

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de competências especializadas na
abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: da
avaliação à intervenção**

Odete da Conceição Castanho

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2022**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de competências especializadas na
abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: da
avaliação à intervenção**

Odete da Conceição Castanho

Docente: Professora Doutora Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2022

“Let us never consider ourselves finished nurses...we must be learning all of our lives.”

Florence Nightingale (s.d)

AGRADECIMENTO

O meu agradecimento especial à Professora Doutora Luísa Santos pela disponibilidade, incentivo e orientação ao longo deste percurso.

À Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem de São José de Cluny pela excelência e rigor no ensino e a todos os docentes que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sónia Vasconcelos e Luís Miguel Rodrigues pela orientação, disponibilidade e partilha de saberes durante as práticas clínicas, e a toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo contributo na minha aprendizagem.

Ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça Ludgero Gonçalves pelo incentivo e apoio.

A todos os colegas do Curso de Mestrado em especial às colegas e amigas Letícia Gois e Daniela Nair por todos os momentos que passamos juntas.

A todos os Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que contribuíram para realização deste curso, em especial às Enfermeiras Especialistas Elsa Jardim e à Carolina Paulo.

À Dr.^a Joana Santos pela disponibilidade e orientação dos trabalhos académicos ao longo do curso.

À minha família pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu Pai por estar sempre a olhar por mim!

RESUMO

O presente relatório obedece ao estabelecido no plano de estudos do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e visa a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Caracterizado por uma análise crítico-reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas, pretende evidenciar de forma clara e sem ambiguidades o processo de aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista e das competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, desenvolvidas ao longo da prática profissional em contexto de urgência e emergência, bem como, no decorrer das práticas clínicas realizadas no âmbito do curso de mestrado, nomeadamente no Estágio II - Cuidados Intensivos e no Estágio III – Opção, ambos concretizados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Reflete as experiências que melhor proporcionaram a aquisição, integração e aprofundamento de conhecimentos especializados no cuidado da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe e na maximização da prevenção e controle da infeção e resistência a antimicrobianos, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos que regem a disciplina, a evidência científica e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Evidencia a relevância de uma intervenção especializada no reconhecimento precoce das manifestações clínicas da sépsis, considerada por vários autores um verdadeiro problema de saúde pública à escala mundial e associada a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade e custos em saúde, quer na prevenção de complicações, quer na evolução da doença, pelo que, ao assegurar uma intervenção de enfermagem precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, com vista à recuperação total é um dos importantes desígnios do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidar, Competências, Doente Crítico, Sépsis.

ABSTRACT

This report complies with what is established in the study plan of the IV Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny and aims to obtain the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing.

Characterized by a critical-reflection and descriptive analysis of the activities carried out, it intends to clearly and unambiguously demonstrate the process of acquiring the common skills of specialized nurses and specific skills in medical-surgical nursing in a critical care situation, developed throughout the professional practice in the emergency context, as well as during the clinical practices carried out within the scope of the master's course, namely in Stage II - Intensive Care and Stage III - Option, both carried out in the Intensive Care Unit of the Hospital Dr. Nélio Mendonça.

It reflects the experiences that best provide and transmit the acquisition, integration and deepening of specialized knowledge in the care of the patient and family experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure, in responding to an emergency, exception, catastrophic situation as well as in maximizing prevention and controlling infection and antimicrobial resistance, taking into account the ethical and deontological principles that govern the discipline, scientific evidence and the continuous improvement of care quality.

It highlights the importance of a specialized intervention in the early recognition of the critical manifestations of sepsis, considered by several authors to be a real public worldwide health problem associated with high rates of morbidity, mortality and health costs, both in the prevention of complications and in the evolution of the disease, therefore, ensuring a precise, concrete, efficient and timely nursing intervention, with a view to full recovery, is one of the important goals of the specialist nurse and master in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Care, Skills, Critically ill patient, Sepsis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA -Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda
ASPEN - American Society of Parenteral and Enteral Nutrition
ASV - Adaptive Support Ventilation
AVC – Acidente Vascular Cerebral
bpm – batimentos por minuto
BPS – Behavior Pain Scale
°C – graus Celsius
CID – Coagulação Intravascular Disseminada
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
cpm – ciclos por minuto
CRPC - Comissão Regional da Proteção Civil
CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CVC – Cateter Venoso Central
DAE - Desfibrilador Automático Externo
DGS – Direção Geral da Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG – Escala de Coma de Glasgow
EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ERC – European Resuscitation Council
ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny
ESICM – European Society of Intensive Care Medicine
ESPEN - European Society of Parenteral and Enteral Nutrition
EtCO₂ - End-tidal carbon dioxide
FC – Frequência Cardíaca
FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

FR – Frequência Respiratória

FV – Fibrilhação Ventricular

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

h - hora

HNM- Hospital Nélio Mendonça

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INC - International Council of Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU - Infecção do Trato Urinário

Kcal - Quilocaloria

Kg – Quilograma

L - Litro

LA – Linha Arterial

L/m – Litros por minuto

LRA – Lesão Renal Aguda

mEq – miliequivalente

MEWS - Modified Early Sequential Warning Score

mg – miligramas

ml – mililitros

ml/h – mililitros por hora

mm³ - milímetros cúbicos

mmHg - milímetros de mercúrio

mmol/L – milimoles por Litro

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina

MSSA - *Staphylococcus aureus* sensíveis à meticilina

MS – Ministério da Saúde

NEWS - National Early Warning Score

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OVA - Obstrução da Via Aérea
PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
PAM – Pressão arterial média
PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PiCCO - Pulse index Contour Continuous Cardiac Output
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos
PREPC RAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira
PRHEEV - Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas
PSC – Pessoa em Situação Crítica
PVC – Pressão Venosa Central
qSOFA – quick Sequential Organ Failure Assessment
RAM – Região Autónoma da Madeira
RASS - Richmond Agitation Sedation Scale
RCE - Retorno da Circulação Espontânea
RCP – Reanimação Cardiopulmonar
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RIS - Resposta Inflamatória Sistémica
RVS - Resistência Vascular Sistémica
SARS-CoV2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCCM – Society of Critical Care Medicine
SE – Sala de Emergência
SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SIRS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SO – Serviço de Observação
SOFA -Sequential Organ Failure Assessment
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio
SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil
SRPCRAM - Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira
SSC- Surviving Sepsis Campaign
STAT – CIC - Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico - Centro Integrado de Comunicações
SvcO₂ – Saturação Venosa Central de Oxigénio
SU- Serviço de Urgência
TISS - Therapeutic Intervention Scoring System
TOT – Tubo Orotraqueal
TPC - Tempo de Preenchimentos Capilar
TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal
TTICD - The Third International Consensus Definitions
TTM - ConTrol de TeMperatura
TVsp – Taquicardia Ventricular sem pulso
VA – Via Aérea
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VV-AVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral
VVS - Via Verde Sépsis
WHO - World Health Organization
UCEU - Unidade de Cuidados Especiais da Urgência
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO.....	15
2. O PERCURSO ATÉ À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	32
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica.....	54
3. O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA DE MESTRE EM ENFERMEGAM MÉDICO-CIRÚRGICA	106
CONCLUSÃO.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – ATIVAÇÃO DA VIDA VERDE DA SÉPSIS NA TRIAGEM	ii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Sequential (Sepsis- Related) Organ Failure Score	22
Figura 2 - Critérios de Presunção de infecção	25
Figura 3 - Critérios de inflamação sistémica	26
Figura 4 - Critérios de exclusão da VVS	26
Figura 5 - Critérios de gravidade	26

INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização o caminho a seguir quando se almeja a segurança, a qualidade e a excelência dos cuidados prestados.

O sector da saúde ao contrário de outros sectores (onde a evolução tecnológica substitui uma parte significativa de trabalho anteriormente executado por profissionais), ainda que aliado ao progresso tecnológico continua a depender maioritariamente de profissionais qualificados, sendo que os profissionais de enfermagem, assumem um papel de destaque ao assegurar uma parte significativa da prestação dos cuidados de saúde (Lopes et al., 2018).

É inquestionável que os saberes suportam as competências e, para que a tomada de decisão e a implementação do plano de cuidados integre os melhores resultados da evidência científica, requer por parte do enfermeiro uma atualização científica, técnica e humana que suporte as necessidades da pessoa ou grupo concreto, visando a máxima satisfação do cliente (Nunes, 2017). A prática baseada na evidência destaca-se como uma estratégia fundamental para subsidiar o processo de tomada de decisão do enfermeiro com repercussão no aumento da qualidade dos cuidados. Consiste, essencialmente, na seleção da melhor evidência científica integrada com a experiência clínica, considerando ainda os valores e preferências dos clientes sobre a assistência à saúde (Danski et al., 2017).

Dado ao especial interesse nos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) ao longo do percurso profissional, predominantemente a exercer funções no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), esta trajetória académica teve como ímpeto a persecução das competências comuns a qualquer enfermeiro especialista e das aptidões específicas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC, que se encontram preconizadas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018 respetivamente.

A realização do presente relatório, vem dar resposta ao determinado no plano de estudos do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC) e serve para descrever, de forma dinâmica, crítica e reflexiva, as habilidades e competências adquiridas e desenvolvidas no cuidado de

enfermagem à PSC durante os estágios realizados. Realça-se que o Estágio I- Urgência foi objeto de creditação, logo evidenciar-se-ão as competências desenvolvidas no decurso da atividade profissional.

O presente relatório designa-se de “Desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: da avaliação à intervenção” e contou com a orientação pedagógica da Professora Doutora Luísa Santos.

Como sabemos, a realização dos estágios são oportunidades enriquecedoras únicas que, quando aproveitadas da melhor forma, traduzem-se em mudanças positivas de comportamento e da prática. Estes, aliados ao contexto clínico, à supervisão clínica por enfermeiros especialistas coadjuvada pela orientação pedagógica da professora orientadora do respetivo estágio, foram essenciais ao desenvolvimento de competências e conhecimentos especializados.

O Regulamento nº 429/2018, entende por PSC “(...) 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” (p.19362), assim, a escolha do contexto clínico para a realização do Estágio II – Cuidados Intensivos e do Estágio de Opção, foi determinante para o desenvolvimento das habilidades e conhecimentos exigidos. Limitada pela adversidade pandémica que atravessamos, optou-se por realizar ambos os estágios no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HNM por se tratar de um local específico e indicado para o tratamento da PSC da Região Autónoma da Madeira (RAM).

A pessoa que desenvolve sépsis ou choque séptico enquadra-se nos critérios de PSC pelo seu quadro fisiopatológico, caracterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, celular e metabólica, com risco de vida se não for atempadamente corrigida. Para Bleakley e Cole (2020) ao fazer referência a Daniels e Nutbeam é vital reconhecer e agir antes da significativa falência de órgãos ocorrer. Uma intervenção precoce e apropriada salva vidas, sendo que, pelo contrário, o seu atraso custa vidas. A Sépsis é fatal e tempo dependente. Bader et al. (2020) acrescentam que a falta de conhecimento e o atraso no tratamento da sépsis podem resultar numa progressão para o choque séptico e morte.

