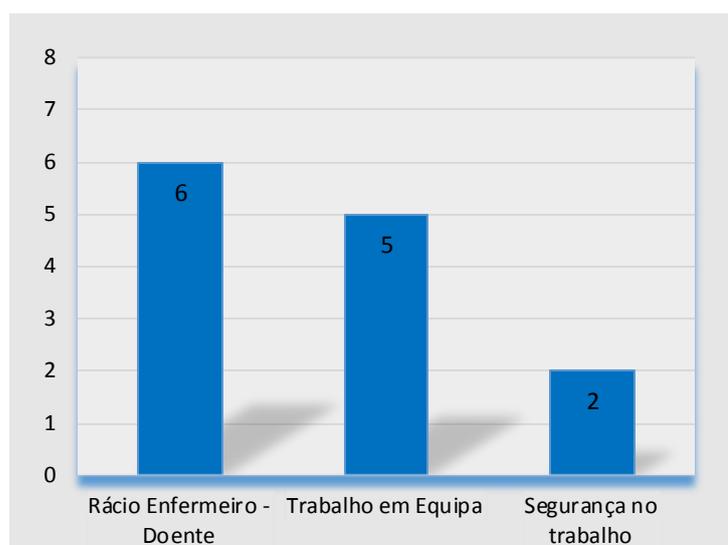
Maioritariamente, os doentes têm alta deste serviço para o seu domicílio, o que requer uma preparação minuciosa do momento da alta, por parte do enfermeiro. Os ensinamentos sobre a fase pós-cirúrgica devem ser realizados ao longo do internamento, no sentido de clarificar todas as dúvidas e ensinar alguns cuidados básicos, mas essenciais, à sua recuperação. Temas como a alimentação, o exercício físico, a adesão ao regime terapêutico, o *stress* e a atividade sexual devem ser abordados e esclarecidos junto do doente. A Organização Mundial de Saúde reconhece, que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente nos resultados dos tratamentos de doenças crónicas, com consequente aumento dos custos em saúde, e representa um importante problema de saúde pública (Santos, *et al.*, 2010), pelo que a adesão do doente é fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de doenças cardiovasculares.

A continuidade de cuidados e o acompanhamento após a alta favorece o reforço de toda a informação e a ajuda necessária às principais dificuldades encontradas no retorno à sua vida quotidiana, daí fazer sentido a implementação da consulta de *follow-up* para a equipa de enfermagem do serviço de internamento.

Relativamente às atividades/projetos sobressaiu ainda a necessidade de realizar reuniões periódicas em equipa, não só para abordar temas relativos à organização do serviço, mas também para partilhar conhecimentos e refletir sobre a melhoria da prática de cuidados como refere um dos participantes “*Reuniões para discussão de problemas do serviço para atualizar conhecimentos (q.38)*”.

Os **aspectos a ser melhorados** no serviço de internamento deram origem a três categorias distintas: Rácio Enfermeiro/Doente; Trabalho em Equipa e Segurança no Trabalho.

Gráfico 13 - Aspetos a melhorar no local de trabalho – Serviço de Internamento.



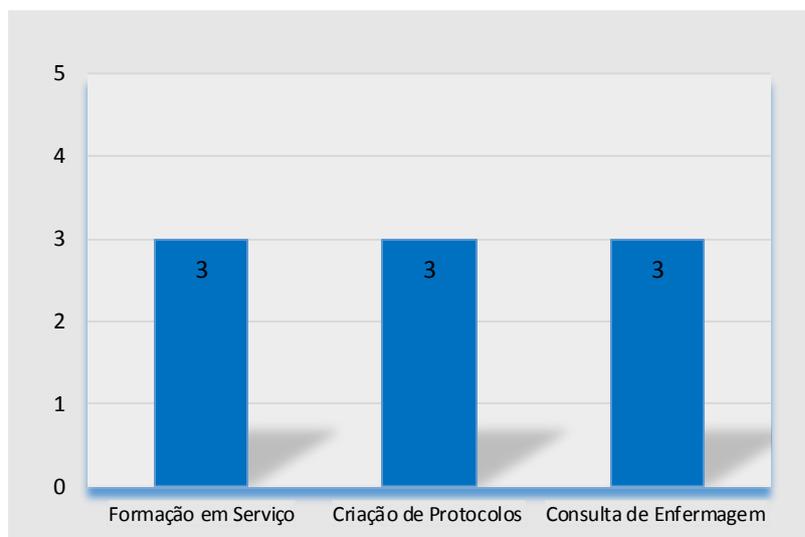
O Rácio Enfermeiro/Doente lidera os aspetos a melhorar no serviço de internamento, como se pode verificar pelos seguintes testemunhos: “*Carência persistente de recursos humanos (enfermeiros e auxiliares) com conseqüente sobrecarga de trabalho, aumento do stress laboral, diminuição da qualidade dos cuidados prestados, aumento do risco de infeção, aumento das baixas médicas por parte dos profissionais por "esgotamento (q.44) ”; “Aumento do número de enfermeiros (q.48) ”. Adequar o rácio enfermeiro - doente e cumulativamente a melhoria das condições de trabalho, são pressupostos básicos para garantir a qualidade dos cuidados e uma equipa motivada e coesa. Neste seguimento importa também melhorar o trabalho em equipa, enumerado como essencial por 5 enfermeiros como referido nos seguintes enunciados “A organização do trabalho efetivo integrando a interdisciplinariedade (q.50) ”, “Maior empenho no desenvolvimento da profissão de enfermagem (q.45) ”.*

No que concerne à Segurança no Trabalho este tema foi mencionado tendo por base a a melhoria das condições de trabalho, nomeadamente: “*Urgente melhoria de condições de trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares (q.47) ”; “Maior Igualdade de Condições de Trabalho (q.49) ”. A importância de refletir sobre estes dados é crucial, uma vez que estão em causa as dotações seguras e o bem-estar da equipa de enfermagem.*

Bloco Operatório

A equipa de enfermagem do bloco operatório do CCCT em relação às principais **Atividades/Projetos** a desenvolver no serviço, revelou três áreas concretas como se pode observar no seguinte gráfico (gráfico 14):

Gráfico 14 - Atividades/Projetos a desenvolver – Bloco Operatório.



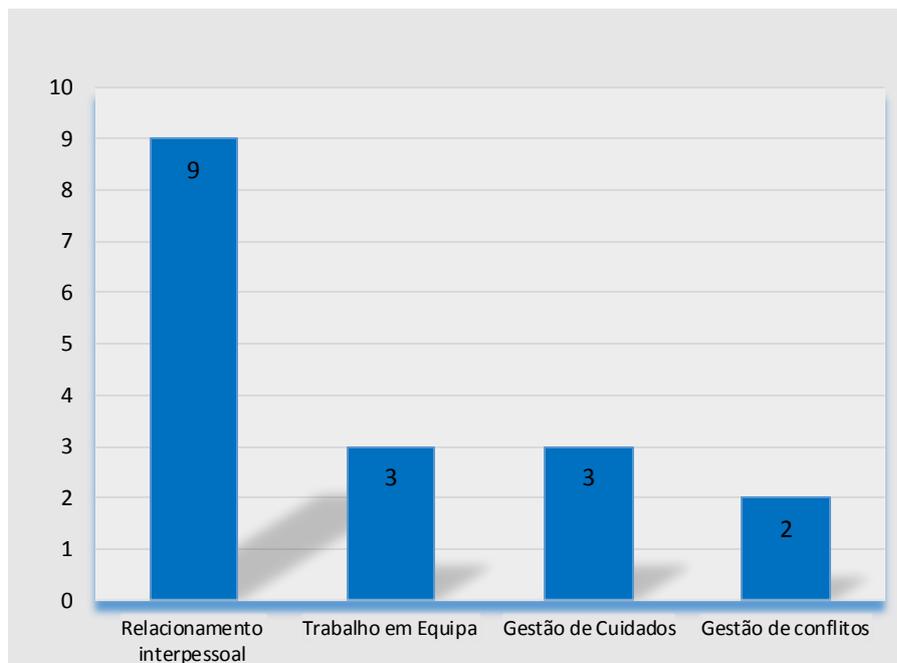
As três categorias, Formação em Serviço, Criação de Protocolos e Consulta de Enfermagem obtiveram o mesmo número de respostas. Apraz-nos verificar, que mais uma vez, é referenciada a necessidade da existência de um plano de formação organizado, que se evidencia nos enunciados seguintes: “*Formação Anual (q.51)*”; “*Formação anual organizada (q.52)*”; “*Formação em Serviço (q.60)*”. Contribuir para a formação dos profissionais de saúde, tendo em conta as suas necessidades, será um passo importante para o serviço de Cirúrgica Cardiotorácica e acima de tudo uma atividade que mobiliza e motiva a equipa, tendo como objetivo final a melhoria da prática de cuidados de saúde.

Relativamente à criação de protocolos, os enunciados referem-se a: “*Atualização de práticas de enfermagem no Bloco Operatório (q.57)*”, bem como, à necessidade de “*Aplicação de acesso venoso no internamento. (q.53)*” e “*Medicação pré-anestésica (prevenir HTA mais acentuada e ansiedade à entrada no bloco) (q.53)*”. Por vezes, medidas simples facilitam a prática de cuidados, reduzem o nível de ansiedade do doente nos momentos que antecedem a cirurgia e permitem evitar complicações atempadamente.

Considero positivo os enfermeiros do bloco operatório pretenderem desenvolver a consulta de enfermagem pré-anestésica aos doentes “*Consulta pré-anestésica de enfermagem (q.54)*”, pela atitude autónoma e de mudança no serviço, no entanto, importa conhecer os objetivos específicos da consulta e a sua forma de implementação. Esta consulta permite ao enfermeiro conhecer previamente o doente, os seus antecedentes de saúde (cirurgias anteriores, principais patologias, terapêutica no domicílio, histórico de alergias), os seus medos e dúvidas relacionadas com a situação clínica e a cirurgia em si. É um momento de excelência para desmistificar receios e transmitir confiança ao doente e à família.

Por último, os principais **aspetos a ser melhorados**, de acordo com a equipa de enfermagem do bloco operatório foram organizados em quatro categorias: relacionamento interpessoal, gestão de cuidados, trabalho em equipa e gestão de conflitos.

Gráfico 15 - Aspetos a melhorar no local de trabalho – Bloco Operatório.



Em muito semelhantes aos temas abordados anteriormente pelas restantes equipas, também no bloco operatório é necessário melhorar as relações interpessoais. Referido por 9 enfermeiros, estes revelam que é importante “*Melhorar as relações interpessoais (q.56) (q.57) (q.58) (q.59)*” e criar “*Ambiente mais saudável e melhoria nas relações interpessoais (q.55)*”. As equipas são constituídas por elementos distintos, com o intuito de trabalhar para alcançar o mesmo objetivo. Trabalhar em equipa nem sempre é fácil, pelas características individuais, conhecimentos e modos de atuação diferentes. A procura da autonomia aliada a níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho

profissional e dos cuidados prestados, associados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afetam os enfermeiros e a equipa em geral, onde surgem por vezes conflitos e dificuldades na interação com os pares.

A categoria gestão de cuidados, refere-se essencialmente à necessidade de melhorar a gestão do tempo para melhorar o atendimento ao doente dentro do bloco operatório, isto é, “*Melhor gestão de tarefas para existir possibilidade de estar mais tempo com o doente antes da cirurgia (q.52)*”; “*Aumento do tempo disponível para a prestação de cuidados/mobilização de doentes (q.58)* e “*Aumento do rácio enfermeiro/doente (q.58)*”. O acumular de funções e a diminuição dos tempos de pausa entre cirurgias, repercute-se na dificuldade que os enfermeiros têm em estar com tranquilidade junto do doente nos momentos antes do ato cirúrgico. Como em todas as equipas de enfermagem do CCCT, é referida a necessidade de aumentar o rácio enfermeiro-doente.

Emergiram ainda duas categorias que não surpreendem pela diferença, mas sim pela pertinência do tema. Segundo os enfermeiros é necessário melhorar o trabalho em equipa, assim como a gestão de conflitos, expressas nos exemplos seguintes: “*Melhor espírito de equipa (q.59)*” e “*Melhor gestão de conflitos (q.51)*”. Acima de tudo importa conhecer os principais motivos que desencadeiam estas necessidades nos enfermeiros e colmatar da melhor forma as principais necessidades dos mesmos.

✓ **Análise Crítico Reflexiva**

O desenvolvimento de competências em contexto de trabalho, em muito se deve às características do meio onde este se desenvolve. Segundo Guimarães (2000), é possível afirmar que os locais de trabalho apresentam um elevado potencial formativo uma vez que se constituem como novos espaços de formação, ao favorecerem o desenvolvimento de processos de educação não-formal e, sobretudo, informal.

De acordo com Costa (2003) *in* Dias (2004), a formação em serviço, numa perspetiva de autoformação, deve ser encarada como um modo de desenvolvimento pessoal. A articulação da formação em serviço, entre os diferentes órgãos de uma instituição, deverá permitir concretizar avanços para sustentar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, bem como, determinar mudanças efetivas no seio das organizações.

O objetivo principal da formação em serviço é criar dinâmicas de aproximação entre o desenvolvimento dos profissionais e a *performance* global da organização (Costa, 2011), pelo que é importante criar uma simbiose entre ambos os interessados.

Integrado no domínio da melhoria da qualidade através da reflexão das práticas de cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é importante que toda a equipa realize uma introspeção e um diagnóstico de situação das suas necessidades de formação. É neste contexto que a formação ocupa um papel crucial no desenvolvimento de boas práticas de qualquer serviço/ instituição, de forma a garantir a sua sobrevivência, a inovação e a mudança no sentido da qualidade/excelência.

Da análise dos resultados apresentados, verifica-se que a adesão ao questionário foi em maior número da equipa da UCI/Intermédios, todavia, a participação foi positiva de uma forma transversal pelas restantes equipas.

As principais necessidades de formação da equipa UCI/Intermédios, centram-se no controlo de infeção, na relação enfermeiro-doente-família, na integração de novos elementos e na área do ambiente, higiene e segurança. A unidade de cuidados intensivos, pelo seu cariz de gravidade associada a maior instabilidade dos doentes, exige uma atenção redobrada e um espaço ínfimo para falhas. A equipa é exigente e exige rigor na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico. O tempo de visitas é curto e maioritariamente as informações dadas aos familiares são mais reservadas e emocionalmente exigentes. Integrar um elemento novo neste ambiente requer uma dedicação atenta ao profissional e uma atitude presente e constante, até que este se sinta autónomo. As necessidades de formação dos enfermeiros são fruto das práticas diárias de quem cuida em situações limite.

A equipa de enfermagem do serviço de internamento, foca as suas necessidades de formação na educação para a saúde, na gestão de *stress* e na orientação de alunos. A recuperação do doente, e o incentivo à sua autonomia precoce, leva os enfermeiros a sentirem a necessidade de estar preparados, com base em conhecimentos consistentes e atuais, sobre a melhor forma de preparar o regresso do doente à sua rotina diária. Investir na formação dos profissionais neste sentido poderá, não só, colmatar esta necessidade, mas também promover uma maior segurança nos cuidados e no bem-estar dos doentes. Paralelamente a esta realidade, será pertinente realizar momentos de formação que contribuam para o desenvolvimento de estratégias de diminuição de *stress*, o que seguramente será uma mais-valia para todos os enfermeiros.

Trabalhar no bloco operatório, serviço mais controlado e específico, leva os enfermeiros a sentirem necessidade de formação no âmbito da atualização de conhecimentos, no que concerne às novas técnicas de cirurgia cardiotorácica, à utilização de novos equipamentos e materiais, e ainda no âmbito das relações interpessoais, quer com a equipa, quer com os doentes. A concentração, o rigor e a destreza de um enfermeiro, numa sala de cirurgia

cardíaca, depende também dos conhecimentos inerentes à utilização dos vários dispositivos, equipamentos ou fármacos. Preconiza-se que perante dificuldades na prática, seja efetuada formação aos profissionais, para que a equipa multidisciplinar trabalhe em sintonia e com o mesmo objetivo final.