Como enfermeira do SU e, mais especificamente, como enfermeira triadora onde se estabelece o primeiro contacto com o cliente, sustenta-se uma posição privilegiada e premente no reconhecimento precoce de quadros de sépsis ou choque séptico. Segundo a Norma n.º 010/2016 da Direção Geral de Saúde (DGS) uma avaliação correta e adequada à entrada no SU permite, não só melhorar substancialmente o prognóstico da PSC com sépsis

ou choque séptico, mas também a redução significativa dos custos, sendo que, cerca de 22% a 24% dos internamentos em SMI são devido a sépsis adquirida na comunidade. Neste sentido, o interesse na escolha desta temática emerge da necessidade pessoal e profissional de desenvolver um corpo de conhecimentos atualizados que permita prestar cuidados seguros, diferenciados e altamente qualificados a este tipo de cliente e respetiva família, garantindo o adequado atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica.

Importa referir que todo o processo de aprendizagem alicerçou-se nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, que se encontram descritos no Regulamento n.º 361/2015. Assim, teve-se em conta fatores como: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados; e ainda a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de cuidados de saúde (IACS).

No que concerne à estrutura deste documento, encontra-se dividido em três capítulos precedidos pela respetiva introdução. No primeiro capítulo pretende-se justificar e contextualizar a pertinência da intervenção especializada do enfermeiro no cuidado da PSC com sépsis e respetiva família. No segundo, demonstrar-se-á como foram adquiridas as competências comuns de enfermeiro especialista e específicas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC. O terceiro e último capítulo é dedicado à análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas e as competências adquiridas, relacionando-as com as competências conducentes ao grau de mestre. Finalizar-se-á com a conclusão e as respetivas referências bibliográficas.

As referências bibliográficas e citações utilizadas, assim como, a própria edificação do relatório, seguiram as normas do documento preconizado pela ESESJC.

Realça-se, por fim, que este relatório desenvolver-se-á com base num trabalho de descrição e reflexão pormenorizada sobre as atividades e os conhecimentos desenvolvidos ao longo da atividade profissional e práticas clínicas realizadas, suportado por um adequado enquadramento teórico, pesquisa de evidência científica atual e tendo como referência o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO

A sépsis é definida como uma disfunção orgânica com risco de vida que é causada por uma resposta desregulada do organismo à infeção (Evans et al., 2021; Laguado-Nieto et al., 2019; Howell & Davis, 2017; Marino, 2017; Singer et al., 2016). Apesar da evolução notável na compreensão da fisiopatologia da sépsis, das inovações na monitorização hemodinâmica e nos métodos de ressuscitação, assim como, nas intervenções farmacológicas e cirúrgicas, a sépsis permanece como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na PSC (Lonsdale et al., 2020; Bleakley & Cole, 2020).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2020) a incidência global da sépsis a nível mundial é difícil de determinar, no entanto, em 2017 ocorreram 48,9 milhões de casos e 11 milhões de mortes relacionadas com a sépsis em todo o mundo, o que representou quase 20% de todas as mortes a nível global. A Global Sepsis Alliance (2020) acrescenta que a cada 2.8 segundos ocorre uma morte por sépsis.

Atualmente, a sépsis é considerada um grave problema de saúde pública, equiparável na sua incidência ao enfarte agudo do miocárdio (EAM), ao acidente vascular cerebral (AVC), ao tumor colorretal e ao cancro da mama. O aumento desta incidência repercute-se, inevitavelmente, no aumento da mortalidade por sépsis nos últimos anos, que é equivalente à mortalidade por AVC e por EAM como descrito na Norma n.º 010/2016.

Não existem dados fidedignos atuais sobre esta temática em Portugal (Jornal Médico, 2019). O estudo nacional mais recente (INFAUCI, 2014) analisou 3.766 doentes admitidos em 14 SMI dispersos pelo país e, teve como objetivo, obter dados sobre o impacto da infeção na amostra selecionada. Este estudo demonstrou que quase metade das admissões no SMI (1.652) foram motivadas por quadros de infeção, das quais mais de 60% tiveram origem na comunidade, sendo que as restantes infeções foram associadas aos cuidados de saúde. A média de idade foi de 63 anos (dos 26 aos 83 anos), 61.1% eram do sexo masculino e 39.8% tinham comorbilidades associadas. Cerca de 488 doentes com infeções adquiridas na comunidade foram considerados estáveis o suficiente para serem admitidos inicialmente na enfermaria, mas tiveram mortalidade semelhante aos doentes instáveis internados diretamente no SMI. Os autores salientam que admissão oportuna destes clientes no SMI

pode contribuir para a preservação dos seus órgãos e melhorar os resultados (Gonçalves-Pereira et al., 2014).

Segundo o mesmo estudo, dos doentes admitidos com infeção, cerca de 50% apresentavam choque séptico, sendo que, nestes casos, a mortalidade foi de quase metade (48,8%). Fazem ainda referência que apenas 48,3% da população infetada, apresentava resultados microbiológicos documentados. Entre os doentes que já tinham o diagnóstico de infeção na enfermaria (31.2%), apenas 50,9% tinham identificação microbiológica. Foi ainda verificado que, quase um quarto da população com infeção em estudo, recebeu terapêutica antibiótica inicial inadequada, o que, associado às comorbilidades existentes, parece ter sido determinante para a mortalidade (Gonçalves-Pereira et al., 2014).

Por forma a perceber a fisiopatologia da sépsis, é fulcral a diferenciação de infeção e sépsis. A infeção corresponde à invasão de uma cavidade normalmente estéril por microrganismos patogénicos, ou inflamação causada por microrganismos em partes do corpo que não são normalmente estéreis, microbiologicamente comprovado através da amostra colhida ao órgão afetado. As manifestações clínicas podem se traduzir em alterações de temperatura, da frequência cardíaca (FC), aumento dos glóbulos brancos, da Proteína-C Reativa e da procalcitonina (Bleakley & Cole, 2020 citando Daniels & Nutbeam; Sarginson et al., 2012; Silvestri et al., 2012). Por sua vez, a sépsis corresponde a uma emergência médica que requer tratamento e ressuscitação imediata (Bader et al., 2020), caracterizada por uma disfunção de órgão determinada pela variação de dois ou mais pontos no sistema de pontuação Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) que, a menos que seja tratada rapidamente, pode progredir para falência de múltiplos órgãos, choque séptico e, finalmente, morte (Bleakley & Cole, 2020).

A resposta humana à infeção dá-se após o reconhecimento do agente patogénico pelas células imunes do organismo (Lonsdale et al., 2020). Os Recetores presentes no revestimento dos vasos sanguíneos detetam os agentes infecciosos através da parede celular dos mesmos. A resposta do sistema imunológico do hospedeiro é a de se infiltrar na área local com macrófagos, leucócitos e neutrófilos. Essencialmente, as células de macrófagos fagocitam os agentes patogénicos e criam uma série de citocinas pró-inflamatórias que estimulam uma resposta inflamatória sistémica (RIS). Da mesma forma, os leucócitos são glóbulos brancos conectados ao reconhecimento e destruição dos agentes infecciosos. Os neutrófilos por sua vez, estão entre os primeiros glóbulos brancos especializados a migrar para o local da infeção e a destruir os microrganismos invasores (Breakley & Cole, 2020 citando Gotts & Matthay).

A ativação celular resultante leva à produção de mediadores pró-inflamatórios (p. ex.: citocinas, como a Tumor Necrosis Factor Alpha [TNF- α] e Interleucinas-1) e anti-inflamatórios e ao recrutamento e ativação subsequentes de outras células imunológicas (p. ex.: polimorfonucleócitos e células B). Na resposta normal do hospedeiro à infeção, o equilíbrio é alcançado entre os processos pró e anti-inflamatórios, a atividade bactericida é maximizada, ao mesmo tempo ocorre a fagocitose necessária e a reparação do tecido danificado (Lonsdale et al., 2020).

Na sépsis, esse equilíbrio é perdido. A resposta localizada do tecido à infeção torna-se sistêmica e o processo inflamatório torna-se deletério por si só (Lonsdale et al., 2020). Pratheema et al. (2016) já referiam que o Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) causa ativação do endotélio e macrófagos, libertando citocinas, radicais livres de oxigênio e óxido nítrico, que leva a mais danos inflamatórios.

Esta resposta imune desregulada à infeção é imprevisível, levando a um amplo espectro de apresentações e evolução da doença, sendo que os seus efeitos podem ser observados em qualquer tipo de tecido ou órgão (Lonsdale et al., 2020). Quando grave, pode induzir hipotensão, hipoperfusão, e disfunções orgânicas que se manifestam clinicamente com alteração do estado de consciência, oligúria, extremidades frias e evidências laboratoriais de acidose láctica (Pratheema et al., 2016).

O papel do endotélio na fisiopatologia da sépsis é muito importante. A célula endotelial está envolvida na ativação da resposta inflamatória, contudo, os múltiplos mediadores produzidos na referida resposta inflamatória afetam a função endotelial (Aduen et al., 2004). Durante a sépsis a lesão do tecido endotelial resulta no aumento da permeabilidade capilar com conseqüente extravasamento de líquido para o espaço intersticial que se traduz em edema intersticial, hipovolémia e hipotensão. No sistema vascular ocorre vasodilatação mediada por vários mecanismos, nomeadamente:

1. Efeito da acidose no músculo liso vascular (Lonsdale et al., 2020; Pratheema et al., 2016);
2. A libertação de óxido nítrico (vasodilatador) por mediadores inflamatórios - segundo Laguado- Nieto et al. (2019) em estados sépticos a isoenzima produtora de óxido nítrico ativa-se por intermédio das citocinas e endotoxinas produzindo grande quantidade de óxido nítrico que pode explicar a pouca resposta dos agentes vasoativos;
3. Insuficiência adrenal (Lonsdale et al., 2020; Pratheema et al., 2016).

Como consequência das alterações a nível celular e circulatório, o aporte de oxigénio aos tecidos não acompanha as suas necessidades conduzindo a hipoxia tecidual global e choque, que se manifesta em disfunção mitocondrial, metabolismo anaeróbio e disfunção orgânica (Laguado-Nieto et al., 2019).

A consequente queda na Resistência Vascular Sistêmica (RVS) pode ser compensada pelo aumento do débito cardíaco ou agravada pela depressão miocárdica, levando à hipotensão e redução da perfusão tecidual. Nos pulmões, o extravasamento de fluido pode afetar as trocas gasosas e evoluir para Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS). A lesão renal aguda pode resultar de efeitos diretos de citocinas, bem como, dos danos à microcirculação ou da reduzida perfusão do tecido e os efeitos hepáticos podem prejudicar ainda mais o desregulado sistema de coagulação (Lonsdale et al., 2020).

No cérebro, os mediadores inflamatórios, a hipoxia e a hipotensão podem contribuir para a evolução da encefalopatia (Lonsdale et al., 2020).

A coagulação intravascular disseminada (CID) é outra das complicações associada à sépsis como consequência da lesão endotelial. Segundo Marik (2018) a coagulopatia é uma característica comum da sépsis que compreende um amplo espectro de alterações hemostáticas, que variam desde a trombocitopenia à ativação descontrolada da coagulação sistêmica com formação maciça de trombina, depósitos de fibrina na microcirculação e eventual consumo de plaquetas e proteínas do sistema hemostático. A inibição da fibrinólise, contribui para a deposição de fibrina em diferentes órgãos que pode levar à oclusão vascular pelos trombos e consequente comprometimento do fluxo sanguíneo para diversos órgãos, o que em conjunto com alterações metabólicas e hemodinâmicas pode contribuir para a falência de múltiplos órgãos.

O choque de uma maneira geral, é definido como uma condição clínica caracterizada por uma inadequada perfusão e oxigenação dos órgãos vitais (Wyatt et al., 2014). Clinicamente é reconhecido por uma combinação de parâmetros hemodinâmicos (Pressão Arterial Média [PAM] <60 mmHg, Pressão Arterial Sistólica [PAS] <90 mmHg), manifestações clínicas (alteração do estado de consciência, diminuição da diurese) e valores laboratoriais anormais (lactato sérico elevado, acidose metabólica) (Kollef & Micek, 2018).

Conforme Marino (2017) a taxa de mortalidade no choque séptico é de 35–55%, que é muito superior à taxa de mortalidade de 10–20% associada à sépsis. Os critérios de diagnóstico do choque séptico são os seguintes (Marino, 2017; Singer et al., 2016; Machado et al., 2016):

1. Hipotensão que não é corrigida pela ressuscitação inicial com fluidoterapia;

2. Necessidade sustentada de um vasopressor para manter a pressão arterial média ≥ 65 mmHg;
3. Um nível de lactato sérico > 2 mmol/L.

Das manifestações clínicas de maior gravidade do choque séptico, destaca-se (Dugar et al., 2020; Levy et al., 2018; Marino, 2017):

- a) Vasodilatação sistêmica envolvendo artérias e veias, que reduz a pré-carga e a pós-carga ventricular;
- b) Aumento da permeabilidade capilar por lesão do endotélio vascular (devido à fixação de neutrófilos e desgranulação) que leva ao extravasamento de fluido e hipovolemia, que se somam ao enchimento cardíaco reduzido decorrente da vasodilatação;
- c) As citocinas pró-inflamatórias promovem disfunção cardíaca (tanto sistólica quanto diastólica), no entanto, o débito cardíaco geralmente é aumentado numa fase inicial como resultado da taquicardia e da diminuição da RVS (pós-carga);
- d) Apesar do aumento do débito cardíaco, o fluxo sanguíneo esplâncnico é normalmente reduzido no choque séptico, o que pode resultar na rutura da mucosa intestinal e translocação bacteriana e de endotoxinas através da mucosa na circulação sistêmica, representando uma fonte de inflamação sistêmica progressiva e desregulada;
- e) Nos estágios avançados de choque séptico, o débito cardíaco começa a diminuir, resultando em um padrão hemodinâmico que se assemelha ao choque cardiogénico (ou seja, altas pressões de enchimento cardíaco, baixo débito cardíaco e aumento da RVS);
- f) A saturação venosa central de oxigénio ($SvcO_2$) pode estar normal ou aumentada devido ao desvio de sangue da microcirculação ou incapacidade do tecido em utilizar o oxigénio (Hipoxia Citopática);
- g) Hiperlactacidémia com conseqüente acidemia metabólica. Embora o lactato sérico não seja uma medida direta da perfusão tecidual, pode servir como substituto, como produto do metabolismo anaeróbio do tecido, conforme aumenta, pode representar hipoxia tecidual ou inadequada entrega de oxigénio, glicólise aeróbica acelerada impulsionada pelo excesso de estimulação beta-adrenérgica ou outras causas associadas a piores resultados como a insuficiência hepática.

De acordo com Stümpfle (2015) e com a Norma n.º 010/2016, o envelhecimento da população, a maior longevidade de pessoas com doenças crónicas, a crescente incidência de imunossupressão, o agravamento da resistência aos antimicrobianos e o recurso crescente a

técnicas invasivas podem explicar quer o aumento da incidência da sépsis a nível mundial, quer a gravidade dos casos por sépsis, dado ser maior o número de pessoas que apresenta falência orgânica ou multiorgânica.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) realça que os grupos de risco para desenvolver sépsis são os idosos com mais de 75 anos e as crianças com menos de um ano de idade, pessoas com sistema imunológico comprometido ou as pessoas que foram submetidas a cirurgias ou outros procedimentos invasivos nas últimas seis semanas. O NICE acrescenta ainda as mulheres grávidas que apresentam qualquer uma das situações atrás referidas ou, que tiveram um parto difícil, interrupção da gravidez ou aborto espontâneo nas seis semanas anteriores. Os neonatos que são prematuros, ou se houve uma história recente de infeção na mãe ou no bebé.

Em 1991, o American College of Chest Physicians e a Society of Critical Care Medicine procuraram chegar a um acordo sobre a definição de sépsis. Foram definidas pela primeira vez os critérios de SRIS, sépsis, sépsis grave e choque séptico. As manifestações clínicas do SRIS foram determinadas pela presença de pelo menos dois ou mais dos seguintes critérios (Dugar et al., 2020; Marino, 2017; Singer et al., 2016; Stümpfle, 2015):

- Temperatura $< 36^{\circ}\text{C}$ ou $> 38^{\circ}\text{C}$
- FC $> 90\text{bpm/m}$
- Frequência Respiratória (FR) $> 20\text{cpm}$ ou Pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) $< 32\text{mmhg}$
- Leucócitos $< 4000/\text{mm}^3$ ou $> 12000/\text{mm}^3$, ou neutrófilos imaturos (*band forms*) $> 10\%$.

A Sépsis, por sua vez, foi definida como o desenvolvimento de SRIS em resposta à suspeita ou confirmação de infeção, enquanto que, a sépsis grave foi definida como a progressão da sépsis acompanhada de disfunção orgânica, e o choque séptico como sépsis grave associado a hipotensão refratária à reanimação com fluidos (Dugar et al., 2020; Singer et al., 2016, Stümpfle, 2015).

Em 2001, durante a International Sepsis Definitions Conference, foi reconhecido as limitações das definições de sépsis e, apesar de terem expandido a lista de critérios de diagnóstico, nomeadamente, oligúria, coagulopatia, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia arterial e alterações da função hepática, não ofereceram alternativas devido à falta de evidência científica. Com efeito, as definições de sépsis, choque séptico, e disfunção

orgânica permaneceram praticamente inalteradas por mais de duas décadas (Sevillano-Barbero, 2018; Singer et al., 2016).

Recentemente, em 2014, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e a European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) reconhecendo a necessidade de reavaliação das definições de sépsis, voltou a reunir uma *task force* composta por 19 especialistas com experiência em fisiopatologia da sépsis, ensaios clínicos e epidemiologia, tendo sido geradas novas definições e critérios clínicos através de reuniões, processos Delphi, análise de bancos de dados de registos eletrônicos de saúde e votação, seguido do envio para sociedades profissionais internacionais, solicitando a revisão por pares e o seu aval (31 sociedades listadas no reconhecimento) (Singer et al., 2016).

Nesta sequência, em 2016 a SCCM e a ESICM promoveram uma nova conferência de consenso denominada The Third International Consensus Definitions (TTICD) onde foram publicadas as novas definições de sépsis, conhecidas como *Sepsis 3*:

- Sépsis é definida atualmente pela presença de disfunção orgânica com risco de vida, secundária a uma resposta desregulada do organismo à infeção (Evans et al., 2021; Kollef & Micek, 2018, Marino, 2017; Howell & Davis, 2017; Machado et al., 2016; Singer et al., 2016).
- Choque Séptico é definido por acentuadas anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas, associadas a um maior risco de morte do que a sépsis isoladamente, que se manifesta por hipotensão refratária à ressuscitação com fluidoterapia com necessidade de suporte vasopressor para manter PAM > 65mmHg e associado a hipoperfusão tecidual manifestado por hiperlactacidémia > 2mmol/L (Marino, 2017; Singer et al., 2016; Machado et al., 2016).

A presença de critérios SRIS deixou de fazer parte desta definição. Saliendo-se ainda o facto, de que todos os casos de sépsis passaram a ser considerados graves, de modo que a denominação de “Sépsis Grave” foi abolida das definições de sépsis (Dugar et al., 2020; Machado et al., 2016). Contudo, Singer et al. (2016) ressalta que os critérios específicos de SRIS, como a pirexia ou neutrofilia, devem continuar a auxiliar no diagnóstico geral de infeção, dado que, complementam características de infeções específicas (p. ex.: erupção cutânea, consolidação pulmonar, disúria, peritonite) que focam a atenção para o provável agente e origem de infeção.

O SOFA (Figura 1) é um sistema de pontuação objetivo que serve para definir as principais disfunções orgânicas, com base nos níveis de oxigênio (pressão parcial de oxigênio e fração de oxigênio inspirado), contagem de plaquetas, pontuação da Escala de

Coma de Glasgow (ECG), nível de bilirrubina, nível de creatinina (ou débito urinário) e média de pressão arterial (ou se agentes vasoativos são requeridos). É usado rotineiramente na prática clínica para pesquisa de falência de órgãos na PSC (Dugar et al., 2020; Bloos, 2020) e está estruturado numa tabela com pontuações de 0-4 que se deduzem da gravidade das disfunções desses órgãos (Carneiro et al., 2016).

Figura 1 – Sequential (Sepsis- Related) Organ Failure Score

System	Score				
	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO ₂ /Fio ₂ , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, ×10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular					
MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) ^b	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 ^b	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 ^b	
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

Abbreviations: Fio₂, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; PaO₂, partial pressure of oxygen.
^a Adapted from Vincent et al.²⁷
^b Catecholamine doses are given as μg/kg/min for at least 1 hour.
^c Glasgow Coma Scale scores range from 3-15; higher score indicates better neurological function.

Fonte: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock, (Singer et al, 2016)

A pontuação dos critérios de disfunção orgânica SOFA de base, deve ser assumido como zero, a menos que o doente seja conhecido por ter disfunção orgânica preexistente (aguda ou crônica) antes do início de infeção. Perante a suspeita de infeção, uma pontuação de 2 ou mais nesta escala reflete um risco de mortalidade de aproximadamente 10% (Marino, 2017; Singer et al., 2016).

Como podemos constatar, a pontuação do SOFA radica na análise de resultados laboratoriais, o que pode protelar o reconhecimento de disfunção orgânica e a tomada de decisão, contudo, o rápido reconhecimento de presunção de disfunção orgânica é possível através da utilização de outras ferramentas como o SRIS, o quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), o National Early Warning Score (NEWS) ou o Modified Early Sequential Warning Score (MEWS). De salientar que nas últimas *guidelines* publicadas em 2021 pela Surviving Sepsis Campaign (SSC) não é recomendado o uso do qSOFA como ferramenta única para a identificação de possíveis casos de sépsis devendo ser dada

preferência a outro tipo de ferramenta como o SRIS, NEWS ou o MEWS (Evans et al., 2021).