Após a recolha dos questionários e o tratamento dos dados, a apresentação dos resultados foi realizada em serviço numa reunião com cada equipa em particular. Estiverem presentes a enfermeira chefe e o maior número de elementos possível de cada equipa. Com a apresentação dos resultados obtidos foi decidido, ainda na própria reunião, pela enfermeira chefe, criar grupos de trabalho e dar continuidade a grupos já existentes, no sentido de dar resposta a todas as necessidades de formação. Cada grupo individualmente iria trabalhar um tema que posteriormente será apresentado à equipa ao longo do ano. A decisão foi bem recebida e a iniciativa dos grupos já teve resultados concretos. Assim, não foi realizado em termos documentais um plano de formação com datas específicas, mas sim, dada a liberdade a cada grupo de trabalho de se organizar individualmente, com a garantia de, em conjunto, desenvolverem a formação em serviço. Neste contexto foi designada uma enfermeira responsável pela organização da formação em serviço, de acordo com as solicitações dos grupos de trabalho. Ficou ainda decidido nas reuniões de apresentação, o agendamento de uma reunião trimestral com cada equipa em particular para discussão de assuntos pertinentes do serviço, e porventura para a apresentação dos trabalhos elaborados.

No que diz respeito às atividades/ projetos, bem como aos aspetos a melhorar no serviço, foram feitos esforços pela enfermeira chefe no sentido de os colmatar. Ainda durante o decorrer do estágio foi solicitado um monitor central para maior vigilância da monitorização hemodinâmica de todos os doentes, e realizada uma reunião com a enfermeira diretora, a fim de abordar o número de horas positivas em excesso de toda a equipa. No serviço de internamento ficou definido um grupo de trabalho para abordar as questões necessárias à implementação da consulta de *follow-up*, bem como, para o desenvolvimento de uma brochura relativa aos cuidados após a alta hospitalar.

Relativamente ao bloco operatório, ficou delineado a curto prazo a realização de uma reunião com o diretor clínico, a fim de definir e protocolar a administração de terapêutica ao doente, antes da entrada para o bloco, para controlo dos principais sintomas de ansiedade.

Da nossa parte foi ainda proveitosa esta reunião para dar o primeiro passo na formação em serviço. Após a apresentação dos resultados da presente atividade, foi realizada uma formação sobre “ A importância da utilização do cufómetro”, uma atividade abordada posteriormente neste relatório e uma formação sobre “Ventilação não Invasiva”, realizada

por um grupo de trabalho do serviço. O balanço foi positivo, e o feedback dos enfermeiros fez merecer todo o esforço aplicado a esta atividade. Encontra-se em apêndice a apresentação dos resultados à equipa (Apêndice E).

2.4 - Outras Atividades

O exercício profissional, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de estágio de natureza profissional e de acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, requer a aquisição de competências, nos quatro domínios definidos pela OE: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Paralelamente às linhas orientadoras dos domínios referidos, encontram-se os objetivos pessoais, que em conjunto definem o caminho a seguir ao longo deste percurso.

O início do estágio no CCCT do HSJ, teve à primeira abordagem um impacto positivo, dada a ânsia de conhecimento e a ambição de querer integrar uma equipa diferente. Preconiza-se que à medida que a integração decorre, o mestrando desenvolva capacidades crítico-reflexivas no sentido de identificar e compreender as principais necessidades, pendentes de colmatar, quer para a equipa, para os utentes e para o serviço em si.

Tendo por base o propósito de adquirir competências especializadas no âmbito do doente crítico, e no sentido de dar o meu contributo ao CCCT, procedi à identificação das principais necessidades de intervenção para o serviço, através da observação participante, da realização de uma entrevista informal à enfermeira chefe, e ainda, de conversas informais com os diferentes elementos da equipa de enfermagem.

Foram identificadas algumas necessidades pertinentes do serviço, passíveis de serem colmatadas ao longo do estágio, nomeadamente:

- ✓ Identificar as principais necessidades de formação da equipa;
- ✓ Elaborar um plano de formação anual;
- ✓ Reestruturar a mala para transporte extra-hospitalar do doente crítico;
- ✓ Atualizar e uniformizar os carros de emergência do CCCT;
- ✓ Realizar um manual de cuidados de saúde para entregar ao doente após a alta hospitalar.

Perante a identificação das necessidades acima mencionadas, foi possível desenvolver atividades no sentido de dar respostas às mesmas, paralelamente ao desenvolvimento e alcance dos objetivos pessoais.

2.4.1 **Atividade nº 4** - Uniformização dos Carros de Emergência

De acordo com a DGS “O carro de emergência é uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória” (DGS, 2011 p. 1), deve existir em todas as salas de emergência, bem como, em todas as unidades de saúde que lidam com doentes agudos ou doentes crónicos com possibilidade de agudizar.

Atualmente, no HSJ existe um carro de emergência em todos os serviços, colocado num local visível e de fácil acesso, no sentido de dar resposta rápida e eficaz a qualquer situação aguda de peri-paragem ou PCR. A PCR é um evento que pode ocorrer no meio intra-hospitalar sem diferenciação de serviço, geralmente de forma inesperada. Os enfermeiros, e todos os profissionais da equipa multidisciplinar, têm o dever de assistir a vítima de forma rápida e eficiente para uma possível reversão do evento crítico.

A composição e a disposição dos materiais do carro de emergência, deve ser o mais uniforme possível, no sentido de facilitar a sua utilização por todos os elementos da equipa. Os materiais que constituem o carro de emergência são, essencialmente, fármacos de emergência, material para assegurar a permeabilidade da via aérea e uma ventilação eficaz, um monitor desfibrilhador com os constituintes essenciais à manutenção de um pacemaker externo, material para colocação de acessos vasculares de grande calibre e fluidoterapia de ressuscitação volémica.

A organização e manutenção dos carros de emergência, no que diz respeito ao material e ao seu funcionamento, é atualmente da responsabilidade de cada serviço em particular. A enfermeira chefe do CCCT define a responsabilidade da auditoria periódica aos carros de emergência e seus registos, na qual todos os enfermeiros participam de forma rotativa.

No início do estágio, foi realizada uma auditoria aos carros de emergência situados na UCI, na Unidade de Cuidados Intermédios e no Serviço de Internamento. O Bloco Operatório não possui carro de emergência, pelo simples facto de não existir recobro, e numa situação de PCR o doente está na mesa cirúrgica e a situação é resolvida de imediato pela equipa com os materiais necessários e terapêutica específica.

Após auditoria, foi possível verificar, que os três carros em questão não apresentavam uma organização semelhante no que se refere ao conteúdo e à disposição de materiais, e as datas de validade dos consumíveis não se encontravam dentro das normas recomendadas. De acordo com a Comissão Regional do Doente Crítico, a correta gestão do carro de emergência e a atualização constante são ferramentas importantes para o sucesso da

abordagem de um doente grave (ARSN, 2009). Nesse sentido existem recomendações oficiais da Administração Regional de Saúde do Norte e documentos referentes à *checklist* e à verificação mensal para garantir a sua correta utilização.

Os principais **objetivos** desta atividade foram:

- ✓ Uniformizar a constituição e disposição dos consumíveis dos carros de emergência do CCCT;

Estratégias

- ✓ Auditoria dos carros de emergência do CCCT;
- ✓ Elaboração de uma *checklist* de acordo com as especificidades de cada serviço.
- ✓ Criação de uma folha de registo de “Abertura do Carro de Emergência”.
- ✓ Criação de uma capa com documentação do carro de emergência e os principais algoritmos de reanimação cardiorrespiratória.
- ✓ Dar a conhecer à equipa as alterações efetuadas e os novos documentos de registo

Desenvolvimento da Atividade

O carro de emergência da UCI encontra-se dentro da unidade, num local visível e de fácil deslocação às unidades dos doentes. Tem na parte superior um monitor desfibrilhador continuamente ligado à corrente elétrica, algum material de apoio e está selado na parte anterior. A *checklist* elaborada para o carro deste serviço difere dos restantes por apresentar mais fármacos, utilizados em complicações pós-operatórias de emergência, e terapêutica específica de pediatria. Inclui, ainda, pás de desfibrilhação internas no caso de necessidade de toracotomia de emergência realizada no leito na UCI.

A *checklist* do carro de emergência dos cuidados intermédios em muito é semelhante à da UCI, à exceção das diferenças já mencionadas. No serviço de internamento foi necessário adicionar um insuflador manual na parte superior, para garantir a abordagem da via aérea o mais precocemente possível.

As *checklist* elaboradas, foram plastificadas e colocadas numa capa na parte superior do carro de emergência. Nesta capa, foi colocado ainda o algoritmo de SAV adulto e pediátrico, de bradicardias e taquicardias do Conselho Português de Ressuscitação, a folha de registo de abertura do carro de emergência, bem como a folha de registo das auditorias mensais. Em apêndice neste relatório encontram-se todos os documentos elaborados no decorrer desta atividade (Apêndice F, G, H, I, J).

A reestruturação dos carros de emergência foi uma atividade importante, no sentido em que despertou a equipa para alguns cuidados a ter na manutenção e revisão do mesmo, bem como, na consciencialização de alguns erros evitáveis. O material, se organizado e devidamente cuidado, pode fazer toda a diferença numa situação de emergência e evitar atrasos e complicações desnecessárias.

Com o desenvolvimento desta atividade foi possível adquirir competências no âmbito da gestão de recursos materiais, bem como, na organização dos recursos disponíveis no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico.

2.4.2. Atividade nº 5 - Reestruturação da Mala de Transporte do Doente Crítico

O transporte do doente crítico é uma inevitabilidade nos sistemas de saúde e pode ser realizado em contexto intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Os principais motivos que levam ao transporte de um doente, dentro da mesma instituição, prendem-se acima de tudo com a realização de procedimentos diagnósticos, intervenções terapêuticas não disponíveis no serviço de origem ou necessidade de cuidados diferenciados/intensivos não existentes na unidade de origem.

A rentabilização/centralização dos recursos do Serviço Nacional de Saúde, com a crescente cooperação e especialização das instituições, aumenta a necessidade de proceder ao transporte de doentes, muitos dos quais em estado crítico. Para garantir uma extensão dos cuidados intra-hospitalares, durante o transporte de um doente, é primordial reunir condições de segurança, de entre as quais, a existência de equipamentos e terapêutica que assegurem e mantenham a estabilidade hemodinâmica do doente (SPCI, *et al.*, 2008).

O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade, podendo agravar o estado clínico do doente e originar complicações que devem ser antecipadas. A diferenciação dos profissionais de saúde, aspeto estreitamente relacionado com a formação e a experiência na prestação de cuidados ao doente crítico, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e garantia da segurança durante o transporte.

Um outro aspeto importante, refere-se ao material necessário para o transporte do doente crítico. Devem fazer parte desta lista, um monitor/desfibrilhador, material para suporte de via aérea avançada, fonte de oxigénio suficiente para o tempo estimado, ventilador de transporte, fármacos de ressuscitação e uma mala com todos os consumíveis necessários, preparada para ser utilizada a qualquer momento. Os fármacos devem estar acondicionados em mala de transporte específica e organizados por grupos terapêuticos

de forma legível, de modo a que, durante o transporte, a equipa os localize com rapidez (SPCI, *et al.*, 2008).

Na unidade de cuidados intensivos e cuidados intermédios do CCCT, existe uma mala destinada ao transporte do doente crítico, no entanto, verificamos que esta não é utilizada. Utilizam, em detrimento da mala de emergência, uma pequena bolsa com fármacos de ressuscitação de primeira linha que é preparada no momento em que saem com o doente da unidade. Na tentativa de compreender o porquê desta situação, abordamos vários elementos sobre o tema, no entanto, não obtivemos uma resposta consensual da equipa. O tamanho da mala e a sua escassa utilização parecem ter levado ao esquecimento da sua existência e importância. Por tal, optou-se por investir nesta área e reorganizar a mala de emergência para acompanhar o transporte do doente crítico.

Os principais **objetivos** desta atividade foram os seguintes:

- ✓ Reestruturar a mala de emergência de transporte do doente crítico do CCCT;
- ✓ Incentivar a utilização da mala de emergência;

Estratégias

- ✓ Seleção do material indispensável para a mala de emergência e atualização do mesmo.
- ✓ Elaboração de uma *checklist* do material constituinte da mala de emergência.
- ✓ Atualização da listagem dos fármacos de emergência, material de consumo e suas validades.
- ✓ Alteração da localização da mala dentro da UCI.
- ✓ Apresentação das alterações realizadas à equipa durante uma sessão de formação.

Desenvolvimento da Atividade

O primeiro impacto ao avaliar o conteúdo e a integridade dos materiais da mala de emergência do CCCT foi um alerta para a necessidade de mudança. Inicialmente foi definido o tipo de material e as quantidades necessárias e prováveis para um transporte. Reformulamos a disposição dos materiais de acordo com a probabilidade de uso e optamos por material com a data de validade mais alargada.

Os fármacos foram acondicionados numa pequena mala acessória rígida, organizados por ordem alfabética e em quantidades adequadas. A *checklist* (Apêndice K) realizada foi colocada em miniatura plastificada no exterior da mala e em suporte A4 no seu interior, de forma a facilitar a consulta e a reposição dos materiais. Após cada transporte será

obrigatória a reposição do material gasto e o registo em folha própria sobre a necessidade de abertura da mala.

Aquando da reunião global da equipa para apresentação dos resultados do diagnóstico de necessidades de formação, foram também apresentados os principais itens referentes à reestruturação da mala de emergência. As mudanças foram bem aceites pela equipa e o interesse demonstrado em utilizar a mala de emergência foi positivo. A fim de promover esta atividade, relembrar a existência do uso da mala de emergência e facilitar a sua procura, optámos por alterar a localização, sendo esta colocada dentro da UCI, num local estratégico e visível à equipa. Uma medida simples mas eficaz. A reestruturação da mala de emergência permitiu torná-la mais leve, prática e fácil de utilizar, sendo um contributo importante para a segurança do transporte do doente crítico.

Com o desenvolvimento desta atividade foi possível adquirir competências no âmbito da gestão de recursos materiais, bem como, na organização e planeamento do transporte do doente crítico.

2.4.3. Atividade nº 6 - A importância da utilização do cufómetro

O pós-operatório de cirurgia cardíaca, requer, até garantir a estabilidade hemodinâmica do doente, a necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) devido ao nível reduzido de consciência do doente, induzido pela sedação. A VMI consiste num método de suporte ventilatório em doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, e tem como objetivo a manutenção das trocas gasosas, aliviar ou evitar o esforço respiratório, diminuir o consumo de oxigénio, diminuir o desconforto respiratório e, administrar terapêuticas específicas (Carvalho, *et al.*, 2007). A necessidade de VMI, apesar dos seus notórios benefícios, predispõe o doente a um maior risco de adquirir uma infeção respiratória, pneumonia ou traqueobronquite, associada ao ventilador, sendo a infeção mais frequentemente adquirida na UCI (DGS, 2015). Os doentes após cirurgia cardíaca realizam o recobro na UCI do CCCT e podem manter a VMI até 48 horas ou mais, dependendo da sua estabilidade clínica, no entanto, quanto maior o tempo de ventilação, maior a probabilidade de complicações.

Para realizar a VMI é necessário utilizar um tubo endotraqueal, com um balão insuflável na sua extremidade distal, denominado *cuff*. A insuflação do *cuff* deve atingir uma pressão adequada, no sentido de vedar a interface entre a mucosa traqueal e o *cuff*, de tal modo que impeça a microaspiração de secreções orofaríngeas e evite lesões isquémicas por destruição dos tecidos da mucosa traqueal do doente. O uso prolongado da VMI pode

resultar em lesões, de entre as quais a traqueomalácia, diretamente relacionada com o aumento da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal (Godoy, *et al.*, 2012).