Embora menos robustos que o SOFA, o qSOFA, o SRIS, o NEWS ou o MEWS não requerem exames laboratoriais e podem ser avaliados rápida e repetidamente. Este tipo de ferramentas devem ser usadas apenas para triagem, com o objetivo de identificar doentes graves com suspeita ou confirmação de infeção e que estão em maior risco de desenvolver disfunção orgânica, podendo ser facilmente utilizadas, no SU, nos serviços de internamento ou no SMI (Evans et al., 2021).

A SSC resultou de uma iniciativa conjunta entre a SCCM e da ESICM, que tem como objetivo reduzir a mortalidade e morbilidade por sépsis e choque séptico em todo o mundo. Este programa tem como foco sete pontos fundamentais, sendo estes: aumentar a consciencialização sobre a sépsis; melhorar o seu diagnóstico e reconhecimento; definir e aumentar o uso de tratamento e cuidado adequado; formar os profissionais de saúde; melhorar os cuidados após a transferência dos cuidados intensivos; desenvolver diretrizes de cuidados; e implementar um programa de melhoria de desempenho (De Backer & Dorman, 2017).

Segundo os mesmos autores, num estudo observacional que incluiu 29.470 doentes com sépsis em todo o mundo, verificou-se que a participação no programa da SSC foi associada a uma diminuição significativa na probabilidade de mortalidade hospitalar.

As *guidelines* da SSC foram publicadas pela primeira vez em 2004, sendo revistas e publicadas desde então a cada quatro anos (Rhodes et al., 2017; De Backer & Dorman, 2017), com exceção das últimas *guidelines* que foram publicadas em outubro de 2021. Estas *guidelines* dão ênfase aos seguintes tópicos: triagem e tratamento precoce; ressuscitação inicial; PAM; admissão nos cuidados intensivos; infeção; terapia antimicrobiana, antifúngica e antivírica; controlo e origem do foco de infeção, duração e redução da terapia antimicrobiana; gestão hemodinâmica (com fluidos e fármacos vasoativos); monitorização e acessos vasculares; balanço hídrico; ventilação; corticoterapia, técnicas de purificação sanguínea; produtos sanguíneos; imunoglobulinas; profilaxia da úlcera por stress; prevenção de tromboembolismo venoso; técnica de substituição renal; controle da glicose; vitamina C; terapêutica com bicarbonato; nutrição; resultados a longo prazo e objetivo dos cuidados; cuidados paliativos; grupos de suporte; transição do cuidado; identificação da necessidade de suporte social ou económico; formação sobre sépsis para doentes e família; tomada de decisão compartilhada; planeamento da alta; terapia cognitiva e seguimento após a alta (Evans et al., 2021).

Segundo Levy et al. (2018) as denominadas *Sepsis Bundles* têm sido fundamentais para a implementação do programa da SSC e para a melhoria da qualidade no tratamento da sépsis desde a sua primeira publicação em 2004.

Na sequência das recomendações de 2016, a SSC coloca fim às duas *bundles* pré-existentes (*Hour-3 e Hour-6 bundles*), agrupando as mesmas na *Hour-1bundle* que preconiza que na primeira hora após identificação de suspeita de sépsis e/ou choque séptico devem ser instituídos os seguintes procedimentos (Levy et al., 2018):

1. Monitorização de lactato sérico (reavaliar se $>2\text{mmol/l}$);
2. Obtenção de culturas antes de iniciar antibiótico;
3. Administração do antibiótico de largo espectro;
4. Ressuscitação com 30ml/Kg de cristaloides na presença de lactato sérico $>4\text{mmol/l}$ ou hipotensão;
5. Administração de fármacos vasopressores se persistência de hipotensão após ou durante a administração de cristaloides, para manter uma PAM $\geq 65\text{mmHg}$.

Para este autor, pode ser necessário mais de uma hora para a ressuscitação estar completa, contudo, o início da ressuscitação e do tratamento, como a realização da gasometria para a determinação de lactato, a realização das hemoculturas, a administração de fluidos e do antibiótico e, no caso de hipotensão severa, a instituição de vasopressores, devem ser realizados de imediato.

De ressaltar que nas últimas *guidelines* da SSC é recomendado a administração de antibiótico na primeira hora, caso exista elevada suspeita de sépsis ou na presença de choque séptico. No caso de haver suspeita de sépsis sem choque, recomendam a avaliação rápida da possibilidade de causas não infecciosas de doença aguda. Se a suspeita de infeção persistir, o antibiótico deve ser administrado nas primeiras 3 horas desde o reconhecimento do quadro séptico (Evans et al., 2021).

Nas recomendações da SSC de 2016, o alvo da PAM no caso da necessidade de instituição de vasopressores era superior ou igual a 65mmHg. Nas *guidelines* de 2021, a SSC recomenda um alvo de 65mmHg e não superior, dado não se ter observado nos estudos realizados benefícios associados a PAM superiores a 65mmHg (Evans et al., 2021).

Conforme a Norma n.º 010/2016, uma intervenção precoce e adequada, no que se refere à identificação e estratificação das pessoas com conseqüente instituição de terapêutica antibiótica e de suporte hemodinâmico guiado por objetivos, pode melhorar substancialmente o prognóstico das pessoas com sépsis e choque séptico. Sabemos hoje que

a probabilidade de sobrevivência diminui 7.6% por cada hora de atraso na administração de antibioterapia adequada a pessoas com sépsis ou choque séptico. Neste sentido, a nível nacional, a Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO, decretou que todos os serviços de urgência com unidades de cuidados intensivos (nível 2), desenvolvessem e implementassem um protocolo de Via Verde Sépsis (VVS) até ao final de 2010.

Em 2017, com a atualização da Norma n.º 010/2016 a DGS reforça a necessidade de implementação de estratégias que permitam a rápida deteção e instituição de terapêutica em casos suspeitos de sépsis. Segundo esta norma, fazem parte das VVS todos os elementos do sistema de urgência e emergência nacional, nomeadamente os SU, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e os Heli transportes. A referida norma destaca ainda que a existência de um SMI é fundamental para garantir um local de tratamento e monitorização adequado da PSC, e também para assegurar o “Algoritmo Avançado de Avaliação e Terapêutica”.

Conforme a mesma Norma, o caso suspeito é determinado pela presença de pelo menos um critério de presunção de infeção (Figura 2) e concomitantemente pela presença de um critério associado a inflamação sistémica (Figura 3).

Figura 2 - Critérios de Presunção de infeção

Critérios de Presunção de infeção
a) Alteração da temperatura* + cefaleias
b) Alteração da temperatura* + confusão e/ou diminuição aguda do nível de consciência
c) Alteração da temperatura* + Dispneia
d) Alteração da temperatura* + Tosse
e) Alteração da temperatura* + Dor abdominal (distensão ou diarreia)
f) Alteração da temperatura* + Icterícia
g) Alteração da temperatura* + Disúria ou polaquiúria
h) Alteração da temperatura* + Dor lombar
i) Alteração da temperatura* + Sinais inflamatórios cutâneos extensos
j) Critério clínico do responsável

*Alteração da temperatura é definida como temperatura auricular <35°C ou >38°C medida ou referida.

Fonte: Norma n.º 010/2016

Como anteriormente mencionado, há que ter em conta ainda os critérios de inflamação sistémica, tal como se apresenta em seguida, na Figura 3.

Figura 3 - Critérios de inflamação sistémica

Critérios de inflamação sistémica
a) Confusão e/ou alteração do estado de consciência
b) Frequência cardíaca >90bpm com tempo de preenchimento capilar aumentado
c) Frequência respiratória >22cpm

Fonte: Norma n.º 010/2016

O caso confirmado da VVS, segundo a referida norma é definido pela presença de caso suspeito da VVS associado à inexistência de critérios de exclusão (Figura 4) e associado à existência de, pelo menos, um critério de gravidade (Figura 5).

Figura 4 - Critérios de exclusão da VVS

Critérios de Exclusão da VVS
a) Doença cerebrovascular aguda
b) Doente sem reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
c) Estado de mal asmático
d) Gravidez
e) Hemorragia digestiva ativa
f) ICC descompensada/ Síndrome Coronário aguda
g) Politrauma/Grandes queimados

Fonte: Norma n.º 010/2016

Figura 5 - Critérios de gravidade

Critérios de Gravidade
d) Hiperlactacidémia > 2mmol/l
e) Hipotensão arterial (TAS<90mmHg)
f) Hipoxemia (PaO ₂ <60mmHg em ar ambiente ou P/F <300mmHg)

Fonte: Norma n.º 010/2016

Como podemos verificar, os critérios de ativação da VVS e da confirmação da sépsis segundo a Norma n.º 010/2016, vão ao encontro das mais recentes *guidelines* preconizadas pela SSC que recomenda o SRIS como uma das ferramentas de triagem. No entanto, DGS baseia-se nas definições iniciais de sépsis, sépsis grave e choque séptico, pelo que, a ativação da VVS resulta da suspeita de infeção associado à presença de sintomas de RIS, sendo que a confirmação da mesma passa pela ausência de critérios de exclusão associado aos critérios de gravidade.

Perante um caso confirmado, devem ser adotados um conjunto de procedimentos que passam pelo cumprimento do “Algoritmo Básico de Avaliação e Terapêutica” preconizado pela referida Norma, que engloba a colheita de exames microbiológicos (hemoculturas, urocultura ou outro exame microbiológico de acordo com o foco de infeção suspeito) antes da administração da terapêutica antibiótica de largo espectro, sendo que esta deve ocorrer na primeira hora após a confirmação de um quadro de sépsis ou choque séptico. Salienta-se ainda a realização de exames imagiológicos de acordo com o foco de infeção suspeito, a realização de gasometria com doseamento de lactato se não tiver sido realizada anteriormente e a fuidoterapia com cristaloides que deve ser iniciada nos primeiros 15 minutos.

Após a confirmação da sépsis ou choque séptico, o cumprimento do “Algoritmo Avançado de Avaliação e Terapêutica”, deve ser tutelado diretamente pela medicina intensiva e preferencialmente em ambiente provido de suporte tecnológico que compreenda monitorização hemodinâmica invasiva com cateter arterial, possibilidade de colocação de cateter venoso central (CVC), acesso a ecografia cardíaca, ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva e sistemas de monitorização hemodinâmica avançada.

Segundo a Norma n.º 010/2016, existe evidência científica de que pessoas com sépsis grave em que persistem sinais de gravidade sistémica com hipoperfusão de órgão ou hipotensão arterial traduzidos por hiperlactacidemia superiores a 2,0mmol/l ou PAM inferior a 65mmHg, após as medidas de ressuscitação inicial, está associada a uma mortalidade elevada. As “(...) perturbações fisiopatológicas presentes nestas pessoas são complexas e de ordem diversa, mas é quase universal a persistência de hipovolemia relativa e de alterações do metabolismo do oxigénio, traduzidas por entrega e utilização deficitárias a nível tecidual” (p.17).