De acordo com as *guidelines* do feixe de intervenções para a pneumonia associada à intubação, um dos itens a ter em consideração é a avaliação da pressão do *cuff* periodicamente. A pressão ideal encontra-se entre os 20 e os 30cmH₂O (DGS, 2015). A pressão de perfusão da mucosa traqueal situa-se entre os 25-35 mmHg (20-30cmH₂O), sendo que pressões superiores a 30cmH₂O podem gerar lesões na parede da traqueia e pressões inferiores a 20cmH₂O podem levar a broncoaspiração, aumento da predisposição para infeção respiratória e ineficácia da VMI (Silva, *et al.*, 2011). Pressões superiores a 25 cm H₂O evitam com segurança a aspiração de conteúdo orofaríngeo e gastroesofágico, considerando-se 20cmH₂O como o limite mínimo abaixo do qual pode ocorrer broncoaspiração (Ibidem). Os principais objetivos do *cuff* baseiam-se em proteger a via aérea inferior, prevenir a broncoaspiração, manter a pressão positiva evitando fugas de ar e sustentar o tubo endotraqueal na traqueia (Lopes, 2012). As principais complicações da pressão elevada do *cuff* traduzem-se por dor, rouquidão e tosse após a extubação, estenose traqueal, necrose dos tecidos da traqueia, fistula traqueo-esofágica, paralisia do nervo laríngeo e hemorragia (Ibidem).

A avaliação da pressão do *cuff* deve ser realizada através de um manómetro específico para o efeito, denominado *cufómetro*. O *cufómetro* permite a visualização direta da pressão do *cuff* e o seu ajuste imediato para o valor ideal. A medição nem sempre é realizada com recurso ao manómetro, mas sim, efetuada manualmente, através da palpação do balão externo com os dedos, sendo atualmente uma prática errada (Jain, *et al.*, 2011). Os mesmos autores afirmam que a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal é significativamente maior quando a medição é feita manualmente em detrimento da utilização do *cufómetro*. As complicações associadas à elevada pressão do *cuff* podem ser totalmente evitadas se a avaliação for realizada de forma correta e de acordo com as recomendações baseadas na evidência. Cerca de 3 horas de intubação endotraqueal já é considerado tempo suficiente para que ocorra lesão nos tecidos da traqueia, sendo a pressão do *cuff* um valor essencial para evitar esta complicação (Camargo, *et al.*, 2006).

De acordo com Silva *et al.* (2011) na prática diária muitas vezes não há mensuração da pressão *intracuff*, ou esta é realizada de forma indireta, através da palpação do balão externo, técnica extremamente inadequada. A utilização do *cufómetro* é a técnica recomendada pela literatura. Do mesmo modo, é aconselhada a sua verificação pelo menos uma vez por turno, sendo que na maioria dos casos os procedimentos de manutenção do *cuffs* são da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros (Silva, *et al.*, 2011).

Durante o estágio e após observação das práticas de enfermagem, concluímos que a avaliação da pressão do *cuff* não era realizada aos doentes sob VMI. Em conversa informal com a equipa de enfermagem e com a enfermeira chefe, constatamos que efetivamente existia um cufómetro na UCI, mas que este não era utilizado, provavelmente pela falta de informação acerca da sua importância. Perante tal situação decidimos investir nesta área no sentido de melhorar as práticas de saúde de acordo com a evidência científica, e prevenir as complicações inerentes a esta realidade.

Para esta atividade delineamos os seguintes **objetivos**:

- ✓ Divulgar a importância da utilização do cufómetro;
- ✓ Incentivar a utilização do cufómetro;
- ✓ Adquirir um cufómetro para cada unidade da UCI.

Estratégias:

- ✓ Realização de uma sessão de formação sobre a importância da utilização do cufómetro;
- ✓ Solicitação à enfermeira chefe para a aquisição de um cufómetro por unidade na UCI;
- ✓ Introdução no sistema informático da intervenção de enfermagem referente à monitorização da pressão do *cuff*.

Desenvolvimento da Atividade

Após a tomada de consciência da importância da utilização do cufómetro, não existiram dúvidas quanto à pertinência deste tema para realizar uma sessão de formação aos enfermeiros do CCCT. A formação foi baseada numa pesquisa sobre o tema, em bases de dados científicas³ e tendo em conta a informação mais atualizada possível. A adesão foi positiva, dado que foi efetuada no momento da reunião geral da equipa, aquando da apresentação do diagnóstico das necessidades de formação.

Foi possível consciencializar a equipa para a utilização de um recurso, que já disponibilizavam no serviço, apesar de não ser lembrado. Para facilitar esta adesão e a sua aplicação diária a enfermeira chefe foi recetiva à aquisição de mais cufómetros, tendo sido adquiridos 6, com a promessa de adquirir os 4 restantes para o total de 10 camas da UCI. Com um manómetro por unidade torna-se mais eficaz a mudança de

³ Medline, Elsevier, Scieelo, RCAAP, PubMed.

comportamentos, e não menos importante, a garantia de um melhor controlo de infeção, no que concerne à utilização do equipamento num só doente.

A intervenção de enfermagem “Monitorizar a pressão do balão endotraqueal” já existia no S. Clínico, somente foi necessário relembrar à equipa da sua identificação na execução dos registos de enfermagem. Ao implementar uma rotina de monitorização é possível controlar de forma fidedigna os valores reais da pressão do *cuff*, e por conseguinte, diminuir a probabilidade de ocorrência de lesões.

Com o desenvolvimento desta atividade foi possível implementar novas dinâmicas de intervenção com transformação / inovação dos contextos da prática clínica. Foram adquiridas competências no âmbito do planeamento e realização de uma sessão de formação, bem como, na gestão de recursos materiais.

CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica implica possuir uma base consistente de conhecimentos atuais e científicos, para que a nossa prática produza resultados e melhorias no estado clínico do doente.

A capacidade de compreensão do estado de saúde do doente, e principalmente das suas necessidades, promove o desenvolvimento e a capacidade de diagnóstico clínico, no sentido de planejar as intervenções de enfermagem e desenvolver o processo de enfermagem.

A prática baseada na evidência é fundamental para uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura e responsável. É um dever profissional, investir no auto conhecimento pessoal e profissional e no aperfeiçoamento contínuo das práticas em saúde. Especialmente no âmbito da enfermagem, e na prestação de cuidados ao doente a vivenciar processos complexos de doença crítica, é notório que cuidados altamente especializados produzem ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é, hoje em dia, um elemento decisivo na afirmação de uma enfermagem cada vez mais rigorosa e proactiva para o doente. A reflexão sobre as experiências e os caminhos traçados é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que permite um estudo mais aprofundado da nossa individualidade e acentua a ideia de que a formação parte de nós próprios.

O desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados de enfermagem, advém da aquisição de novos conhecimentos, bem como da capacidade de olhar, analisar, discutir e avaliar a nossa prática, ou seja, a capacidade de nos questionarmos a nós próprios.

Para além do conjunto de competências adquiridas como enfermeira de cuidados gerais, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve dotar-se de um conjunto de conhecimentos e competências que lhe permita realizar um correto julgamento clínico e uma tomada de decisão autónoma nas diversas situações que vão surgindo, quer no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica, quer no âmbito das competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Este documento é um ponto de partida, na medida em que me permitiu criar um ambiente de entrega à reflexão e à consciencialização da importância que este percurso teve no desenvolvimento de competências especializadas, como mestranda em enfermagem médico-cirúrgica. O estágio constituiu a possibilidade para desenvolver uma nova visão do

doente crítico e um novo olhar sobre a importância das nossas atitudes para com o doente e o seu núcleo familiar.

O percurso profissional é traçado de forma individual por objetivos pessoais, profissionais e sociais. A evolução e a conquista desses mesmos objetivos concretiza-se pela forma como nos identificamos com o percurso. Foi um desafio ser proactiva no desenvolvimento de capacidades para lidar com o novo conhecimento e com a área de especialização do doente crítico.

Do percurso vivido concluo que os objetivos inicialmente traçados foram superados, em consonância com o desenvolvimento de competências especializadas na prática de cuidados ao doente crítico e família.

As principais competências desenvolvidas com a realização do estágio permitiram adquirir conhecimentos aprofundados no contexto do doente crítico com patologia coronária, sustentando a prática de cuidados especializada. Adquiri competências técnicas, científicas, humanas e de natureza ética no âmbito da prestação de cuidados ao doente em contexto de cirurgia cardiotorácica. Foram adquiridas competências no âmbito da comunicação, da relação interpessoal e da gestão de emoções no sentido de fortalecer o vínculo com a equipa de saúde/doente/família.

Ao longo do estágio desenvolvi o pensamento crítico sobre as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica com impacto na vida diária, o que me permitiu obter uma visão global da importância da prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família num contexto específico, atendendo à sua multidimensionalidade.

Desenvolvi competências no âmbito do planeamento e realização de sessões de formação com o reconhecimento da importância da formação para o desenvolvimento de competências e da investigação para a qualidade dos cuidados de enfermagem, fomentando a prática baseada na evidência.

Foram ainda desenvolvidas competências no âmbito do controlo de infeção e da implementação das respetivas precauções básicas em contexto de cirurgia cardiotorácica, bem como, na gestão de protocolos complexos.

O desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados, paralelamente às descritas anteriormente, permitiu-me tomar decisões de forma autónoma na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e sua família.

Perante os avanços tecnológicos e as situações de grande complexidade com que se deparam diariamente os enfermeiros, consideramos que o caminho mais seguro é produzir

evidências que subsidiem as suas práticas e desta forma garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A partilha de experiências entre pares, o crescimento pessoal em equipa, a reflexão na e para a ação, bem como, a tomada de decisões fundamentada é fulcral para uma resposta eficiente e adequada da prática profissional do enfermeiro.

Realço a importância da escolha do local de estágio para o alcance dos objetivos propostos. O Centro de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João reúne, num mesmo espaço, a possibilidade de desenvolver competências especializadas no atendimento ao doente em estado crítico em diferentes níveis de gravidade da sua doença. A dinâmica e a especificidade desta unidade permitiu o desenvolvimento de aptidões e competências profissionais, exigindo um grande investimento e mobilização de conhecimentos, quer para a prestação direta de cuidados, quer para a gestão e formação.

As 450 horas preconizadas para o desenvolvimento deste ENP, foram em muito ultrapassadas. Quando a satisfação supera as dificuldades e o cansaço, a entrega é desmedida e inevitavelmente o saldo só pode ser positivo. Não só as conquistas no âmbito da aprendizagem e do desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica se evidenciam deste percurso, mas também, a capacidade de integrar uma equipa multidisciplinar e dela (quase) fazer parte.

Às competências desenvolvidas ao longo do estágio, acresce ainda o sentimento de alerta constante. O doente crítico, com patologia coronária, requer uma atenção minuciosa por parte do enfermeiro. Nem sempre estão visíveis nos monitores os riscos e os próximos desafios que a instabilidade destes doentes pode apresentar. Saber estar presente e fazer a diferença são as principais armas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Como perspetivas de futuro gerou-se a vontade em desenvolver um estudo de investigação na área do doente crítico no seguimento da criação da consulta de *follow-up* na instituição onde desempenho funções. Conhecer a evolução do doente após a alta hospitalar, permite identificar necessidades do próprio doente e da sua família, capazes de serem discutidas em equipa multidisciplinar e deste modo encontrar estratégias para melhorar a prática de cuidados durante o processo de internamento.

O desenvolvimento deste ENP abriu portas, a título pessoal, para a prestação direta de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de uma unidade de cuidados intensivos. Quando não existem dúvidas do caminho a percorrer, vamos alcançando metas à medida que o desenvolvimento de competências se torna cada vez melhor e mais amplo, e a realização deste ENP foi indubitavelmente uma prova concreta deste facto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de - **Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (estudo multicasos)**. Lisboa: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-21-2.
- ABREU, Wilson Correia de - **Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parceria para a excelência em saúde**. Coimbra: Formasau, 2003. ISBN: 978 972 8485 35 1.
- ABREU, Wilson Correia de - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.
- ABREU, Wilson Correia de - **Supervisão Clínica em Enfermagem, desenvolvimento profissional e excelência dos cuidados**. In: UNIESEP. Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. ISBN: 978-989-96103-4-7.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE - **Recomendação: "Carro de Emergência"**. Administração Regional de Saúde do Norte, Comissão Regional do Doente Crítico, 2009. [Consultad em Nov. de 2016]. Disponível em: http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/CRDC_Carro_Emergencia.pdf.
- ANNICH, Gail [et al.] - **Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care**. 4th Edition. USA: s.n., 2012. ISBN – 978-0-9656756-4-2.
- ANTUNES, Manuel [et al.] - **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Cirurgia Cardiorácica**. Lisboa, 2016.
- BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. Edição revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011. 281 p. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BENNER, Patricia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972853597X.
- BORGES, Juliana Bassalobre Carvalho [et al.] - Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, Vol. 21, nº 4 (2006), pp. 393-402.
- BOURBON, Mafalda [et al.] - **Sabe Como Prevenir? Doenças Cardiovasculares**. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2015. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>.

- BRYKCYNSKI, K.A. - Patricia Benner - De principiante a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha Laile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª. ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-74-6. pp. 185-207.
- CAMARGO, Marina Furtado de [et al.] - Análise das Pressões Intracuff em pacientes em Terapia Intensiva. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo. ISSN 0104-4230 Vol.6, nº 52 (2006).
- CANÁRIO, Rui [et al.] - **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. 192 p. ISBN 972-0-341-25-4.
- CANÁRIO, Rui - **Educação de Adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa : Educa , 1999. ISBN 9789728036218.
- CARNEIRO, Maria - **Motivação dos Enfermeiros: Relação com o Comportamento do Chefe de Equipa**. Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real: Universidade de Trás -os- Montes e Alto Douro, 2009. Tese de Mestrado.
- CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de [et al.] - Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias.**Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo. ISBN 1806 – 3713. Vol. 33, nº 2 (2007).
- CATARINO, Lúcia - Aprender a Pensar. **Revista Referência**. nº 12 (2004) p. 45-48.
- CAVALCANTI, Ana Carla Dantas; COELHO, Maria José - A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Vol.11, nº 2 (2007) pp. 220-226.
- CHAVES, Idália da Silva Carvalho Sá - **Formação, conhecimento e supervisão: contributos na área da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro, 2000. 198 p. ISBN 972-789-011-3.
- CHERRY-ANN WALDRON, John Gallacher [et al.] - **The effect of different cardiovascular risk presentation formats on intentions, understanding and emotional affect: a randomised controlled trial using a web-based risk formatter (protocol)**. UK: BMC - Medical Informatic Decision Making, 2010. [Consultado em Jan. de 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922081/>
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.

- CONCEIÇÃO, Idália da [et al.] - Planos de formação: que realidades? **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol.2, Nº 2 (2º Semestre, 1998), pp. 38-44.
- CONSELHO JURISDICIONAL – **Legitimidade de registos efetuados por alunos de enfermagem no processo clínico**. Parecer CJ 36/2005. Ordem dos Enfermeiros, Nº 17. Julho de 2005, p. 20. ISSN 1646-2629.
- CORONEL, Christian Correa [et al.] - Variáveis perioperatórias de função ventilatória e capacidade física em indivíduos submetidos a transplante cardíaco. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**. ISSN 0102 - 7638 Vol. 25, nº 2 (2010), pp. 190-196.
- CORREIA, Maria da Conceição Batista - **Processo de Construção de Competências dos Enfermeiros em UCI**. Lisboa:Universidade de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.
- COSTA, Maria de Lourdes Gil Patricio Varandas da - **MAIS SABER, MELHOR ENFERMAGEM: A repercussão da formação na qualidade de cuidados**. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2011. Tese de Doutoramento.
- DECRETO-LEI nº 248/2009 **DR I Série** . 184 (2009/09/22) 6761 – 6765.
- DECRETO-LEI nº 437/91. **DR I Série - A**. 257 (1991/11/08) 5723-5741.
- DELORS, Jacques [et al.] - **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI**. Porto: Edições Asa, 1996. 256 p. ISBN 972-41-1775-8.
- DESPACHO Normativo 16549/2012. DR II Série. 251 (2012/12/28) 40974 – 40976
- DGS, Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - **Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. 72 p. ISBN 972-675-097-0.
- DGS, Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007. 72 p. ISBN 972-675-097-0.
- DGS, Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde - **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde** . Circular Normativa Nº 13. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.
- DGS, Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. – **Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde**. Orientação Nº 008/2011- Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2011.

- DGS, Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde - **Precauções Básicas do Controlo da Infeção**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013a.
- DGS, Ministério da Saúde - **Doenças Cerebro-Vasculares em Números**. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2013b. ISSN 2183-0681.
- DGS, Ministério da Saúde - **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2013c. ISSN 2183-0681.
- DGS, Ministério da Saúde - **Doenças Cerebro-Vasculares em Números**. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2014. ISSN 2183-0681.
- DGS, Ministério da Saúde. - **Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)** - Norma nº 005/2013 de 19/03/2013 atualizada 21/01/2015.Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2015.
- DGS, Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. **Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação**. Norma Nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2015.
- DIAS, José Manuel - **Formadores: que desempenho?** Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4.
- DIAS, José Manuel; IMAGINÁRIO, Cristina - **Formadores: que desempenho?** In: Encontro de investigação. Escola Superior de Enfermagem de Vial Real, 2005, pp. 191-198.
- DUARTE, Sabrina Costa Machado; STIPP, Marlucci Andrade Conceição; MESQUITA, Maria Gefé da Rosa; SILVA, Marcelle Miranda da - O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Revista de Enfermagem Esc Ann Nery**. ISSN 1414 - 8145 Vol. 16, nº 4 (2012), pp. 657 - 655.
- DUARTE, André de Paulo; NUNES, Sebastiana Maria de Paulo; OLIVEIRA, Ângela Aparecida de – **Prevalência do Síndrome de Burnout em Enfermeiros atuantes em UTI**. [Online] 2013. [Consultado em 15 de Março de 2017] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0696.pdf> ISSN 1646-6977.
- DUBAR, Claude - **A Socialização - Construção das Identidades Sociais e Profissionais**. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 9788533621923.
- ESTEVES, Nuno Edgar Carones - **Ser e continuar a ser família em Cuidados Intensivos**. Porto, 2012. ISBN 978-989-20-3196-5.

- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL E PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida.** www.sociedadeferidas.pt. [Online] 2014. [Consultado em 20 Jan. 2017]. Disponível em: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_Referencia_Rapido.pdf.
- FABIÃO, António Carlos Pereira [et al.] - Formação: Contributo para a Qualidade. **Revista Servir.** Vol. 53, nº. 5 (2005) pp. 235-247.
- FERREIRA, Pedro Nuno Vieira dos Santos - **Evolução Temporal dos Fatores de Risco na População Portuguesa Continental.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.
- FIGUEIRÔA-REGO, Sandra Cláudia Rodrigues de – Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. **Pensar Enfermagem**, Nº7, 2003, pp. 34-47.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.
- FRANKLIN, Barry A.; CUSHMAN, Mary - Recent Advances in Preventive Cardiology and Lifestyle Medicine: A Themed Series. Dallas, Texas: **American Heart Association**, Vol. 123 (2011). ISSN: 1524-4539.
- FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Fundação Portuguesa de Cardiologia. Fatores de Risco Cardiovasculares.** [Online] 2017. [Consultado em 3 de Janeiro de 2017] Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/>.
- GODOY, Armando Carlos Franco de [et al.] - Valores individualizados de pressão intracuff. Brasil: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Vol. 5 (2012). pp. 672-673.
- GUIMARÃES, Paula - A educação e a formação de adultos (1999-2010): a progressiva importância da educação e formação para a competitividade. **Revista Lusófona de Educação.** Vol. 22 (2012) pp. 69-84.
- GUIMARÃES, Paula - Aprender no local de trabalho: um outro olhar sobre a formação e a enfermagem. **Actas do IV Congresso Português de Sociologia.** [Online] 2000. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dd3884baff_1.PDF.
- HSJ, Hospital de São João - **Relatório e Contas de 2015.** Porto: s.n., 2015.

- JAIN, Mukul Kumar ;TRIPATHI, Chander Bushan - Endotracheal tube cuff pressure monitoring during neurosurgery - Manual vs. automatic method. **Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology**. Vol. 27, nº3 (2011). pp. 358 – 361.
- LEAL, Maria Teresa – **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8.
- LE BOTERF, Guy - **Plano de formação**. Lisboa: s.n., 1991, Vol. nº 3.
- LEITE, Lúcia - **Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências**. [Online] 2006. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon g_ComLL.pdf.
- LIMA, Graça [et al.] - **Carga da Doença atribuível a fatores de risco na região Norte de Portugal**. Porto: Administração Regional da Saúde do Norte, Instituto Público, Departamento de Saúde Pública, 2013.
- LOPES, Leonardo Soares Gusmão - **A importância do monitoramento da pressão do cuff: uma revisão da literatura**. Goiania: Universidade de São Marcos, Centro de estudos integrados e formação avançada, 2012.
- LOURENÇO, C. A. M.; MENDES, A. N. - Pensar a formação em enfermagem. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196. Vol. 18, Nº233 (Maio 2008), pp. 38-43.
- MACEDO, Ana Paula - **Supervisão em enfermagem – construir as interfaces entre a escola e o hospital**. Santo Tirso. Porto: De Facto Editores, 2012.
- MACHADO, RC [et al.] - Balão intra aórtico em pacientes candidatos a transplante de coração: guia operacional dos cuidados de enfermagem. **Revista Global de Enfermeria**. ISSN 1695-6141. Vol. 28 (2012).
- MATEUS, Ana Maria Lopes; FERREIRA, Bebiana Maria Antunes - **Dor: guia orientador de boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. 55 p. ISBN 978-972-99646-9-5.
- MELEIS, Afaf [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. Vol. 23, nº 1 (2010), pp. 12-28.
- MELEIS, Afaf - **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

- MENESES, Ramiro Délio Borges de - Princípalismo e Pedagogia: entre a ética e a educação. **Revista de Filosofia**. Vol. 14. (2007). pp. 189-216.
- MICAELO, Fernando; COSTA, Isabel Alves; VALENTE, João Pedro Oliveira; ANTUNES, Nelson Serrano - Florence Nightingale: vida e obra da fundadora da enfermagem moderna. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. ISSN 0873-5441. Nº 33 (2013), pp. 10-15.
- MORAIS, Carlos - Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: um desafio para a sociedade. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol.33, (2014).
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana - **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra: Centro de Estudos de Bioética Pólo Açores, 2004. 582 p. ISBN 972-603-326-8.
- NÓVOA, António; FINGER, Matthias - **O método (auto) biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1988. 157 p.
- NÓVOA, António; CASTRO-ALMEIDA, Carlos [et al.] - **Formação para o desenvolvimento: uma experiência participada de formação de agentes de desenvolvimento** - Programa JADE. Lisboa: Fim de Século, 1992. 156 p.
- NUNES, Lucília, Coord; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454 p.
- OLIVEIRA, Ana Margarida Nunes de Sá Rosado Videira Duarte ; PEREIRA, Maria Cristina Queiroz Vaz - **Importância e impacto na formação profissional**. Vol. 16, nº. 208 (Março 2006), pp.46-47
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual - enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). **Tomada de Posição – Investigação em Enfermagem**. Lisboa, [Online] 2006. [Consultado em Maio de 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. 2007. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Nº 32 (Abril 2009). ISSN 1646-2629.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências.**[Online] 2010c [Consultado em Nov 2016]. Disponível em: <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer do Conselho Jurisdicional nº 79/2012- Autonomia da Profissão de Enfermeiro Relativamente à Execução de Tratamento.** 2013.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer nº 05/2013- Competências do Enfermeiro para a utilização do equipamento de oxigenação por membrana extracorporeal - ECMO em Unidade de Cuidados Intensivos.** 2013.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** Nº. 79 (2015.04.23), 10087 p.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015a) - Regulamento nº. 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** Nº 123 (2015.06.26), 17240 p.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015b. 112 p.

- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. 446 p. ISBN 978-972-8485-92-4.
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - **Comunicação de más notícias em saúde: contributos para a formação em enfermagem**. Porto, 2005. 574 p. Tese de Doutoramento.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares - **Produção de indicadores de qualidade a enfermagem que queremos evidenciar**. Nº. 82 (Jan. 2009), pp. 36-44
- PFETTSCHER, S.A. - Florence Nightingale: Enfermagem Moderna In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha Laile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª edição. Loures : Lusociência, 2003, pp. 73-93. ISBN 972-8383-74-6.
- POTRA, Teresa Maria Ferreira dos Santos – **Gestão de Cuidados de Enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento.
- PRIETO, David [et al.] - Uma década de transplantação cardíaca em Coimbra. O valor da experiência. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 33, nº11 (2014), pp. 671-681.
- RUA, Marília dos Santos - **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência Ed., 2011. 312 p. ISBN 978-972-8930-68-4.
- SANTOS, Ricardo [et al.] - **Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca**. Vol. 22, nº. 258 (Junho 2010), pp. 11-20.
- SANTOS, Luís Fernando Carvalhinho Lisboa dos - **UMA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL - A constância do essencial num mundo em evolução permanente**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento.
- SEQUEIRA, Pedro Miguel Dias - Identificação das necessidades de formação no processo formativo. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Nº 18 (2009), pp. 11-14.

- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6.
- SIELOFF, C. L.- Imogene King in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha Laile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2003, pp. 377-403. ISBN 972-8383-74-6.
- SILVA, Álvaro [et al.] - **Controle da pressão intracuff em doentes traqueostomizados**. Cartaz - 3ª Jornadas de Iniciação à Investigação Clínica. Porto: Centro Hospitalar do Porto, 2011.
- SILVA, José António Pinho da - **Stress Pós-Traumático e Qualidade de Vida da Família do Doente Crítico**. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 2013. Tese de Doutoramento.
- SILVA, Pedro Marques da. - **A aterosclerose ... (in)evitável**. Fundação Portuguesa de Cardiologia. [Online] 2017. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/aterosclerose-inevitavel/>
- SILVANA, Sandra; ALVARENGA, Margarida - Informação e Comunicação - Um Olhar Ético. **Revista Cuidados Paliativos**. Vol. 1, nº1 (2014). pp. 45-51.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (SPC). **Guarde uma das suas passas para salvar vidas**. www.spc.pt. [Online] [Consultado em Janeiro de 2017]. Disponível em: http://www.spc.pt/DL/Home/fm/Guarde_as_suas_Passas.pdf.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS; ORDEM DOS MÉDICOS - **Transportes de Doentes Críticos, Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.
- SOUSA, Paulo - Doença Cardiovascular na Europa em 2014: atualização de resultados epidemiológicos. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol.34, nº 5 (2015).
- TAVARES, João Pedro Barros - **Avaliação do risco cardiovascular: Impacto das modalidades actuais de imagem**. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Tese de Doutoramento.
- TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H. - A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirurgico. **Arq Ciências Saude**. Rio Preto. Vol. 14. Nº2 (2006).
- TOJAL, Ana Margarida Andrade Fernandes - Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço. **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**. Coimbra: s.n., 2011. Tese de Mestrado.

- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Martha Laile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2003. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

- TOWNSEND, Nick [et al.] - Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. **European Heart Journal**. [Online] 14 de Agosto de 2016. [Consultado 18 de Janeiro de 2017.] Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/early/2016/08/10/eurheartj.ehw334.full.pdf>

- TURRINI, Ruth N.T.; SANTO, Augusto H - Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**. Vol. 78, nº 6 (2002). pp.485-490.

- VAZ, Domingos; SANTOS, Lausa; CARNEIRO, António Vaz - Factores de Risco: Conceitos e Implicações Práticas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol.1, nº24, (2005). pp.121-131.

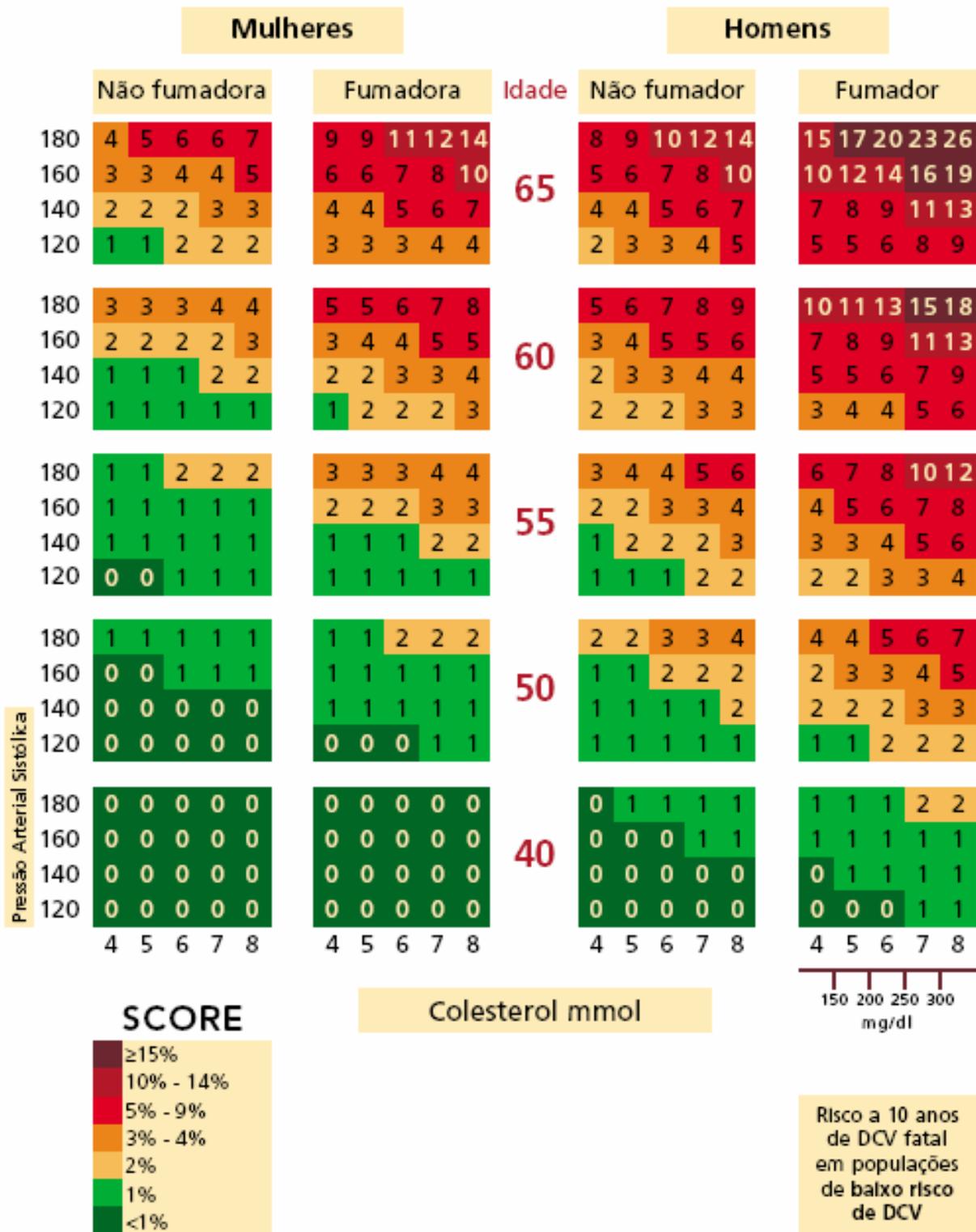
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Prevention of hospital-acquired infections**. [Online] 2002. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular Diseases - fact sheets**. [Online] Setembro de 2016. [Consultado em Março de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela referente ao Risco Cardiovascular para Adultos



ANEXO 1 - Risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita). Fonte: DGS, 2014

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário – Necessidades de Formação

A Formação contínua dos Enfermeiros assume um papel preponderante na prestação de cuidados de Enfermagem de Qualidade.

É um dever profissional investir no desenvolvimento pessoal e profissional e no aperfeiçoamento contínuo das práticas em enfermagem, com reflexos nos contextos de trabalho e com a consciência de que cuidados altamente qualificados produzem ganhos em saúde.

É nosso objetivo caracterizar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Cardiorácica e identificar as principais necessidades de formação da mesma, tendo em vista a estruturação de um plano de formação.

Agradeço o preenchimento deste documento, no sentido de reunir o maior número de dados sobre este tema. Os resultados deste inquérito são confidenciais e destinam-se à elaboração do Diagnóstico de Necessidades de Formação, instrumento essencial que permite dar resposta às necessidades formativas expressas.