Como referido anteriormente, uma avaliação e intervenção precoce apropriada, são fundamentais para a otimização do tratamento da PSC com sépsis ou choque séptico, com consequente diminuição de complicações associadas ou até mesmo a morte. No entanto, uma avaliação correta e adequada, implica alguns desafios. O reconhecimento e o tratamento da sépsis, geralmente ocorre em ambientes de saúde muito movimentados e pode ser difícil no início da sua apresentação distinguir entre sépsis e infeção grave. Para além disso, a sépsis desenvolve-se a partir de um conjunto altamente complexo de fatores fisiopatológicos, sendo uma síndrome que se pode manifestar por meio de uma série de sintomas inespecíficos (Berg & Gerlach, citado por Bleakley & Cole, 2020).

Uma infinidade de profissionais de saúde poderá estar em contato com a PSC com sépsis, contudo, são os enfermeiros que sustentam uma posição privilegiada no seu reconhecimento precoce, dado à sua proximidade e monitorização constante que estabelecem com os clientes (Bleakley & Cole, 2020).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem à PSC destacam-se como sendo cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, por forma a manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, como determinado no Regulamento n.º 429/2018.

Segundo Nunes (2017) a “(...) enfermagem assenta num julgamento clínico, nos conhecimentos (que suportam a determinação de necessidades, diagnóstico, prescrição e avaliação) e na responsabilidade profissional” (p.13). Como tal, considera-se que o enfermeiro deve ter conhecimentos sólidos que permitam uma avaliação, planeamento e implementação de intervenções precisas, no sentido de identificar precocemente quadros de disfunção orgânica em contexto de infeção, por forma a prevenir complicações e a progressão da doença.

Neste sentido, Daniels e Nutbeam citado por Bleakley e Cole (2020) afirmam que o sucesso de uma intervenção precoce e adequada perante uma suspeita de sépsis depende do enfermeiro ter um alto índice de suspeita quando confrontado com um doente que está a deteriorar ou que, simplesmente, não está melhor. Isto vai ao encontro do defendido por Benner (2005), que afirma que é “(...) preciso imensos conhecimentos e competências para determinar a gravidade da situação e a necessidade de uma intervenção rápida” (p.122). Branco et al. (2020), acrescentam que estudos demonstram que o doente com sépsis desenvolve 8 horas antes, alterações dos parâmetros vitais, sendo que o conhecimento e habilidade do enfermeiro para reconhecê-los constitui um fator impactante na diminuição da mortalidade.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados aos doentes com sépsis (Bader et al., 2020), e como tal, devem ser capazes de identificar prontamente as manifestações clínicas sugestivas de sépsis, o que lhes permitirá atuar de forma rápida, segura e fundamentada. Branco et al. (2020) consideram que, “(...) é necessário capacitar o enfermeiro para a problemática da sépsis, existindo a necessidade de um olhar crítico e especializado sobre a mesma. Só assim se torna possível a sua correta identificação, controle e até mesmo prevenção” (p.6). Nesta sequência, concorda-se com os autores atrás citados quando afirmam que a procura de conhecimentos e a formação ao longo

da vida para além de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional, também alicerça uma prática baseada na evidência, que se traduz indubitavelmente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nesta sequência, a procura de conhecimentos e o investimento na formação com a realização do CMEMC surge como uma ferramenta basilar à aquisição de uma práxis baseada na mais recente evidência científica, que permitirá como futura Enfermeira Especialista, conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos cuidados, com vista à deteção precoce, à estabilização, à manutenção e à recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação como determinado no Regulamento 429/2018.

Benner (2005) salienta que a perícia no que diz respeito à tomada de decisões complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas, sendo que, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são fundamentais para o progresso da prática e desenvolvimento da ciência de enfermagem, o que se coaduna com o estipulado no Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do Enfermeiro Especialista que refere que o enfermeiro especialista “(...) alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4744).

Como afirmado no artigo 5º do Decreto-Lei n.º 161/1996, os cuidados de enfermagem são caracterizados por empregarem uma metodologia científica que inclui:

- a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade.
- b) A recolha e apreciação dos dados sobre cada situação que se apresenta;
- c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
- d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (p. 2960).

Para Nunes (2017), esta metodologia científica conhecida como “processo de enfermagem” permite ao “(...) enfermeiro identificar os problemas e priorizá-los devidamente, prescrever as intervenções para resolver ou minimizar os problemas identificados assim como detetar precocemente problemas potenciais” (p.12). Assim, considerando a complexidade do quadro clínico da PSC com sépsis ou choque séptico é

inquestionável que os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, assumem um papel fundamental como descrito no Regulamento nº 429/2018, no que se refere à

(...) colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p.19363).

O experienciar de uma situação de doença geralmente imprevisível e de origem súbita, associada ao risco de vida, nunca é um acontecimento restrito ao doente, mas também envolve intimamente aqueles para quem a PSC é significativa. A PSC, muitas vezes inconsciente, só compreende a gravidade da situação na fase de recuperação. Já a família, na maioria das situações experiência momentos de grande sofrimento emocional com qualquer alteração no estado clínico do seu familiar (De Sá et al., 2015).

Fulbrook et al. citado por De Sá et al. (2015) consideram que em contexto de cuidados críticos, as necessidades experimentadas pela família são muitas vezes relegadas para segundo plano, dado que os enfermeiros tendem a valorizar e a priorizar as necessidades da PSC. Contudo, os enfermeiros “(...) são os profissionais de saúde mais capacitados para avaliarem e intervirem nessas necessidades devido à sua proximidade junto do doente e à relação única que estabelecem com o doente e família no exercício da sua atividade profissional” (Kaakinen et al. citado por De Sá et al., 2015, p.33).

Ramos et al. (2018) reforçam a importância da presença da família como estratégia para atenuar a ansiedade, o desconforto e a insegurança, muitas vezes sentidas pela PSC, devendo a família ser encarada como uma parceira na prestação de cuidados por forma a compreender melhor as suas necessidades e contribuir para a essência do cuidar em enfermagem.

Wright e Leahey (2012) já defendiam que a integração da família nos cuidados de saúde, deve ser visto por parte dos enfermeiros como um compromisso e uma obrigação que influencia considerável o processo de doença, repercutindo-se inevitavelmente num impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus elementos.

Considera-se assim, que os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica têm a obrigação e o dever de considerar a família como alvo de prestação de cuidados, não se resumindo a uma perspetiva fragmentada visando apenas a PSC. Ramos et al. (2018) salientam que “é necessário acompanhar a família neste processo crítico, acolhendo-a, trabalhando com a mesma, numa perspetiva mais humanista do cuidar, que se revela como um dos pilares e essência da enfermagem” (p. 6).

A resposta à sépsis, na perspetiva de Branco et al. (2020) obriga a uma visão holística, exige formação e treino da equipa de enfermagem e uma boa articulação e comunicação com a equipa médica de forma a evitar falhas e atrasos na implementação dos protocolos. A comunicação eficaz é fundamental para agilizar o diagnóstico e tratamento e impedir o progresso da doença.

Uma área na qual o EEMC detém um papel preponderante, é na prevenção das IACS. As IACS podem ser prevenidas com o empenho dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controle de infeção. A lavagem das mãos, respeitando os cinco momentos, o uso de equipamentos de proteção individual, o respeito da técnica asséptica em procedimentos invasivos, a preparação de medicação em meio adequado, são algumas das medidas fundamentais para a segurança do doente e consequente prevenção da sépsis (Branco et al., 2020).

2. O PERCURSO ATÉ À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Com a mudança progressiva da sociedade e na área da saúde em particular, emergem novos requisitos e desafios na esfera profissional, que impõe aos profissionais a necessidade de um alto nível de conhecimento e desenvolvimento profissional, por forma a responder com eficiência aos novos desafios do mundo em mudança (Parra et al., 2016).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) a sociedade espera por parte dos enfermeiros intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e dos cuidados de reparação, tendo por base evidência científica sólida e atual e estratégias e procedimentos que demonstrem ser os mais eficazes no cuidado aos clientes e suas famílias. As competências relacionadas com o cuidado em enfermagem têm sido um aspeto crucial inerente a padrões profissionais como a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados (Leal et al., 2016).

Para Leal et al. (2016) as competências profissionais são resultado de conhecimentos que se traduzem num conjunto de habilidades que permitem ao profissional desenvolver o seu trabalho de forma efetiva. Considerando que as equipas de enfermagem são uma peça essencial em qualquer sistema de saúde, por assumirem em termos quantitativos uma parcela significativa da prestação de cuidados em saúde, é irrefutável que interfiram diretamente na eficácia, na qualidade e no custo dos cuidados prestados.

Bartolo (2007) ao citar Descy e Tessaring já referia que “(...) as competências traduzem a capacidade individual e reconhecida para aplicar todo um conjunto de saber-fazer, aptidões, qualificações ou conhecimentos que permitam cumprir os requisitos profissionais exigidos nas situações de trabalho em evolução” (p.32). No que diz respeito às qualificações, os mesmos autores consideram que estas revelam o conhecimento técnico e a experiência necessária para a realização de determinada tarefa específica ou resultado obtido na sequência da realização de um curso ou ação de formação.

Para Le Boterf (2008) o que define as pessoas no seu local de trabalho não é o seu conhecimento, mas sim a sua capacidade de usá-lo de maneira relevante em diferentes situações, e de saber agir de forma eficaz e sustentável. O mesmo autor salienta que ser competente significa ser capaz de agir e ter sucesso numa situação de trabalho, através da implementação de uma prática profissional relevante enquanto mobiliza uma combinação

adequada de recursos (conhecimento, *know-how*, comportamento, formas de raciocínio). No que se refere a “Ter habilidades” significa ter recursos (conhecimentos, habilidades, métodos de raciocínio, habilidades físicas, habilidades comportamentais) para agir com competência. Ter recursos é, portanto, uma condição necessária, mas não suficiente para atuar com competência.

Serrano et al. (2011) enfatizam que a “(...) multi-profissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente” (p.16), sendo que, os diferentes tipos de saberes transferidos pela disciplina de enfermagem “(...) mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)” (p.16).

Mais recentemente Aued et al. (2021) reforçam que a competência em enfermagem reflete uma “complexa integração de conhecimentos” (p.2), que se traduz num conjunto de atributos manifestados pelos enfermeiros, nomeadamente, valores, características pessoais, atitudes profissionais, conhecimentos e habilidades, que quando aplicados juntos na sua prática refletem a sua responsabilidade profissional. O mesmo autor salienta que uma “(...) pessoa competente deve possuir esses atributos, ter a motivação e a capacidade de utilizá-los efetivamente para prestar cuidados seguros e eficazes ao paciente e seus familiares” (p.2).

O que vai ao encontro do já preconizado pela OE (2015) quando afirma que:

Não basta saber que os utentes têm direito a ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correção técnica, privacidade e respeito, é necessário que a prestação de cuidados concreta seja boa, por ser zelosa e competente. Ou seja, não se trata da pura satisfação de um direito formal, mas da associação da competência técnica, científica e moral com vista à prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social. No global, o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais atuais (p.46).