Bruna Rocha

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

- Caracterização da Equipa de Enfermagem:

*Idade _____

*Sexo F M

*Anos de Serviço em Cirurgia Cardiorácica _____

*Local de trabalho ___ **Bloco**

___ **UCI/UC Intermédios**

___ **Internamento**

*Especialidade em Enfermagem Sim Não

Se sim, especifique qual:

*Pós Graduação e/ou Mestrado Sim Não

Se sim, especifique qual:

*Outros Curso

-

- Necessidades de formação

Identifique as suas principais necessidades de formação enquanto Enfermeiro no âmbito de:

***Prestação/Gestão de Cuidados de Enfermagem**

***Comunicação / Relações Interpessoais**

***Supervisão Clínica**

***Outras áreas:**

1) No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, indique duas atividades/projetos que gostaria de ver desenvolvidos no serviço.

2) Na sua opinião, que aspetos gostaria de ver melhorados no seu local de trabalho?

Muito Obrigada pelo seu contributo!

APÊNDICE B

Divulgação da Atividade – Identificação das Necessidades de Formação

Nestes envelopes encontram-se questionários relativos à identificação das **Necessidades de Formação** dos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica.

Agradeço a vossa colaboração no preenchimento dos mesmos!

Com os resultados obtidos será possível construir um Plano de Formação e dar resposta às necessidades identificadas.

Após o preenchimento devem entregar o questionário à Enfermeira Coordenadora ou colocar no respetivo envelope.

Trabalho desenvolvido no âmbito de:

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^a Bruna Rocha

Muito Obrigada pelo seu contributo!

APENDICE C

Análise de Conteúdo

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS /UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Necessidades de formação:

Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem				
Áreas Temáticas	Categoria	Subcategoria	Enunciados	Nº Enunciados
Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem	Técnicas Invasivas	ECMO	<ul style="list-style-type: none"> • Ter formação relativamente aos cuidados de enfermagem aos doentes com ECMO (q.1) • A utilização de ECMO é uma realidade cada vez mais frequente no serviço, uma formação acerca deste tema seria pertinente. (q.19) • ECMO (q.23) • Cuidados ao doente com ECMO (q.25) 	4
		Técnicas de Substituição Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Dialíticas (q.4) • Técnicas dialíticas (q.9) • Técnicas Dialíticas (q.14) • Técnicas Dialíticas (q.33) 	4
		Técnicas Cirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Bio Pump (q.14) • Bio Pump e cuidados inerentes (q.18) • Técnicas Cirúrgicas Cardíacas de Urgência (q.21) • Formação sobre diferentes técnicas cirúrgicas (q.15) 	4
	Controlo de Infeção / Medidas de Isolamento		<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de infeção (q.3) • Controlo de Infeção (q.4) • Medidas de Isolamento dentro da UCI (q.4) 	17

			<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre controlo de infeção (parametrização, avaliação dos cuidados e criação de protocolos) (q.5) • Isolamento de Doentes (q.10) • Medidas de Controlo de Infeção (q.11) • Formação dos profissionais de saúde para o controlo de infeção (q.11) • Formação na área da C.C.I. (q.13) • Formação na área da comissão de higiene (q.14) • Medidas de isolamento (q.15) • Controlo de Infeção (q.16) • Triagem de Resíduos (q.16) • Isolamentos (q.17) • Apostar na sensibilização para a temática do controlo de infeção e formação das assistentes operacionais (q.19) • Controlo de Infeção /Medias de Isolamento (q.29) • Controlo da Infeção/isolamento (q.32) • Medidas de prevenção de contaminação (q.34) 	
	Tratamento de Feridas		<ul style="list-style-type: none"> • Feridas e sua monitorização (q.6) • Tratamento de feridas (ulceras de pressão) (q.3) • Feridas e Úlceras de Pressão (q.13) • Feridas (ulceras de pressão) (q.14) • Atualização de feridas (q.17) • Feridas e tratamento (q.16) • Feridas e ulceras de pressão (q.18) • Feridas (q.23) • Atualização dos cuidados às feridas/úlceras de pressão (q.26) • Feridas e Úlceras de Pressão (q.31) • Tratamento de feridas (q.34) 	11
	Transplante Cardíaco		<ul style="list-style-type: none"> • Transplante Cardíaco - pré e pós cirurgia (q.4) • Protocolos Definidos de Transplante Cardíaco, Levante do doente, Reabilitação, Feridas e Úlceras de Pressão (q.10) • Transplante Cardíaco (q.13) • Área de Transplantes Cardíacos (q.14) 	4
	Cuidados à Criança		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar da criança submetida a cirurgia cardíaca: patologias, cirurgias, cuidados de enfermagem (q.5) • Cardiologia em Pediatria (q.15) • Cuidados à Criança pós cirurgia cardíaca (q.22) 	5

		<ul style="list-style-type: none"> • Formação em Pediatria / Cardiologia (q.22) • Cuidados à criança submetida a cirurgia cardíaca (q.34) 	
	Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Modos ventilatórios (q.6) (q.7) • Ventilação (q.9) (q.13) • Ventilação Invasiva (q.22) • Formação em BIPAP (q.24) • Formação em modos ventilatórios (ventiladores) (q.24) • Protocolos sobre ventilação (q.36) 	6
	Suporte Avançado de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Formação em SAV (q.6) • Formação em cuidados de enfermagem em doentes críticos (q.12) • Suporte Avançado de Vida (q.12) • Ressuscitação cardiopulmonar (q.18) • SAV (q.21) • Doente Crítico (q.21) • Ácido-Base (q.21) • Níveis de Sedação (q.23) • SIV e SAV fazer parte obrigatória e efetuada por todos os profissionais (q.27) • Suporte Avançado de Vida (q.29) • SAV (q.32) • Cuidados ao doente vítima de trauma (q.34) • Cuidados ao doente traqueostomizado (q.23) • SAV específico em cirurgia cardiorácica (q.34) 	14
	Cardiopatias	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados de enfermagem específicos das patologias associadas a complicações decorrente da cirurgia cardíaca, p Ex: foro neurológico e renal (q.2) • Cardiopatias congénitas e suas particularidades em relação à doença cardíaca nos adultos (criança vs adulto) (q.28) 	2

Comunicação / Relações Interpessoais

Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Comunicação / Relações Interpessoais	Relação Enfermeiro - Doente – Família	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação com o doente ventilado (q.6) • Comunicação e interação com o doente crítico (q.12) • Comunicação entre enfermeiro/médico/família (q.36) • Relação terapêutica com o doente (q.13) • Relação com o doente (q.14) • Relação empática doente / família (q.16) • Relação terapêutica com os doentes (q.18) • Comunicação com familiares no processo de visita (q.20) • Comunicação com a Família (q.21) • Visão holística do doente (q.26) • Escuta ativa (q.26) • Envolvimento das famílias e parceria nos cuidados ao doente (q.28) 	12
	Relação interpessoal na equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de Equipa Multidisciplinar (q.2) • Relação médico-enfermeiro (q.4) • Comunicação na equipa (q.13) • Comunicação na equipa (q.14) • Comunicação entre colegas de trabalho (q.21) • Melhorar a relação entre todos os profissionais (q.27) 	6
	Gestão de stress	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de Stress e Burnout (q.25) • Gestão de situações de stress (q.34) • Fundamentos sobre as relações interpessoais e gestão de conflitos no interior da equipa (q.15) 	3

Supervisão Clínica			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Supervisão Clínica	Integração de novos elementos na equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de Alunos (q.10) • Integração de novos enfermeiros no serviço (q.28) • Guia de orientação de alunos (q.13) • Guia de orientação / integração de novos enfermeiros (q.13) • Guia de orientação / integração e novos elementos (q.14) • Guia de integração de alunos em estágio (q.14) • Criar um manual de normas e procedimentos para alunos/enfermeiros recém-chegados ao serviço (q.17) • Manual de Integração aos alunos (q.31) 	8
	Processo de Supervisão dos estudantes	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão de alunos - objetivos definidos e progressivos durante o estágio (q.4) • Competências dos formadores (q.12) • Critérios para ensino tutelar (q.12) • Acompanhamento de estudantes (licenciatura, mestrado, especialidade) (q.28) • Orientação de alunos (q.36) 	5
	Modelos de ensino de Supervisão Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Formação aos profissionais de saúde sobre as diferentes formas de supervisão/ensino (q.22) • Formação sobre modelos de ensino (q.23) • Técnicas de orientação pedagógica (q.25) 	3

Gestão				
Área Temática	Categoria	Subcategoria	Enunciados	Nº Enunciados
Gestão	Ambiente, Higiene e Segurança no Trabalho	Acidentes Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Acidentes Pessoais/Lesões Musculo Esqueléticas (q.16) • Modo de atuação em caso de acidente de serviço (q.29) • Modo de atuação em caso de acidentes de trabalho (q.32) 	3
		Plano de Emergência/Catástrofe	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de como nos devemos organizar em caso de incêndio, catástrofes, entre outros (q.18) • Reciclagem na formação em caso de incêndios / catástrofes (q.14) 	2
	Liderança		<ul style="list-style-type: none"> • Liderança na equipa (q.13) • Liderança (q.14) • Competência para liderança de equipas (q.28) • Gestão de Conflitos (q.15) 	4

Atividades ou projetos a desenvolver no serviço:

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Enunciados	Nº Enunciados
Atividades ou projetos a desenvolver no serviço	Gestão de Recursos Humanos	Formação em Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um "manual" de informação (q.4) • Plano de Formação Anual (q.6) • Formação anual e organizada (q.7) • Manual de Formação (q.10) • Plano Anual de Formação (q.15) • Formação no serviço com mais regularidade (q.29) • Formação no serviço regularmente ou através de colegas do departamento de formação (q.32) 	7
		Reuniões com a Equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Existir um dia por mês em que seja possível reunir a equipa de Enfermagem para discutir problemas do serviço (q.1) • Implantação de um espaço semanal de troca de Informação/Opiniões relativo ao serviço e dinâmica de trabalho (q.2) • Reunião mensal com a equipa multidisciplinar (q.2) • Sessões de formação e partilha de conhecimentos em conjunto com a classe médica (q.11) • Reuniões frequentes com toda a equipa de enfermagem (q.17) • Existir um dia no mês para serem discutidos assuntos a melhorar no serviço (q.35) • Discussão mensal sobre aspetos relativos do serviço (q.36) 	7
		Constituição de grupos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Existir uma equipa responsável pela formação (q.6) • Existir equipa própria de formação (q.15) • Equipa de Transplantação Cardíaca (q.28) 	3
	Gestão de Cuidados	Criação de Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de alimentação entérica (q.3) • Protocolo de tratamento de úlceras de pressão (q.3) • Protocolo para integração de novos membros (q.9) • Diretrizes sobre como cuidar de um doente transplantado (material que deve estar na unidade, medicação, procedimentos, entre outros) (q.18) • Protocolo de Flush sem Heparina (q.33) 	5
		Consulta de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de follow-up de Enfermagem (q.4) • Consulta de Enfermagem pós operatória (q.21) 	5

			<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Follow-up (q.23) • Consulta pós-operatória de enfermagem (q.25) • Implementação de Consulta de Follow-up (q.31) 	
	Gestão de Recursos Materiais	Aquisição de Equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor visível em todas as áreas do serviço (q.7) • Telemetria (Computador central visível em todos os ângulos) (q.27) 	2
		Manutenção/reparação de materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de material avariado (q.36) 	1

Aspetos a ser melhorados no local de trabalho:

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Enunciados	
Aspetos a ser melhorados no local de trabalho	Gestão Recursos Humanos	Horários de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Carga horária de 40horas semanais apenas! (q.1) • Redução de Carga horária em excesso (q.4) • Redução da carga horária semanal para poder "pensar" em fazer formação! (q.5) • Diminuição da carga horária (q.6) (q.7) (q.9) • Diminuição das horas positivas (q.11) • Maior respeito pela carga horária que a meu ver é excessiva (q.15) • Diminuir a Carga de Trabalho (q.19) • Horários mais Justos (q.19) • Diminuição da Carga horária (q.21) • Menos carga horária (q.29) • Apenas realizar trabalho de Enfermagem (q.30) • Carga horária decente (q.33) • Ter uma carga horária normal (q.35) • Aspetos relacionados com a gestão do pessoal, nomeadamente horários dos enfermeiros mais equilibrados e número de assistentes operacionais adequado (q.34) 	16
		Relacionamento Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria das Relações Interpessoais (q.2) (q.22) (q.31) • Relação profissional entre classes profissionais (q.13) (q.18) • Relação profissional entre a equipa multidisciplinar (q.14) • Maior Respeito pela profissão, maior ética profissional e humanização da classe médica (q.19) • Maior trabalho em equipa multidisciplinar (q.32) 	8
		Reconhecimento Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Entreajuda (q.21) • Maior Respeito (q.23) • Respeito, Formação e Liderança (q.37) • Reconhecimento de Competência profissional (q.28) • Reconhecimento do papel de enfermagem na prestação de cuidados (q.32) • Respeito (q.30) • Educação (q.30) 	7

		Formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Formação na área do intensivismo (q.23) • Existência de um plano de formação anual para toda a equipa de Enfermagem (q.25) • Maior abertura por parte das chefias para a realização da formação (q.29) 	3
	Gestão de Cuidados	Rácio Enfermeiro-Doente	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste rácio enfermeiro – doente (q.4) • Aumento do número de enfermeiros por turno (q.7) • Aumento do número de enfermeiros (q.10) • Mais tempo para comunicar com doentes e respetivas famílias (q.17) • Aumento do Rácio Enfermeiro-Doente (q.21) (q. 28) (q.34) • Humanização dos cuidados no sentido de ver o doente como um ser humano e não como um número cirúrgico (q.36) 	7
		Gestão de Vagas	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da rotatividade/transferências diárias dos doentes (q.26) • Mobilização de doentes conscientes, e não apenas pela questão de vaga (q.33) • Evitar a rápida mobilidade de doentes, muitas vezes ainda a necessitarem de cuidados intensivos (q.35) • Organização/mobilização de doentes (q.36) • Gestão de camas e vagas (q.18) 	5
	Gestão Organizacional	Organização do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de limpos e sujos (q.3) • Organização das salas de unidades de cuidados intensivos e intermédios uma vez que algumas não são funcionais. (q.12) • Menos cirurgias para uma melhoria da prestação de cuidados (q.17) • Funcionalidade do Serviço (q.27) • Administração de medicação com prescrição medica online com vista a facilitar a preparação e administração pelos enfermeiros (q.12) 	5

INTERNAMENTO

Necessidades de formação:

		Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem	
Área temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem	Educação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos de Enfermagem sobre alimentação, exercício físico e prática sexual aos doentes (q.39) • Educação para a Saúde (q.39) • Participação da família nos Cuidados ao Doente (q.39) • Riscos Cardiovasculares - ensinos ao doente (q.41) • Ensinos ao doente pré e pós cirúrgicos (q.46) • Informação ao doente no momento da alta, cuidados a ter de reabilitação cardíaca (q.49) • Necessidades do doente cardíaco após a alta (q.41) • Continuidade de Cuidados de enfermagem no centro de saúde, que informação é dada ao doente? (q.41) 	8
	Procedimentos/ Protocolos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização das técnicas de prestação de cuidados de enfermagem (q.40) • Protocolos desatualizados em relação à prestação de cuidados específicos do serviço (q.45) • Maior discussão de assuntos relacionados quer com a prestação de cuidado, quer com a necessidade de readaptação dos planos de trabalho [protocolos] (q.45) • Formação específica sobre certas patologias clínicas e as novas abordagens cirúrgicas para adaptação de novos planos e novas técnicas (q.45) • Protocolos de procedimentos de enfermagem (q.47) • Criação de protocolos uniformes de cuidados e procedimentos de enfermagem (q.48) 	6
	Monitorização e Hemodinâmica Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Complicações pós cirúrgicas (q.41) • Traçado Eletrocardiográfico (q.49) • Atuação perante paragem cardíaca (q.41) • Transplante Cardíaco (q.47) • Monitorização Cardíaca (q.47) 	5

	Registos	<ul style="list-style-type: none"> • Registos informáticos dos cuidados de enfermagem (q.45) • Uniformização dos registos informáticos (q.39) • Noções básicas de procedimentos burocráticos (q.45) 	3
	Controlo de Infeção	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de Infeção (q.47) • Uniformização de condutas no controle à infeção nosocomial por parte de todos os grupos profissionais (q.50) 	2

Comunicação / Relações Interpessoais			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Comunicação / Relações Interpessoais	Gestão de Stress	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Burnout - uma realidade cada vez mais patente nos dias que correm e que ninguém valoriza! (q. 44) • Síndrome de Burnout (q.48) • Exaustão dos profissionais (q.48) • Gestão do stress profissional (q.42) • Stress (q.43) • Gerir o stress (q.44) 	6
	Trabalho de Equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Entreeajuda entre os profissionais (q.46) • Reuniões para discussão de casos clínicos (q.45) 	2
	Gestão de Conflitos	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos (q.43) • Gestão de conflitos (q.47) • Técnicas de motivação / Gestão de Conflitos (q.50) • Gestão de Conflitos (q.44) 	4

Supervisão Clínica			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Supervisão Clínica	Processos de Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> Promover formação sobre métodos de supervisão (q. 41) Planeamento e Orientação (q.50)) 	2
	Orientação de Alunos	<ul style="list-style-type: none"> Constituição de uma equipa de orientação de alunos (q.47) Acompanhamento de estagiários - quem detém competência para tal? (q.44) Que enfermeiros são capazes para orientar alunos? (q.48) Manual de Integração de Alunos (q.49) 	4

Atividades ou projetos a desenvolver no serviço:

Atividades ou projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Atividades ou projetos a desenvolver no serviço	Gestão da Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação do doente para a Alta (q.38) • Implementação Questionário de Satisfação no momento da alta (q.41) • Criação de um manual para entrega ao doente no momento da alta (q.47) • Estabelecer contacto com o doente cardíaco após a alta (q.49) 	4
	Consulta de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de enfermagem de follow-up (q.41) • Consulta pré-operatória (q.43) • Consulta pós-operatória (q.43) • Consulta de Enfermagem no pré operatório com realização de avaliação inicial e colheitas (q.44) • Implementação da consulta de enfermagem pós-cirúrgica (q.45) • Consulta de follow-up de enfermagem (q.47) • Consulta de Enfermagem pós-alta (q.48) 	7
	Reunião Equipa/Momentos partilha	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões para analisar estudos de caso/doenças raras (q.48) • Reuniões para discussão de problemas do serviço para atualizar conhecimentos (q.38) 	2

Aspetos a ser melhorados no local de trabalho:

Aspetos a ser melhorados no local de trabalho			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Aspetos a melhorar	Rácio Enfermeiro/Doente	<ul style="list-style-type: none"> • Gostaria de ver melhorado a falta de recursos humanos (q.40) • Maior quantidade de enfermeiros (q.42) • Numero efetivo de enfermeiros (q.43) • Carência persistente de recursos humanos (enfermeiros e auxiliares) com conseqüente sobrecarga de trabalho, aumento do stress laboral, diminuição da qualidade dos cuidados prestados, aumento do risco de infeção, aumento das baixas médicas por parte dos profissionais por "esgotamento" (q.44) • Aumento do número de enfermeiros (q.48) • Integração de novos enfermeiros (49) 	6
	Trabalho em Equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a adaptação da gestão de pessoal para as novas necessidade (q.45) • Maior empenho no desenvolvimento da profissão de enfermagem (q.45) • Gestão de Cuidados de Enfermagem (q.48) • Inter-relações dos enfermeiros, família e médicos (q.46) • A organização do trabalho efetivo integrando a interdisciplinaridade (q.50) 	5
	Segurança no Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente melhoria de condições de trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares (q.47) • Maior Igualdade de Condições de Trabalho (q.49) 	2

BLOCO OPERATÓRIO

Necessidades de Formação:

		Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem	
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Prestação / Gestão de Cuidados de Enfermagem	Segurança de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização de novas práticas de enfermagem e cirurgia segura (q.51) • Posicionamento do doente - úlceras de pressão no bloco operatório (q.52) • Formação sobre complicações possíveis na cirurgia cardíaca e protocolos de atuação (q.51) 	3
	Atualização face a novos equipamentos/produtos	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização continua sobre novos materiais e sua aplicação (q.53) • Atualização a toda a equipa dos novos produtos e equipamentos utilizados no bloco (q.52) • Atualização de novas técnicas e equipamentos (q.55) • Formação sobre novos procedimentos no bloco (q.56) • Formações frequentes sobre novos produtos/procedimentos/patologias (q.58) • Formação sobre novos produtos (q.59) • Formação e atualização sobre equipamentos novos bem como técnicas mais atuais (q.63) 	7

Comunicação / Relações Interpessoais			
Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Comunicação / Relações Interpessoais	Relações Interpessoais Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Melhor relação entre a equipa de enfermagem (q.52) Comunicação interpessoal enfermeiro – enfermeiro com vista à uniformização dos cuidados (q.53) 	2
	Relação Interpessoais Equipa Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar relações entre diferentes elementos da equipa de enfermagem com equipa médica (q.51) Comunicação interpessoal enfermeiro - outro profissional com vista à uniformização dos cuidados (q.53) 	2

Atividades ou projetos a desenvolver no serviço:

Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Atividades ou projetos a desenvolver no serviço	Formação em Serviço	<ul style="list-style-type: none"> Formação Anual (q.51) Formação anual organizada (q.52) Formação em Serviço (q.60) 	3
	Consulta de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Consulta anestésica de enfermagem (q.52) Consulta pré-anestésica de enfermagem (q.54) Consulta pré-anestésica (q.58) 	3
	Criação de Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> Atualização de práticas de enfermagem no Bloco Operatório (q.57) Aplicação de acesso venoso no internamento. (q.53) Medicação pré-anestésica (prevenir HTA mais acentuada e ansiedade à entrada no bloco) (q.53) 	3

Aspetos a ser melhorados no local de trabalho:

Área Temática	Categoria	Enunciados	Nº Enunciados
Aspetos a ser melhorados no local de trabalho	Gestão de conflitos	<ul style="list-style-type: none"> Melhor gestão de conflitos (q.51) Melhor gestão de stress na equipa (q.53) 	2
	Gestão de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Melhor gestão de tarefas para existir possibilidade de estar mais tempo com o doente antes da cirurgia (q.52) Aumento do tempo disponível para a prestação de cuidados/mobilização de doentes (q.58) Aumento do rácio enfermeiro/doente (q.58) 	3
	Relacionamento interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação interpessoal (q.53) (q.56) Comunicação na equipa multidisciplinar (q.54) Ambiente mais saudável e melhoria nas relações interpessoais (q.55) Melhorar as relações interpessoais (q.56) (q.57) (q.58) (q.59) Melhoria nas relações interpessoais. Valorização sobre os serviços prestados (q.63) 	9
	Trabalho em Equipa	<ul style="list-style-type: none"> Maior compreensão do trabalho interdependente (q.53) Melhor organização da distribuição de tarefas (q.59) Melhor espírito de equipa (q.59) 	3

APENDICE D

Apresentação dos Resultados da Atividade nº 4

Necessidades de Formação					
Área Temática	Categoria	Subcategoria	Serviços		
			UCI/Intermédios	S. Internamento	Bl. Operatório
Prestação/Gestão de Cuidados	Técnicas Invasivas	ECMO	4		
		Técnicas de Substituição Renal	4		
		Técnicas Cirúrgicas	4		
	Controlo de Infecção/Medidas de Isolamento		17	2	
	Tratamento de Feridas		11		
	Transplante Cardíaco		4		
	Cuidados à Criança		4		
	Ventilação		6		
	Suporte Avançado de Vida		14		
	Cardiopatias		2		
	Educação para a Saúde			8	
	Procedimentos/Protocolos de Enfermagem			6	
	Monitorização e Hemodinâmica Cardiovascular			5	
	Registos			3	
	Segurança de Cuidados				3
Atualização face a novos equipamentos/produtos				7	
Comunicação/Relações Interpessoais	Relação Enfermeiro - Doente – Família		12		
	Relação interpessoal na equipa	Multiprofissional	6		2
		Enfermagem			2
	Gestão de <i>stress</i>		3	6	
	Trabalho em equipa			4	
Gestão de conflitos			2		
Supervisão Clínica	Integração de novos elementos na equipa		8		
	Processo de supervisão dos estudantes		5	4	
	Modelos de ensino se Supervisão Clínica		3	2	
Outras: Gestão	Ambiente, Higiene e Segurança no Trabalho	Acidentes Pessoais	3		
		Plano de Emergência/Catástrofe	2		
	Liderança		4		

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Serviços		
			UCI/Intermédios	Serviço de Internamento	Bloco Operatório
Atividades ou projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados	Gestão de Recursos Humanos	Reuniões com a Equipa	7	2	
		Formação em Serviço	7		3
		Constituição de Equipas	3		
	Gestão de Cuidados	Criação de Protocolos	5		3
		Consulta de Enfermagem	5	7	3
		Gestão da Alta		4	
	Gestão de Recursos Materiais	Aquisição de equipamentos	2		
		Manutenção/reparação de materiais	1		

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Serviços		
			UCI/Intermédios	Serviço de Internamento	Bloco Operatório
Aspetos a melhorar no local de trabalho	Gestão de RH	Horários de trabalho	16		
		Relacionamento interpessoal	8		9
		Gestão de conflitos			2
		Trabalho em equipa		5	3
		Formação em serviço	3		
		Reconhecimento profissional	7		
	Gestão de cuidados	Rácio enfermeiro - doente	7	6	
		Gestão de vagas	5		
	Gestão Organizacional	Organização do serviço	4		
		Segurança no trabalho		2	3

APÊNDICE E

Sessão de Formação

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Estágio de Natureza Profissional

Serviço Cirurgia Cardiorácica
Hospital de São João

Enfermeira Bruna Rocha

Objetivos

- Apresentação de Resultados - Diagnóstico de Necessidades de Formação da Equipa de Enfermagem
- Apresentação do Saco de Transporte do Doente Crítico
- Uniformização dos Carros de Emergência
- Formação sobre a Importância da utilização do Cuffómetro



2

Diagnóstico de
Necessidades de
Formação
~
Questionário

Equipa de Enfermagem

Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade Cuidados Intermédios
Internamento
Bloco Operatório

108 Enfermeiros

3

Equipa de Enfermagem

Serviço	Nº Enfermeiros	Ausentes	Questionários Entregues	Questionário Recebidos	% Questionários Recebidos
UCIntensivos UCIntermédios	62	8	54	38	70%
Internamento	27	5	22	12	54%
Bloco	19	-	19	13	68%
Total	108	13	95	63	66%

4

Questionário

- **Identificação das Necessidades de Formação**
 - Prestação/Gestão de Cuidados de Enfermagem
 - Comunicação/Relações Interpessoais
 - Supervisão Clínica
- **Atividades / projetos que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados.**
- **Aspetos a melhorar no local de trabalho.**



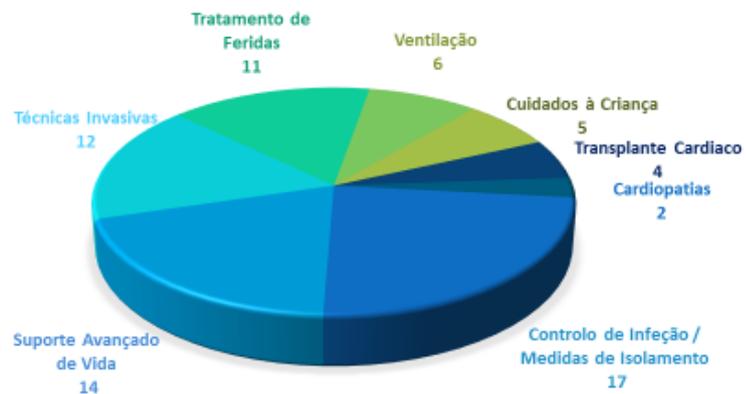
5

Unidade de Cuidados Intensivos

Unidade de Cuidados Intermédios

38 Questionários

PRESTAÇÃO / GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM



6

Unidade de Cuidados Intensivos
Unidade de Cuidados Intermediários
38 Questionários

COMUNICAÇÃO / RELAÇÕES INTERPESSOAIS



7

Unidade de Cuidados Intensivos
Unidade de Cuidados Intermediários
38 Questionários

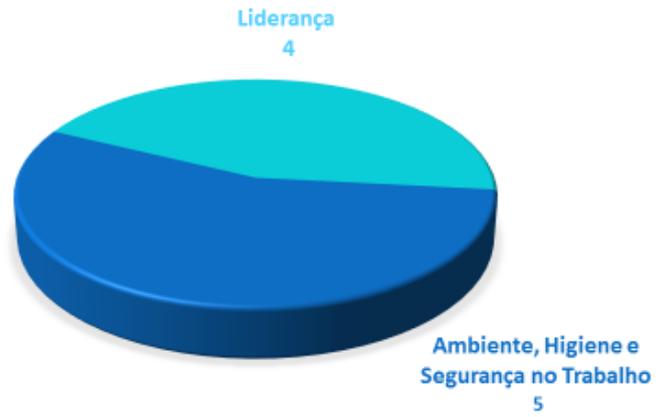
SUPERVISÃO CLÍNICA



8

Unidade de Cuidados Intensivos
 Unidade de Cuidados Intermediários
 38 Questionários

GESTÃO

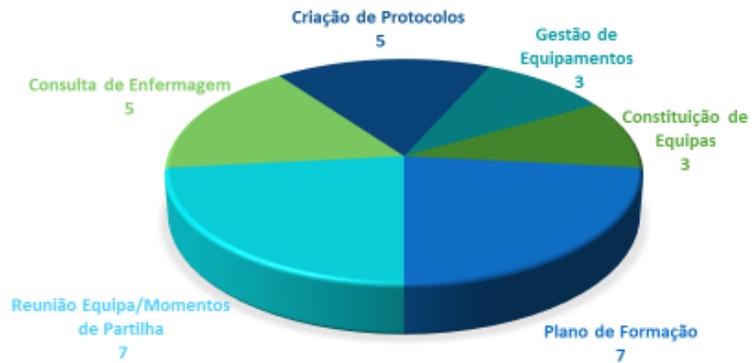


9

Unidade de Cuidados Intensivos
 Unidade de Cuidados Intermediários
 38 Questionários

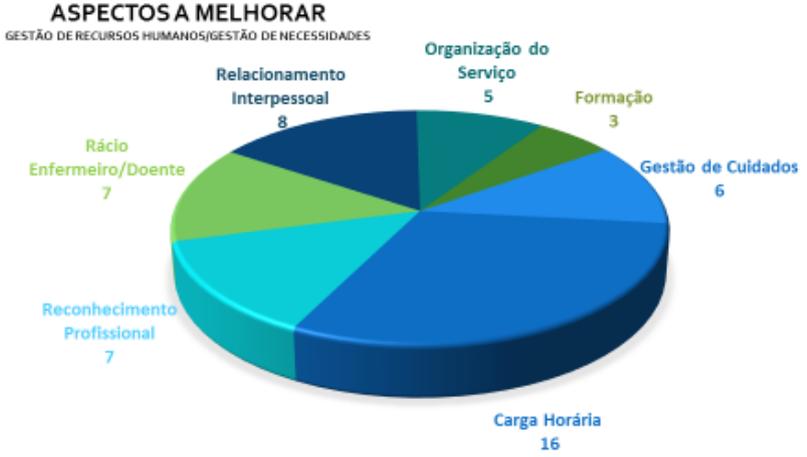
ACTIVIDADES/PROJECTOS

GESTÃO ORGANIZACIONAL



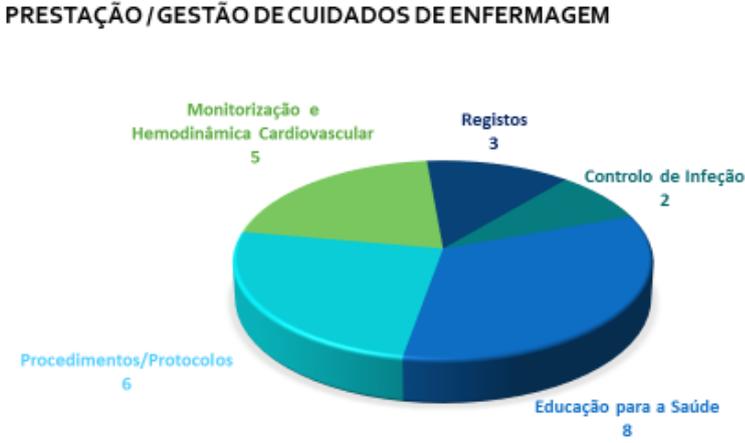
10

Unidade de Cuidados Intensivos
 Unidade de Cuidados Intermediários
 38 Questionários



11

Internamento
 12 Questionários



12

Internamento
12 Questionários

COMUNICAÇÃO/RELAÇÕES INTERPESSOAIS



13

Internamento
12 Questionários

SUPERVISÃO CLINICA



14

Internamento
12 Questionários

ACTIVIDADES/PROJECTOS



Internamento
12 Questionários

ASPECTOS A MELHORAR



Bloco Operatório
12 Questionários

PRESTAÇÃO/GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM



17

Bloco Operatório
12 Questionários

COMUNICAÇÃO/RELAÇÕES INTERPESSOAIS



18

Bloco Operatório
12 Questionários

ACTIVIDADES/PROJECTOS



Bloco Operatório
12 Questionários

ASPECTOS A MELHORAR



Carro de Emergência

~

Saco de Transporte do Doente Crítico

- Uniformização da Checklist dos Carros de Emergência (UCIntensivos, UCIntermédios, Internamento)



- Atualização dos stocks da medicação e revisão das datas de validade.
- Checklist Saco de Transporte
- Revisão Medicação Saco de Transporte

21

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO



22

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Principais Funções

- Medir Pressão Intracuff (Tubo Endotraqueal, Traqueostomia, Máscara Laríngea)
- Regular a Pressão Intracuff de acordo com o valor recomendado.