Benner (2005) já defendia que “Pelos riscos que comporta, tanto para a enfermeira como para o doente, os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planejados” (p.24), para esta autora, o desenvolvimento de competências com base na experiência deve ser apoiado em boas bases pedagógicas, e reforça que

(...) o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina (p.30).

Na sua obra “De Iniciado a Perito”, Benner (2005) através de uma investigação descritiva baseada no modelo *Dreyfus* identifica cinco níveis de competência no âmbito da

prática dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

No nível de iniciado a autora refere-se aos enfermeiros que não têm nenhuma experiência e que podem ter dificuldade em integrar o que aprenderam com as situações com que são confrontados. Como exemplos, Benner (2005) faz referência aos estudantes de enfermagem, mas também aos enfermeiros que mesmo experientes numa área, começam a trabalhar num serviço novo, completamente diferente da sua área de atuação até então. No nível de competência iniciado-avançado, Benner (2005) reporta-se aos recém-formados e classifica o seu comportamento como o considerado aceitável, “(...) pois já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar (elas próprias ou sob a supervisão de um orientador) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas (...)” (p.46), contudo, têm dificuldade em estabelecer prioridades.

No que se refere ao nível de competente, Benner (2005) refere-se ao profissional que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, e que se torna competente quando é capaz de estabelecer prioridades através de um plano de cuidados consciente e deliberado que lhe permite ganhar eficiência e organização. Já o enfermeiro proficiente apercebe-se das situações como um todo e não de forma fragmentada, que se traduz numa tomada de decisão menos trabalhosa. Quanto ao enfermeiro perito “(...) tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (p.54). A autora reforça que o enfermeiro perito age a partir de uma compreensão profunda da globalidade da situação, demonstra capacidade de julgamento da mesma, sendo capaz de gerir situações complexas.

Para Serrano et al. (2011) a criação da OE, em 1998, enquanto entidade reguladora da profissão de enfermagem, assumiu um papel preponderante na definição dos padrões de qualidade e no perfil de competências profissionais, constituindo este processo como essencial na edificação da identidade profissional.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista é definido como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) (p. 4744). O mesmo regulamento preconiza que as competências comuns são extensíveis a todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de atuação, “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um

suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745). As referidas competências estão agrupadas em quatro domínios, nomeadamente: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em relação às competências específicas de EEMC, o Regulamento n.º 429/2018, destaca diferentes áreas de enfermagem especializada consoante o contexto de intervenção, pelo que, neste documento evidenciar-se-á as competências específicas referentes à área de enfermagem à PSC.

O processo de consolidação destas competências desenrolou-se numa fase inicial através da aquisição de conhecimentos científicos e teórico-práticos suportados na mais recente evidência científica em contexto de sala de aula, e numa segunda fase, com a elaboração dos planos de atividades clínicas e sua consecução através da realização dos estágios II – Cuidados Intensivos e III – Opção no SMI do HNM. De salientar, que todo este processo teve por base a prestação de cuidados ancorado à metodologia científica do processo de enfermagem: avaliação, diagnóstico, planeamento de intervenções e avaliação, aliado a uma componente teórico-reflexiva realizada segundo o ciclo de GIBS e à realização e de um estudo-caso e de um relatório no final de cada ensino clínico.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Considerando os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, pretende-se expor, de seguida, as competências desenvolvidas no decorrer do curso, mas também ao longo do seu percurso profissional.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve ostentar uma prática segura, profissional e ética, mobilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 “A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p.4746).

A deontologia diz respeito a um conjunto de regras alicerçadas nos princípios da moral e do direito, que mostram como alguém se deve comportar como membro de um determinado corpo social, a sua preocupação “é a correção da ação, apresentando indicações práticas e precisas de um modo imperativo (iniciadas por “o profissional deve”) (OE, 2015, p.13).

Neves (2004), já referia que a deontologia deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, englobando não só as obrigações éticas e morais, mas também as

obrigações de natureza jurídica e administrativa, todas elas reunidas no designado “código deontológico”. Nunes (2016) reforça que a deontologia na área da saúde estabelece “(...) os deveres; a liberdade no exercício da profissão, a responsabilidade pelos atos e a circunscrição do agir aos limites das qualificações e das competências (...)” (p.12).

Para a Deodato (2015), a deontologia de enfermagem revela-se como um vasto e poderoso instrumento de fundamentação essencial para o agir profissional do enfermeiro, ao orientar e fundamentar os seus atos e tomadas de decisão diárias, “Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país” (p.9).

Nunes (2016) complementa que a deontologia em enfermagem tem como preceito a proteção e a segurança dos clientes. Assim, o enfermeiro especialista deve reger a sua prática alicerçada numa trilogia constituída pelos deveres, pelas competências e pelos referenciais de qualidade; o mesmo que é dizer, pelo código deontológico, pelo perfil de competências e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados da sua área de competência.

A OE (2015) ao fazer referência a Ricoeur clarifica que a ética diz respeito à reflexão filosófica sobre o agir humano, no sentido em que, cada pessoa procura caminhar no sentido de “uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas” (p.13). Neves (2016) complementa que à ética importa refletir sobre a natureza da ação científica e técnica, no que respeita aos procedimentos que desenvolve, o seu fundamento ou justificação, o seu objetivo e efeito esperado e os meios de execução pelos quais opta para a sua realização.

Os enfermeiros assumem a responsabilidade de uma prestação de serviço, que é o cuidado das pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, no sentido da promoção do seu bem-estar e da qualidade de vida. Deste modo, o papel do enfermeiro é o de cuidar das pessoas, substituindo-as ou ajudando-as, quando elas necessitam de forma a desenvolver as suas potencialidades no sentido do seu autocuidado e autonomia ou acompanhar os processos de mudança, de crise e de morrer (Nunes, 2016). Nunes (2004) ao referenciar Watson já referia que o cuidar assume-se como o ideal moral que visa proteger, aumentar e assegurar a dignidade humana.

Em Portugal, o respeito pela dignidade humana encontra-se consagrado no Artigo 1.º da Constituição que determina que “Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)”, estando igualmente consagrado no Artigo 99.º da Lei

n.º 156/2015 referente aos princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro: “1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p. 8078).

Na sua atividade diária, os enfermeiros são confrontados com a tomada de decisão ética. Os problemas éticos em saúde são situações difíceis e complexas, em que não há apenas uma solução, mas sim vários trajetos capazes de conduzir os profissionais a ela, o que implica o exercício da deliberação ética. Dado estar em causa a dignidade do usuário, os seus direitos e a sua vontade, os problemas éticos são situações que incomodam e perturbam a consciência dos enfermeiros, uma vez que, são caracterizadas pela existência de dúvida quanto à decisão de agir, e que requerem, como tal, uma solução que seja eticamente apropriada. “Resolver esses problemas exige permanente criatividade, pois a resposta tem que ser de longo alcance, a fim de obter uma prática de saúde cada vez melhor” (Nora et al., 2016, p.2).

São vários os modelos de tomada de decisão descritos na literatura, contudo, Nora et al. (2016) salientam que a resolução dos problemas éticos de forma prudente, não se limita a seguir uma norma ou procedimento preestabelecido, mas sim, é fundamental, desenvolver habilidades e competência ética por forma lidar com a incerteza e angústia que o processo de tomada de decisão ética causa. Para os mesmos autores “Tomar decisões prudentes requer questionar a incerteza, conhecer o contexto, a circunstância específica do problema ético e prever as consequências possíveis” (p.6).

Salienta-se, que para o desenvolvimento desta competência foi fundamental o contributo das aulas teóricas de Ética, do trabalho de grupo desenvolvido segundo o Modelo de Tomada de Decisão “DECIDE” e das discussões em sala de aula sobre os problemas éticos mais frequentes em saúde.

Conforme a Lei n.º 156/2015 a relação que se estabelece no processo de cuidar (entre quem cuida e quem recebe cuidados) pauta-se por princípios e valores. Os modelos principalista como o de Beauchamp and Childress caracteriza os princípios éticos que habitualmente são tidos em consideração na área da saúde em geral e nos cuidados à PSC em particular, nomeadamente, a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (McLeod, 2014).

Assim, na prática de cuidados, quer ao longo do percurso profissional, quer nos ensinamentos clínicos, perante uma determinada intervenção planeada como resultado de um diagnóstico formulado, procurou-se respeitar sempre o direito à liberdade de escolha (princípio da autonomia) ao esclarecer adequadamente os clientes e família acerca dos

cuidados a prestar, de acordo com a capacidade da pessoa para tomar decisões, certificando-se que a informação foi esclarecedora. Segundo Ponce (2015a), para respeitar este princípio é fundamental a pessoa compreender a informação que lhe é transmitida, as consequências clínicas da sua situação, ser capaz de ajuizar as diferentes alternativas diagnósticas e terapêuticas e de ter naturalmente capacidade de comunicar a sua decisão.

O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita, e constitui em si, a salvaguarda do respeito pela pessoa enquanto ser humano ao garantir que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos de compreensão, autorresponsabilização e de liberdade de escolha conforme descrito na Norma n.º 015/2013.

Contudo, a PSC, dada à complexidade e vulnerabilidade que apresenta, traduzindo-se muitas vezes em alterações do seu estado neuropsíquico ou pela existência de barreiras (necessidade de ventilação mecânica ou sedação), muito raramente conserva a sua capacidade para exercer o seu direito de autonomia (Ponce, 2015a). Nestas circunstâncias, procurou-se proteger e defender a pessoa das práticas que contrariam a lei e a ética, sobrepondo-se o princípio da beneficência (o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício) e da não maleficência (não causar dano), sem descuidar o princípio da justiça (equidade dos cuidados), através do consentimento presumido. A Norma n.º 015/2013 menciona que o consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa não tem capacidade para decidir e não está legalmente representada, sendo que, adiar qualquer cuidado pode pôr em risco a vida ou a saúde da pessoa. Nestas circunstâncias, deve prevalecer o dever de agir de acordo com os princípios da beneficência e da não-maleficência consagrados na ética da saúde.

Inerente ao código deontológico dos enfermeiros salvaguardado pela Lei n.º 156/2015, surge a responsabilidade profissional consagrada na alínea b) do Artigo 100.º em que o enfermeiro deve ser responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. A responsabilidade profissional foi concretizada através da prestação de cuidados alicerçados num agir ético e moral visando a redução dos erros, a segurança e a qualidade da assistência prestada.

Independentemente do tipo de intervenção, autónoma ou interdependente, o enfermeiro tem autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, o problema identificado, os benefícios, riscos e problemas potenciais que podem advir da sua implementação, atuando no melhor interesse da pessoa assistida conforme descrito no Parecer CJ 64/2017.

Salienta-se a administração de terapêutica, em que um erro pode ter consequências devastadoras para o cliente. Segundo o Parecer atrás citado do Conselho Jurisdicional da OE “A tomada de decisão relativamente à administração de qualquer fármaco implica que o enfermeiro decida com base em conhecimentos científicos coadjuvados através da sua prática; (...)” (p.1).