23

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Valores de Referência

Pressão da Perfusão Sanguínea da Mucosa Traqueal

25-35 mmHg → 20-30 cmH₂O

Pressão Intracuff

20-30 cmH₂O

Pressão Intracuff Ideal

25 cmH₂O

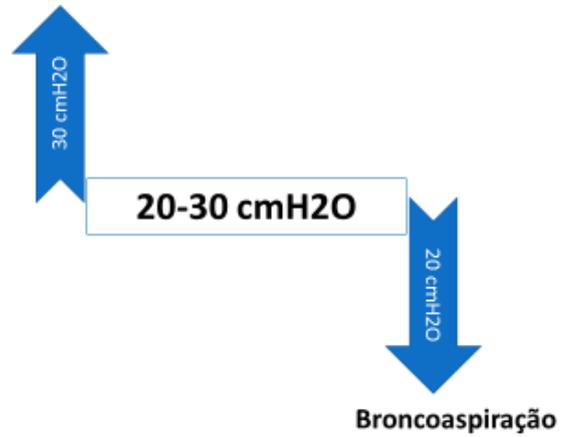


24

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Pressão Intracuff

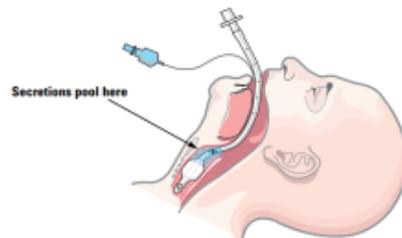
Lesões Mucosa Traqueal



25

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Objetivos do Cuff



- Protege a via aérea inferior
- Previne a broncoaspiração
- Manutenção da pressão positiva intratorácica
- Previne extubação acidental

26

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Consequências
Pressão > 30cmH2O
~
Pressão <20cmH2O

Pressão >30cmH2O

- Dor
- Rouquidão
- Tosse
- Estridor após a extubação
- Traqueomalacia
- Estenose Traqueal
- Hemorragia
- Ulceração da região afetada
- Necrose dos tecidos
- Fistula Traqueoesofágica

Pressão < 20cmH2O

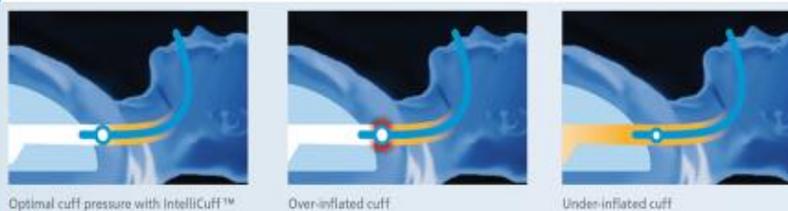
- Ventilação Invasiva não eficaz
- Broncoaspiração
- Diferenças de Pressão Intratorácica
- Pneumonia Associada à Ventilação



27

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Consequências
Pressão > 30cmH2O
~
Pressão <20cmH2O

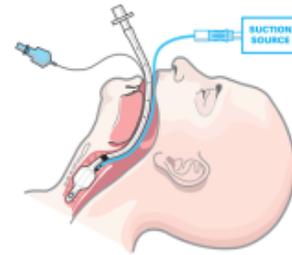


28

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO

Fatores que influenciam a mudança de pressão intracuff

- Aspiração endotraqueal
- Tosse
- Posicionamento do doente
- Instabilidade Hemodinâmica



29

IMPORTÂNCIA DO CUFÓMETRO



- A medição manual da pressão do cuff é uma **técnica inadequada e insuficiente.**
- A pressão do cuff é maioritariamente superior aos valores recomendados aquando da verificação manual.
- Monitorização Regular - **1x turno.**
- Manutenção das pressões intracuff – função maioritariamente da **responsabilidade dos enfermeiros.**

30



Obrigada pela atenção!

Enfermeira Bruna Rocha
Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica

APENDICE F

Check-list do Carro de Emergência – UCI

CHECK LIST CARRO DE EMERGÊNCIA – UCI

TABULEIRO SUPERIOR	
Deve conter:	
1	Monitor Desfibrilhador
1	Álcool
1	Eléttodos
1	Nastro (rolo)
1	Garrote
1	Gel ECG
1	Iodopovidona Dérmica
2	Placas para desfibrilhação
1	Contentor para material corto-perfurante
1	Tesoura
1	Estetoscópio

GAVETA SUPERIOR - MEDICAÇÃO	
Deve conter:	Qt.
Adenosina 6mg/2ml	5
Adrenalina 1mg/ml	20
Anexate 0,1mg/ml	2
Atropina 0,5mg/ml	10
Bicarbonato de Sódio 8,4% - 20ml	6
Cordarone 150mg/3ml	8
Diazepam 10mg/2ml	4
Digoxina 0,25mg/ml	4
Dopamina 200mg/5ml	6
Dobutamina 12,5mg/ml	3
Dinitrato Isossorbído 10mg/10ml	6
Efedrina 30mg/ml	6
Esmolol 100mg/10ml	2
Etomidato 2mg/ml	3
Fentanilo 0,5mg/10ml	4
Gluconato de Cálcio 10%	4
Heparina 5000UI/ml	2
Hidrocortisona 100mg	4
Lidocaína 1%	2
Lidocaína 2%	2
Metoprolol 5mg/5ml	6
Midazolam 50mg/10ml	4
Milrinona 20mg/20ml	3
Naloxona 0,4mg/ml	2
Noradrenalina 50mg/10ml	5
Norcuron 10mg	4
Papaverina 150mg/5ml	1
Propofol 1%	6
Sulfato de Magnésio 2gr/20ml	6
Soro Fisiológico 0,9% - 10ml	10

1ª GAVETA - ADULTO	
Deve conter:	Qt.
Cabo Laringoscópio	2
Laminas Laringoscópio	
- Lamina Curva MAC 2	2
- Lamina Curva MAC 3	4
- Lamina Recta Miller 2	1
- Lamina Maccoy	1
Mandril Entubação	1
Peça em T	1
Pilhas de Laringoscópio	2
Pinça Maguil	2
Tudo de Guedel nº 2	2
Tubo de Guedel nº 3	2
Tudo de Guedel nº 4	2
Máscara Laringea nº 4	1
Máscara Laringea nº 5	1
Nastro (1 metro)	1
Lidocaína Gel	1
Lidocaína Spray	1
Cachimbo TOT	1
Seringa 10cc (pronta a usar)	1
Filtro HME Adulto	1
Sonda rígida aspiração Yanckauer	1

2ª GAVETA – PEDIÁTRICA	
Deve conter:	Qt.
Cabo Laringoscópio	1
Laminas Laringoscópio	
- Lamina Curva MAC 0	1
- Lamina Curva MAC 1	1
- Lamina Recta Miller 0	1
- Lamina Recta Miller 1	1
Mandril Entubação	1
Pilhas de Laringoscópio	4
Pinça Maguil Pediátrica	1
Pinça Maguil Neonatal	1
Tudo de Guedel nº 000	2
Tudo de Guedel nº 00	1
Tubo de Guedel nº 0	1
Tudo de Guedel nº 1	3
Máscara Ambú nº 1	2
Máscara Ambú nº 2	1
Nastro	1
Lidocaína Gel	1
Lidocaína Spray	1
Cachimbo TOT Pediátrico	1
Cachimbo TOT Neonatal	1
Seringa 10cc (pronta a usar)	1
Filtro HME Neonatal	1
Filtro HME Pediátrico	1
Máscara Oxigenoterapia	1
Máscara Alta Concentração	1
Seringas 1ml; 2ml; 5ml	5
Seringas 10ml	5
Seringas 20ml	5
Agulhas 25G (0.5x16mm)	10
Agulhas 21G (0.8x40mm)	10
Agulhas 20G (0.90x25mm)	10
Agulhas 18G (01.2x40mm)	10

3ª GAVETA	
Deve conter:	Qt.
Pacemaker com cabo	1
Pilha para Pacemaker	1
Luvas esterilizadas nº 6,5-7-7,5-8	3
Campo esterilizado	1
Cateter Central 3 vias	1
Cateter Venoso Periférico 14G	3
Cateter Venoso Periférico 16G	3
Cateter Venoso Periférico 18G	3
Cateter Venoso Periférico 20G	3
Cateter Venoso Periférico 22G	3
Compressas Esterilizadas 20x15	4
Compressas Esterilizadas 10x10	4
Sistemas de Soro	4
Prolongador Soro	2
Torneira de 3 vias	3
Válvula Bionector	3
Transfere	2
Perfurador Soro	2
Retira Agrafes	1
Porta Agulhas	1
Kit Gasimetria	3
Seda 2/0	2
Seda 1	2
Lamina Bisturi nº 11	3
Lamina Bisturi nº 24	3
Lactato Ringer 500ml	1
Soro Fisiológico 100ml	2
Soro Fisiológico 500ml	1
Voluven 500ml	2
Glicose 5% 250ml	1
Glicose 5% 500ml	1
Bicarbonato Sódio 8,4%	2

BASE	
Deve conter:	Qt.
Ambu Adulto (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Ambu Pediátrico (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Ambu Neonatal (reservatório+ linha O2 + máscara)	
Máscara de Oxigenoterapia	1
Máscara Alta Concentração	1
Kit Traqueostomia	1
kit cricotirotomia	1
Máscara Ambú Adulto nº 5	2
Máscara Ambu Adulto nº 4	5
Máscara Ambu Adulto nº 3	1
Máscara Ambu Adulto nº 2	1
Máscara Ambu Pediátrica nº 0	2
Máscara Ambu Pediátrica nº 1	4
Máscara Ambu Pediátrica nº 2	3
Sondas Aspiração nº 14	4
Sondas Aspiração nº 12	4
Sondas Aspiração nº 10	4
Sondas Aspiração nº 8	4
Sondas Aspiração nº 6	4
Máscara Laríngea nº 3	1
Máscara Laríngea nº 4	1
Máscara Laríngea nº 5	1
Placas de Desfibrilhação Internas:	
- Grandes	1
- Médias	1
- Pequenas	1

GAVETAS – LATERAL ESQUERDO	
Deve conter:	Qt.
Primeira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 2,5	3
Tubo Orotraqueal nº 3	3
Tubo Orotraqueal nº 3,5	3
Tubo Orotraqueal nº 4	3
Tubo Orotraqueal nº 4,5	3
Segunda Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 5	3
Tubo Orotraqueal nº 5,5	3
Tubo Orotraqueal nº 6	3
Tubo Orotraqueal nº 6,5	3
Terceira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 7	3
Tubo Orotraqueal nº 7,5	3
Tubo Orotraqueal nº 8	3
Tubo Orotraqueal nº 8,5	3

APENDICE G

Check-list do Carro de Emergência – Unidade de Cuidados Intermédios

CHECK LIST CARRO DE EMERGÊNCIA – UNIDADE CUIDADOS INTERMÉDIOS

TABULEIRO SUPERIOR	
Deve conter:	
1	Monitor Desfibrilhador
1	Álcool
1	Eléttodos
1	Nastro (rolo)
1	Garrote
1	Gel ECG
1	Iodopovidona Dérmica
2	Placas para desfibrilhação
1	Contentor para material corto-perfurante
1	Tesoura
1	Estetoscópio

GAVETA SUPERIOR - MEDICAÇÃO	
Deve conter:	Qt.
Adenosina 6mg/2ml	5
Adrenalina 1mg/ml	20
Anexate 0,1mg/ml	2
Atropina 0,5mg/ml	10
Bicarbonato de Sódio 8,4% - 20ml	6
Cordarone 150mg/3ml	8
Diazepam 10mg/2ml	4
Digoxina 0,25mg/ml	3
Dopamina 200mg/5ml	4
Dobutamina 12,5mg/ml	2
Dinitrato Isossorbido 10mg/10ml	5
Efedrina 30mg/ml	6
Etomidato 2mg/ml	3
Fentanilo 0,5mg/10ml	4
Gluconato de Cálcio 10%	4
Heparina 5000UI/ml	1
Hidrocortisona 100mg	4
Lidocaína 1%	2
Lidocaína 2%	2
Metoprolol 5mg/5ml	3
Midazolam 50mg/10ml	4
Naloxona 0,4mg/ml	2
Noradrenalina 50mg/10ml	10
Norcuron 10mg	3
Propofol 1%	4
Sulfato de Magnésio 2gr/20ml	6
Soro Fisiológico 0,9% - 10ml	10

1ª GAVETA - ADULTO	
Deve conter:	Qt.
Cabo Laringoscópio	2
Laminas Laringoscópio	
- Lamina Curva MAC 2	1
- Lamina Curva MAC 3	2
- Lamina Curva MAC 4	2
- Lamina Recta nMiller 2	2
Mandril Entubação	1
Peça em T	1
Pilhas de Laringoscópio	2
Pinça Maguil	2
Tudo de Guedel nº 2	2
Tubo de Guedel nº 3	2
Tudo de Guedel nº 4	2
Máscara Laringea nº 4	1
Máscara Laringea nº 5	1
Nastro (1 metro)	1
Lidocaína Gel	1
Lidocaína Spray	1
Cachimbo TOT	1
Seringa 10cc (pronta a usar)	1
Filtro HME Adulto	1

2ª GAVETA – PEDIÁTRICA	
Deve conter:	Qt.
Cabo Laringoscópio	1
Laminas Laringoscópio	
- Lamina Curva MAC 1	1
- Lamina Recta Miller 0	1
- Lamina Recta Miller 1	1
Mandril Entubação	1
Pilhas de Laringoscópio	4
Pinça Maguil Pediátrica	1
Pinça Maguil Neonatal	1
Tudo de Guedel nº 000	2
Tudo de Guedel nº 00	1
Tubo de Guedel nº 0	3
Tudo de Guedel nº 1	2
Nastro	1
Lidocaína Gel	1
Lidocaína Spray	1
Cachimbo TOT Pediátrico	1
Cachimbo TOT Neonatal	1
Seringa 10cc (pronta a usar)	1
Filtro HME Neonatal	1
Filtro HME Pediátrico	1
Seringas 1ml	5
Seringas 2ml	5
Seringas 5ml	5
Seringas 10ml	5
Seringas 20ml	5
Agulhas 25G (0.5x16mm)	10
Agulhas 21G (0.8x40mm)	10
Agulhas 20G (0.90x25mm)	10
Agulhas 18G (01.2x40mm)	10