Assim, procurou-se na prática de cuidados conhecer a sua indicação, cuidados a ter na administração e eventuais efeitos secundários que podiam advir, sendo que, sempre que o estado de consciência do cliente o permitiu ou quando não se verificou risco iminente de vida, foi pedido previamente o seu consentimento, disponibilizando momentos para clarificação de dúvidas e ansiedades. Para tal, foi fundamental os momentos crítico-reflexivos proporcionados pelos enfermeiros tutores e restante equipa durante a realização das práticas clínicas, nomeadamente na gestão dos protocolos terapêuticos implementados na unidade de cuidados intensivos (UCI).

Quer na prática profissional diária, quer durante a realização dos estágios clínicos o respeito pela privacidade e confidencialidade do cliente e família foi sempre uma preocupação. Segundo o Artigo 106.º da Lei 156/2015 “O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (p.8). O dever de sigilo profissional surge como forma de preservar o direito à confidencialidade e privacidade. A OE (2015) ao referenciar Gavison considera a privacidade como “acessibilidade limitada”, resultado de três componentes, nomeadamente, o segredo (reserva de informação sobre uma pessoa), anonimato e isolamento (no sentido de inacessibilidade física a uma pessoa).

A defesa da privacidade e confidencialidade surge em vários documentos, como no Artigo 12.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Ninguém será sujeito à interferência na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

Nesta sequência, respeitou-se o dever do sigilo profissional ao assegurar a confidencialidade da informação oral ou escrita, obtida pelo próprio ou por terceiros, incluindo pessoas significativas ou profissionais de saúde, assim como, garantiu-se apenas a recolha de informação útil e pertinente para a elaboração do plano de cuidados, sendo que, a partilha desta informação só foi realizada com os profissionais implicados na execução do plano de cuidados.

Na realidade do SU, onde se pratica a atividade profissional, em que a sobrelotação dos espaços é uma constante, e a necessidade de rapidez na execução de um procedimento é frequente, nem sempre foi possível assegurar a privacidade física do cliente em todas as situações. Contudo, nas situações em que a intimidade do cliente esteve comprometida, recorreu-se aos meios disponíveis como os biombos ou espaços mais reservados para garantir que o pudor e privacidade eram salvaguardados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade a par do Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve revelar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, incrementar uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria, assim como, deve assegurar um ambiente terapêutico seguro.

A qualidade dos cuidados de saúde tem sido ao longo dos últimos anos uma das prioridades da DGS. Segundo o Despacho n.º 5613/2015 onde é apresentada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade em saúde diz respeito à “(...) prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551). O referido despacho, reforça ainda que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética que inequivocamente se traduz na redução dos riscos evitáveis, na melhoria do acesso aos cuidados de saúde e no respeito e equidade com que esses cuidados são prestados. O Plano Nacional de Saúde (PNS, 2015) enfatiza que

Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (p. 16).

O cidadão, como cliente, utilizador e proprietário do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o principal destinatário da estratégia de qualidade, mas também, engloba os profissionais de saúde independentemente do seu nível de atuação, desde a gestão, à coordenação e à operacionalização dos cuidados de saúde.

A qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, sendo esta uma prioridade dada pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que culminou na criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD) homologado no Despacho n.º 1400-A/2015.

De acordo com o Despacho n.º 9390/2021, a implementação do referido plano, incrementou a segurança do cliente no SNS, como resultado do aperfeiçoamento de questões específicas como a cultura de segurança, a identificação correta de doentes, a segurança cirúrgica, a prevenção de quedas e de úlceras de pressão, a segurança na utilização da medicação, a prevenção das IACS, assim como, a prática de notificação de incidentes de segurança.

O mesmo Despacho destaca que a DGS a par da importância da notificação de incidentes de segurança, criou ainda o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFIC@), que se juntou ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. e ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, I. P.

A experiência e os resultados obtidos com a execução do PNSD 2015 -2020, aliado às recomendações decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas (terceiro objetivo), assim como, do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 preconizado pela OMS, foram fatores determinantes para a realização do novo PNSD 2021-2026 homologado pelo Despacho n.º 9390/2021, que tem como objetivo

(...) consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (p. 97).

O reconhecimento da qualidade dos cuidados de saúde no SNS de acordo com padrões nacionais e internacionais predefinidos, representa uma prioridade do Ministério da Saúde (MS), que tem como foco essencial, por um lado, ganhar a satisfação e confiança dos cidadãos, e por outro lado, promover o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados, incrementando a eficiência com consequente redução dos custos que a não qualidade acarreta (SNS, 2017).

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, adotou o Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Modelo ACSA International) como modelo de certificação para as Instituições do SNS, por ser considerado o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, sendo que, o processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da DGS (DGS, 2022).

O Modelo de Certificação do Ministério da Saúde tem como objetivo reconhecer a qualidade das instituições prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho

voluntário na melhoria contínua, reforçando a cultura de qualidade e segurança que se deve estender a todo o SNS (DGS, 2022).

Não obstante, o HNM do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) onde se exerce a atividade profissional e onde se realizou as práticas clínicas, iniciou o seu programa de acreditação de acordo com o Modelo ACSA em fevereiro de 2015. De salientar, que o SMI onde decorreram os estágios de cuidados intensivos e de opção é uma das unidades acreditadas pela referida instituição, com certificação de Nível Bom desde janeiro de 2017 (SESARAM, s.d.).

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da OE encarou como um desafio a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que desde então integram um instrumento não só com potencial para promover a melhoria contínua da qualidade, mas também para refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Nesse contexto, foram apresentadas seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Para Ribeiro et al. (2017), os padrões de qualidade indicam à população o que pode esperar em termos de cuidados de enfermagem, e aos enfermeiros, o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer em prol de um exercício profissional de qualidade.

Como tal, em cada área de especialização, foram definidos padrões de qualidade relativos aos cuidados especializados, com propósito de servirem de referenciais para prática especializada. No caso da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a abrangência desta, estes foram definidos de acordo com as quatro áreas: enfermagem à PSC, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação peri-operatória e à pessoa em situação crônica (Ribeiro et al., 2020).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, descritos no Regulamento n.º 361/2015 para além de ter em conta os já mencionados, preconiza ainda a prevenção e controlo da IACS.

Loureiro e Charepe (2018) destacam o papel do enfermeiro como um fator determinante na satisfação do cliente durante a sua experiência hospitalar afirmando que “A satisfação do cliente é um indicador valioso da qualidade em saúde e em particular da qualidade dos cuidados de enfermagem” (De Freitas et al., 2016, p. 10).

Tratando-se a satisfação de um conceito multidimensional, que envolve diferentes dimensões e condicionantes (De Freitas et al., 2016; Loureiro & Charepe, 2018), “a

satisfação é mencionada como uma percepção individual que confronta as expectativas com as experiências de cuidados efetivamente recebidas” (Loureiro & Charepe, 2018, p.24).

De Freitas et al. (2016) ao fazerem referência a Pereira et al., Ribeiro e Silva salientam que as dimensões mais valorizadas para a satisfação dos clientes são as competências técnicas e científicas; as competências relacionais e de comunicação; e a continuidade e organização dos cuidados.

O modelo de avaliação da qualidade dos cuidados desenvolvido por Donabedian baseado em três componentes (estrutura, processo e resultado), tem servido como referência na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem e da satisfação dos clientes com os cuidados recebidos. A estrutura diz respeito ao ambiente onde são realizados os cuidados, nomeadamente: instalações, recursos materiais e humanos, organização e segurança dos serviços, clima relacional/organizacional (De Freitas et al., 2016). Jesus et al., (2015) ao referenciar Aiken et al. e Estabrooks et al., enfatizam que ambientes de prática de enfermagem mais favoráveis traduzem melhores resultados nos doentes, “(...) nomeadamente ao nível da segurança, com menos quedas, menos erros de medicação, menos úlceras de pressão, menos infeções relacionadas com os cuidados de saúde” (p.28). O processo relaciona-se com as intervenções desempenhadas pelos enfermeiros. Já o resultado, refere-se à satisfação das necessidades dos clientes (De Freitas et al., 2016). Podemos assim afirmar, que a satisfação do cliente é condicionada pela estrutura e pelo processo, sendo que ambas podem se traduzir em práticas mais favoráveis para os doentes (Jesus et al., (2015). Segundo De Freitas et al. (2016) ao referenciar Porter et al. “(...) conhecer a satisfação dos clientes permitirá alinhar a estratégia da organização com as necessidades dos clientes, criando ganhos para os diferentes *stakeholders* (p.15).

Ao longo do trajeto profissional, assim como, durante os ensinamentos clínicos a satisfação do cliente foi uma preocupação diária. De Freitas et al. (2016) ao referenciar Ferreira afirmam que “(...) a qualidade do cuidado depende em grande medida da qualidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente” (p.15). Como tal, no âmbito da componente do processo, para além do rigor técnico e científico exigido na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente, procurou-se estabelecer uma relação empática, respeitando e valorizando as suas crenças, valores, capacidades e desejos de índole individual e envolvendo, sempre que possível, o mesmo e respetiva família/ pessoa significativa no plano de cuidados, explicando a necessidade dos mesmos e disponibilizando tempo para esclarecer dúvidas e minimizar ansiedades. Isto, no sentido de minimizar o

impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pela necessidade de cuidados de saúde.

Em relação aos cuidados de qualidade relacionados com a estrutura, o SU Polivalente onde se pratica a atividade profissional, reúne as condições em termos de áreas recomendadas, como relatado pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012) que inclui:

(...) área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais. Deverá haver acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso dos SUMC e SUP, também a bloco operatório (p.14).

Porém, verifica-se diariamente que esta estrutura não reúne as condições em termos de espaço para dar resposta ao elevado número de clientes que recorrem ao SU diariamente. Há que realçar, que um dos fatores responsáveis pelo agravamento da falta de espaço e de qualidade aos clientes com situações clínicas urgentes e emergentes, prende-se com o facto de muitos dos meios (recursos humanos, materiais e organizacionais) continuarem, persistentemente, a serem desviados inadequadamente para o atendimento de clientes não urgentes.

Outra realidade dos SU no geral, mas em particular do SU do HNM, e que em muito contribui não só para a insatisfação dos clientes, mas também dos profissionais de saúde, é o facto de muitos clientes com necessidade de internamento permanecerem nos corredores do SU numa maca a aguardar vaga na enfermaria. Realçando o relatado pela CRRNEU (2012) “O doente não deverá ter a sua estadia no SU prolongada por indisponibilidade de camas em internamento nem o SU deverá conter um setor de internamento, declarado ou mascarado, para obviar esse problema” (p.14). Para ultrapassar tal problema, sugere-se a utilização de metodologias de gestão de camas, tal como se vivenciou no SU do Addenbrooke’s Hospital em Cambridge, havendo escrutínio, em tempo real, do controlo de camas, sendo que a aceitação e transferência do cliente não demanda observação obrigatória pela especialidade no SU, contribuindo para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo da prática clínica, foram diversos os cuidados prestados com o intuito de fomentar a segurança e a qualidade, considerando os padrões de qualidade definidos pela OE e pelo PNSD. Destaca-se o cuidado em assegurar a correta identificação dos clientes em

qualquer momento da prestação de cuidados, em especial no posto de triagem, em que a colocação da pulseira de identificação é da responsabilidade do enfermeiro triador.