3ª GAVETA	
Deve conter:	Qt.
Pacemaker com cabo	1
Pilha para Pacemaker	1
Luvas esterilizadas nº 6,5-7-7,5-8	3
Campo esterilizado	1
Cateter Central 3 vias	1
Cateter Venoso Periférico 14G	3
Cateter Venoso Periférico 16G	3
Cateter Venoso Periférico 18G	3
Cateter Venoso Periférico 20G	3
Cateter Venoso Periférico 22G	3
Compressas Esterilizadas 20x15	4
Compressas Esterilizadas 10x10	4
Sistemas de Soro	4
Prolongador Soro	2
Torneira de 3 vias	3
Válvula Bionector	3
Transfere	2
Perfurador Soro	2
Retira Agrafes	1
Porta Agulhas	1
Kit Gasimetria	3
Seda 2/0	2
Lamina Bisturi nº 11	3
Lamina Bisturi nº 24	3
Lactato Ringer 500ml	1
Soro Fisiológico 100ml	2
Soro Fisiológico 500ml	1
Voluven 500ml	2
Glicose 5% 250ml	1
Glicose 5% 500ml	1
Bicarbonato Sódio 8,4%	2

BASE	
Deve conter:	Qt.
Ambu Adulto (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Ambu Pediátrico (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Máscara de Oxigenoterapia	1
Máscara Alta Concentração	1
kit cricotirotomia	1
Máscara Ambú Adulto nº 5	2
Máscara Ambu Adulto nº 4	2
Máscara Ambu Adulto nº 3	2
Máscara Ambu Adulto nº 2	2
Máscara Ambu Pediátrica nº 0	2
Máscara Ambu Pediátrica nº 1	2
Máscara Ambu Pediátrica nº 2	2
Sondas Aspiração nº 14	4
Sondas Aspiração nº 12	4
Sondas Aspiração nº 10	4
Sondas Aspiração nº 8	4
Sondas Aspiração nº 6	4
Máscara Laríngea nº 3	1
Máscara Laríngea nº 4	1
Máscara Laríngea nº 5	1
Placas de Desfibrilhação Internas Grandes	1

GAVETAS – LATERAL ESQUERDO	
Deve conter:	Qt.
Primeira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 2,5	3
Tubo Orotraqueal nº 3	3
Tubo Orotraqueal nº 3,5	3
Tubo Orotraqueal nº 4	3
Tubo Orotraqueal nº 4,5	3
Segunda Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 5	3
Tubo Orotraqueal nº 5,5	3
Tubo Orotraqueal nº 6	3
Tubo Orotraqueal nº 6,5	3
Terceira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 7	3
Tubo Orotraqueal nº 7,5	3
Tubo Orotraqueal nº 8	3
Tubo Orotraqueal nº 8,5	3

APENDICE H

Check-list do Carro de Emergência – Serviço de Internamento

CHECK LIST CARRO DE EMERGÊNCIA

TABULEIRO SUPERIOR	
Deve conter:	
1	Monitor Desfibrilhador
1	Álcool
1	Eléttodos
1	Nastro (rolo)
1	Garrote
1	Gel ECG
1	Iodopovidona Dérmica
2	Placas para desfibrilhação
1	Contentor para material corto-perfurante
1	Tesoura

GAVETA SUPERIOR - MEDICAÇÃO		1ª GAVETA - ADULTO		2ª GAVETA – PEDIÁTRICA	
Deve conter:	Qt.	Deve conter:	Qt.	Deve conter:	Qt.
Adenosina 6mg/2ml	2	Cabo Laringoscópio	2	Cabo Laringoscópio	1
Adrenalina 1mg/ml	20	Laminas Laringoscópio		Laminas Laringoscópio	
Anexate 0,1mg/ml	3	- Lamina Curva MAC 2	2	- Lamina Curva MAC 2	2
Atropina 0,5mg/ml	10	- Lamina Curva MAC 3	2	- Lamina Recta Miller 0	1
Bicarbonato de Sódio 8,4% - 20ml	4	- Lamina Recta Miller 4	1	Mandril Entubação	1
Cardarone 150mg/3ml	8	Mandril Entubação	1	Pilhas de Laringoscópio	2
Diazepam 10mg/2ml	2	Peça em T	1	Pinça Maguil Pediátrica	2
Dopamina 200mg/5ml	2	Pilhas de Laringoscópio	2	Tudo de Guedel nº 00	2
Dinitrato Isossorbido 10mg/10ml	6	Pinça Maguil	2	Tubo de Guedel nº 0	2
Efedrina 30mg/ml	3	Tudo de Guedel nº 2	2	Máscara Ambú nº 1	2
Etomidato 2mg/ml	4	Tubo de Guedel nº 3	2	Máscara Ambú nº 2	1
Fentanilo 0,5mg/10ml	4	Tudo de Guedel nº 4	2	Nastro (1 metro)	1
Glicose 30%	2	Máscara Laringea nº 4	1	Lidocaína Gel	1
Gluconato de Cálcio 10%	4	Máscara Laringea nº 5	1	Lidocaína Spray	1
Heparina 5000UI/ml	2	Nastro (1 metro)	1	Cachimbo TOT	1
Hidrocortisona 100mg	5	Lidocaína Gel	1	Seringa 10cc (pronta a usar)	1
Lidocaína 1%	4	Lidocaína Spray	1	Filtro HME Neonatal	1
Midazolam 50mg/10ml	4	Cachimbo TOT	1	Filtro HME Pediátrico	1
Milrinona 20mg/20ml	4	Seringa 10cc (pronta a usar)	1	Máscara Oxigenoterapia	1
Metoprolol 1mg/1ml	2	Filtro HME Adulto	1	Máscara Alta Concentração	1
Naloxona 0,4mg/ml	2				
Noradrenalina 50mg/10ml	2				
Sulfato de Magnésio 2gr/20ml	3				
Soro Fisiológico 0,9% - 10ml	10				
Seringas 1ml	5				
Seringas 2ml	5				
Seringas 5ml	5				
Seringas 10ml	5				
Seringas 20ml	5				
Seringas 50ml	5				
Agulhas 25G (0.5x16mm)	5				
Agulhas 21G (0.8x40mm)	5				
Agulhas 20G (0.90x25mm)	5				

3ª GAVETA	
Deve conter:	Qt.
Pacemaker com cabo	1
Luvas esterilizadas nº 6,5-7-7,5-8	3
Campo esterilizado	1
Cateter Central 3 vias	1
Cateter Venoso Periférico 14G	3
Cateter Venoso Periférico 16G	3
Cateter Venoso Periférico 18G	3
Cateter Venoso Periférico 20G	3
Cateter Venoso Periférico 22G	3
Compressas Esterilizadas 20x15	4
Compressas Esterilizadas 10x10	4
Sistemas de Soro	4
Prolongador Soro	2
Torneira de 3 vias	2
Válvula Bionector	3
Transfere	2
Perfurador Soro	2
Retira Agrafes	1
Porta Agulhas	1
Kit Gasimetria	3
Seda 2/0	3
Seda 1	3
Lamina Bisturi nº 15	3
Lactato Ringer 500ml	2
Soro Fisiológico 100ml	2
Soro Fisiológico 500ml	1
Voluven 500ml	2
Glicose 5% 250ml	1
Glicose 5% 500ml	1

BASE	
Deve conter:	Qt.
Ambu Adulto (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Ambu Pediátrico (reservatório+ linha O2 + máscara)	1
Kit Oxigenoterapia	2
Máscara Alta Concentração	1
Kit Traqueostomia	1
Máscara Ambú Adulto nº 5	2
Máscara Ambu Adulto nº 4	2
Sondas Aspiração nº 14	4
Sondas Aspiração nº 12	4
Sondas Aspiração nº 10	4
Sondas Aspiração nº 8	4
Sondas Aspiração nº 6	4
Kit Entubação Nasogástrica	1

GAVETAS – LATERAL ESQUERDO	
Deve conter:	Qt.
Primeira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 2,5	2
Tubo Orotraqueal nº 3	2
Tubo Orotraqueal nº 3,5	2
Tubo Orotraqueal nº 4	2
Tubo Orotraqueal nº 4,5	2
Segunda Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 5	2
Tubo Orotraqueal nº 5,5	2
Tubo Orotraqueal nº 6	2
Tubo Orotraqueal nº 6,5	2
Terceira Gaveta	
Tubo Orotraqueal nº 7	2
Tubo Orotraqueal nº 7,5	2
Tubo Orotraqueal nº 8	2
Tubo Orotraqueal nº 8,5	2

APENDICE I

Folha de Verificação Mensal do Carro de Emergência

VERIFICAÇÃO MENSAL – CARRO DE EMERGÊNCIA

ANO _____	Janeiro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Fevereiro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Março	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Abril	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Maio	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Junho	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Julho	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Agosto	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Setembro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Outubro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Novembro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____
	Dezembro	Verificação OK <input type="checkbox"/> Observações: _____ Responsável: _____

APENDICE J

Folha de Registo de Abertura do Carro de Emergência

ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Motivo de abertura _____	Selo de Abertura Nº _____
Material Reposto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Selo de Fecho Nº _____
Material em falta: _____	
Verificado pelo Enf.º _____ N.º Mec. _____	Data ___/___/___

Motivo de abertura _____	Selo de Abertura Nº _____
Material Reposto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Selo de Fecho Nº _____
Material em falta: _____	
Verificado pelo Enf.º _____ N.º Mec. _____	Data ___/___/___

Motivo de abertura _____	Selo de Abertura Nº _____
Material Reposto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Selo de Fecho Nº _____
Material em falta: _____	
Verificado pelo Enf.º _____ N.º Mec. _____	Data ___/___/___

Motivo de abertura _____	Selo de Abertura Nº _____
Material Reposto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Selo de Fecho Nº _____
Material em falta: _____	
Verificado pelo Enf.º _____ N.º Mec. _____	Data ___/___/___

Motivo de abertura _____	Selo de Abertura Nº _____
Material Reposto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Selo de Fecho Nº _____
Material em falta: _____	
Verificado pelo Enf.º _____ N.º Mec. _____	Data ___/___/___

APENDICE K

Check-List da Mala de Emergência

CHECKLIST - SACO DE TRANSPORTE

Serviço de Cirurgia Cardiorádica

BOLSA SUPERIOR	
Qt	Material
2	Gel ECG
2	Luvas esterilizadas nº 6
2	Luvas esterilizadas nº 6,5
2	Luvas esterilizadas nº 7
2	Luvas esterilizadas nº 7,5
2	Luvas esterilizadas nº 8
50	Eléctrodos ECG
3	Compressas esterilizadas 10x10cm
3	Compressas esterilizadas 10x10cm
2	Ligadura elástica 10cm
2	Penso adesivo cirúrgico 15x10cm
3	Penso adesivo cirúrgico 10x8cm
3	Penso adesivo cirúrgico 5x7cm
4	Máscara Facial P2



BOLSA CENTRAL SUPERIOR	
Qt	Material
1	Iodopovidona Dérmica 10%
1	Seringa 100ml
1	Algália Folley 12Ch
1	Algália Folley 14Ch
1	Algália Folley 16Ch
1	Algália Folley 18Ch
1	SNG nº 16
2	Saco Colector
1	Compressas esterilizadas 20x15cm
1	Campo Cirúrgico
2	Sondas Aspiração 6Fr
2	Sondas Aspiração 8Fr
2	Sondas Aspiração 10Fr
4	Sondas Aspiração 12Fr
4	Sondas Aspiração 14Fr
1	Rolo Adesivo Mefix
3	Espinha higiene oral
2	Tampas de SNG
3	Adesivo Fixação SNG
1	Lidoject 2% Gel
1	Conector Y
3	Água Destilada 10ml

BOLSA POSTERIOR	
Qt	Material
1	Canula Yankauer p/ aspiração
1	Rolo Nastro
1	Cachimbo Tudo Orotraqueal
1	Filtro HME
1	Peça em T
1	Tubo Orotraqueal nº 2,5
1	Tubo Orotraqueal nº 3
1	Tubo Orotraqueal nº 3,5
1	Tubo Orotraqueal nº 4
1	Tubo Orotraqueal nº 4,5
1	Tubo Orotraqueal nº 5
1	Tubo Orotraqueal nº 5,5
2	Tubo Orotraqueal nº 6
2	Tubo Orotraqueal nº 6,5
2	Tubo Orotraqueal nº 7
3	Tubo Orotraqueal nº 7,5
2	Tubo Orotraqueal nº 8
2	Tubo Orotraqueal nº 8,5
1	Cabo Laringoscópio
2	Laminas Laringoscópio

BOLSA FRONTAL	
Qt	Material
5	Seringas 1ml
5	Seringas 2ml
5	Seringas 5ml
5	Seringas 10ml
5	Seringas 20ml
2	Seringas 50ml
5	Agulhas 25G (0.5x16mm)
5	Agulhas 21G (0.8x40mm)
5	Agulhas 20G (0.90x25mm)
5	Agulhas 18G (0.1.2x40mm)
5	Cateter venoso periférico 18G
5	Cateter venoso periférico 20G
5	Cateter venoso periférico 22G
5	Cateter venoso periférico 24G
Vrs	Adesivo Mefix para fixação cateter
3	Tegadem Transparente 6x7cm
3	Sistemas de Soro
2	Sistemas de Bomba Perfusora
3	Prolongadores
5	Cloreto Sódio 0,9% 10ml
1	Iodopovidona Dermica 10% 10ml
2	Torneiras 3 vias
2	Bisturi nº 11
2	Bisturi nº 24
2	Seda 2-0
2	Tampa Esterilizada
4	Bionector
2	Transfer
1	Perfurador Soro
2	Giletes
1	Tesoura
1	Garrote

BOLSA CENTRAL	
Qt	Material
1	Caixa Medicação
1	Ambu completo (reservatório + máscara + inha O2)
1	Estetoscópio
1	Reservatório l corto-perfurante
Vrs	Luvas não esterilizadas
2	Tudo Guedel nº 2
2	Tudo Guedel nº 3
2	Tudo Guedel nº 4
1	Máscara Facial nº 4
1	Máscara Facial nº 5
1	Pilha 9V
1	Solução Cutânea Alcoólica
1	Cloreto de Sódio 0,9% 500ml
1	Glicose 5% 250ml
1	Cloreto de Sódio 0,9% 100ml

CAIXA DA MEDICAÇÃO

Qt	Material	Qt	Material
2	Adenosina 6mg/2ml	2	Glicose 30%
5	Adrenalina 1mg/ml	2	Haloperidol 5mg/ml
1	Acetilsalicilato de Lisina	1	Heparina 5000UI/ml
5	Atropina 0,5mg/ml	2	Hidrocortisona 100mg
2	Átrovent 0,25mg/2ml	1	Labetalol 5mg/ml
2	Cordarone 150mg/3ml	1	Lidocaína 1%
2	Diazepam 10mg/2ml	2	Midazolam 15mg/3ml
2	Digoxina 0,25mg/ml	2	Morfina 10mg/ml
2	Efedrina 30mg/ml	2	Naloxona 0,4mg/ml
2	Fentanilo 0,25mg/5ml	2	Noradrenalina 1mg/ml
2	Etomidato 2mg/ml	2	Norcuron 10mg
2	Flumazenilo 0,1mg/ml	1	Ondansetrom 2mg/ml
4	Furosemida 20mg/2ml	2	Propofol 1%
2	Gluconato Cálcio 10%	2	Sulfato de Magnésio 2gr/10ml

BOLSA LATERAL ESQUERDA	
Qt	Material
1	Máscara Nebulização
1	Máscara Alta Concentração
1	Máscara Oxigenoterapia
1	Canula Binasal O2

BOLSA LATERAL DIREITA	
Qt	Material
2	Bicarbonato Sódio 8,4%
1	Voluven
1	Cloreto Sódio 0,9% 100ml
1	Glicose 5% 100ml
1	Manitol 20% 250ml