Outros aspetos tidos em consideração foi a avaliação do risco de úlcera por pressão e do risco de queda. Segundo a Orientação da DGS n.º 017/2011, as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento das mesmas, resulta em sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos clientes e seus cuidadores, podendo levar à morte. A mesma, acrescenta que a identificação precoce do grau de risco e implementação de estratégias de prevenção pode evitar 95% das úlceras por pressão. Para tal, procurou-se avaliar o risco de úlcera por pressão nas primeiras seis horas após admissão do cliente recorrendo à Escala de Braden, e procedendo à sua reavaliação de acordo com o grau de risco obtido, sendo que, no âmbito dos cuidados intensivos a reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, foi realizado de 24/24 horas de acordo com a Orientação atrás referida. Implementaram-se ainda medidas que visaram a prevenção e tratamento (colocação do colchão de pressão alterna, o aumento da alternância de decúbitos ou a implementação do regime dietético).

Segundo a Norma n.º 008/2019 da DGS, em Portugal a ocorrência de quedas em contexto hospitalar representa um problema grave que pode resultar em “(...) danos físicos ligeiros ou que podem resultar em hemorragias intracranianas, aumento do tempo de internamento ou morte, danos psicológicos, declínio funcional, prolongamento do internamento e aumento de custos” (p.9). De acordo com o sistema nacional de notificação de incidentes (Notific@), 21% do total de incidentes notificados são referentes a quedas o que exige a implementação de medidas preventivas imediatas desde o momento de admissão.

A escala para avaliação do risco de queda adotada pelo SESARAM, é a Escala de Quedas de Morse (versão portuguesa) composta por seis fatores de risco, o que corrobora com a Norma n.º 008/2019 da DGS. O resultado da pontuação determina três grupos de risco: Baixo risco (0-24), risco moderado (25-50) e alto risco (≥ 51), o que se repercutirá em medidas específicas a serem implementadas no plano de cuidados para cada risco detetado. Para tal, teve-se em conta a preocupação em orientar o cliente no tempo e espaço, em monitorizar o estado de consciência, em manter a elevação das grades e a altura da maca na posição mais baixa e travada, em colocar o cliente sob um campo visual mais próximo da equipa de enfermagem. Destaca-se ainda a participação como colaboradora no SU na prevenção de quedas inserido no projeto do Risco Clínico da instituição, participando e orientando a equipa na sua atuação perante o incidente.

Ainda em consonância com a qualidade contínua dos cuidados, destaca-se a implementação de medidas inerentes à prevenção de IACS preconizadas pelo Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do SESARAM, nomeadamente na gestão da pandemia por SARS CoV2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2). Segundo o Procedimento GCPPCIRA.PRO.034 a transmissão do vírus ocorre através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas durante a tosse, espirros ou fala, as quais podem ser inaladas ou pousar na boca, no nariz ou nos olhos de pessoas que estão próximas. Pode igualmente conduzir à transmissão, o contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com SARS-CoV2 e em seguida, o contacto com a boca, nariz ou olhos. Esta transmissão toma maior relevo durante procedimentos, tais como: reanimação cardiorrespiratória, ventilação manual com insuflador, entubação orotraqueal, ventilação não invasiva, nebulização e broncofibroscopia.

Neste sentido, salienta-se o rigor na implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), nomeadamente na correta utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), assim como, da supervisão e orientação de outros elementos da equipa multidisciplinar na sua colocação e remoção, no reforço da higienização das mãos e da etiqueta respiratória. Como enfermeira triadora, evidencia-se o papel fundamental na pré-triagem na aplicação rigorosa do Questionário de Avaliação do Risco e Detecção precoce para COVID-19, orientando o cliente caso negativo para o circuito “não COVID-19” e caso o questionário fosse positivo para o circuito “COVID-19” denominado nesta instituição por Triagem Avançada, contribuindo assim para a quebra de cadeias de transmissão e segurança dos cuidados.

Ainda sobre a temática da prevenção de IACS, teve-se em conta os feixes de intervenção, no que respeita à Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), à Prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) associada a Cateter Vesical e à Prevenção da Infecção Associada ao CVC preconizadas pelo GCPPCIRA do SESARAM.

Em relação à segurança dos cuidados não se pode deixar de evidenciar a importância do papel do enfermeiro na administração da terapêutica. Segundo Freitas et al., (2017) ao referenciar Forte, Machado, Pires e Melo et al., os erros de medicação estão entre os eventos adversos mais frequentes na prestação de assistência à saúde, sendo que, na sua maioria, poderiam ter sido evitados. Neste sentido, o conhecimento em farmacodinâmica e farmacocinética de cada medicamento possibilita o senso crítico do enfermeiro sobre o seu

uso consciente, com conseqüente redução dos índices de erros e complicações associadas a este procedimento.

O conhecimento, compreensão e gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos específicos do contexto de cuidados intensivos, constituiu uma preocupação ao longo das práticas clínicas e revelou-se de extrema importância ao proporcionar aquisição de novos conhecimentos, contribuindo para a tomada de decisão fundamentada e segurança na sua administração.

Em relação ao domínio da gestão de cuidados, segundo o Regulamento n.º 140/2019 o enfermeiro especialista deve: “a) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4745).

A gestão dos cuidados de enfermagem ocorre por meio de um exercício contínuo de fazer escolhas e elaborar planos de cuidados para colocar determinada intervenção em prática. Envolve a avaliação da situação clínica do cliente, que se repercute nas intervenções a serem implementadas, assim como, na delegação de tarefas, preparação dos diferentes procedimentos aos quais o cliente é submetido e à previsão dos materiais e recursos necessários à prestação de cuidados (Dos Santos et al., 2013).

Procurou-se, durante as práticas clínicas oportunidades de aprendizagem colaborando e prestando cuidados de enfermagem à PSC com diferentes patologias. Na gestão de cuidados de enfermagem, discutiu-se a individualização do plano de cuidados e refletiu-se sobre a adequação dos focos, dos diagnósticos e das intervenções segundo uma perspectiva académica avançada, com base na construção de um pensamento crítico reflexivo, correlacionando com a evidência científica. Segundo Benner (2005) “A vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente” (p.105).

Sendo assim, o planeamento de intervenções inerentes ao cuidado especializado da PSC, exigiu um aprofundamento dos conhecimentos sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de cada situação específica, assim como, implicou o desenvolvimento de competências específicas no âmbito do domínio dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Estes conhecimentos foram cruciais para estruturar e dar suporte à aplicação da metodologia do processo de enfermagem com vista ao planeamento de intervenções e a um processo de tomada de decisão especializado e fundamentado, tendo por base o estabelecimento de prioridades, respondendo de forma pronta e antecipatória aos focos de instabilidade.

Constatou-se que o enfermeiro chefe e o enfermeiro responsável de equipa, em contexto de cuidados intensivos, tem um papel fundamental no suporte ao processo de tomada de decisão, acessória e supervisão das tarefas delegadas aos enfermeiros e à equipa garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Dos Santos et al. (2013) enfatizam que “O enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e pela organização de um ambiente que favoreça e potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem” (p.260). Os mesmos autores acrescentam que liderar implica uma atitude proativa na relação com equipa e de tomar decisões, sem imposição do poder, valorizando o trabalho em equipa.

Neste domínio, destaco a importância da coordenação e da distribuição dos recursos humanos disponíveis, de acordo com as necessidades dos cuidados de forma a otimizar o trabalho da equipa, assim como, em assegurar os recursos materiais necessários à prestação de cuidados. A gestão dos recursos materiais envolve o planeamento, supervisão e avaliação com vista a assegurar a quantidade e qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem as suas atividades sem riscos para si próprios e para os clientes, promovendo a qualidade contínua dos cuidados (Dos Santos et al., 2013).

O Regulamento n.º 743/2019 enfatiza que “A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (...)” (p. 128). O mesmo regulamento, recomendada no âmbito dos cuidados intensivos a utilização de rácios enfermeiro/cliente de acordo com a classificação da tipologia das UCI adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (SPCI).

O SMI onde foram realizados os estágios clínicos, corresponde a uma UCI de nível III, polivalente, que se caracteriza por possuir recursos humanos especializados, constituída por uma equipa médica e de enfermagem própria e com um médico intensivista em presença física durante 24 horas por dia, permitindo o acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários (MS, 2013). Neste caso, o Regulamento n.º 743/2019 recomenda um rácio de enfermeiro/cliente de 1/1, sendo igualmente recomendado que a constituição da equipa por cada turno, seja composta por 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), preferencialmente na área da Enfermagem à PSC.

Constatou-se que tal nem sempre foi possível devido à falta de recurso humanos e devido ao aumento do número de camas como resultado da pandemia que atravessamos, desafiando, diariamente, a mobilização de competências de gestão por parte do enfermeiro chefe ou dos responsáveis de equipa. De destacar que, dos 70 enfermeiros que compõem a

equipa, vinte e nove são EEMC, quatro são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um é Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Apesar da equipa ainda não perfazer os 50% de EEMC como recomendado pela OE, verificou-se que a maioria dos restantes enfermeiros são peritos, com vários anos de experiência no âmbito de cuidados intensivos.

Para Rivas et al. (2018) a elevada carga de trabalho em contexto de cuidados intensivos pode ser um fator propenso à ocorrência de incidentes durante o processo de cuidados, como resultado da redução da monitorização de alguns clientes e da supervisão do pessoal técnico.

Constatou-se que os responsáveis de equipa, na melhor gestão dos recursos humanos disponíveis, tinham a preocupação de se apoiar no sistema de classificação de doentes, utilizado no SMI denominado por Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), para distribuir os clientes por cada enfermeiro consoante as reais necessidades de cuidados.

O sistema de classificação TISS-28 é uma ferramenta eficaz e prática que permite medir e quantificar a carga de trabalho de enfermagem de uma unidade ou serviço. Apesar de poder ser usado como um indicador de gravidade, veio a revelar-se fundamental em todo o mundo para calcular o número de enfermeiros necessário de acordo com a classificação do cliente e o tipo de intervenção (Rivas et al., 2018).

A Pontuação TISS-28 sustenta que um ponto é igual a 10,6 minutos num turno de 8 horas, o que significa que, quanto maior for a pontuação, o enfermeiro consumirá mais tempo na prestação de cuidados (Rivas et al., 2018). Rivas et al. (2018) ao referenciarem Maistam e Lind afirmam que o valor médio da pontuação de trabalho para um enfermeiro experiente num turno de 8 horas é de 45.

Contudo, o Regulamento n.º 743/2019 alerta que o cálculo da dotação de enfermeiros não se deve limitar ao número de horas de cuidados despendidos por cliente e por dia, ou a tempos médios empregues em determinados procedimentos. Internacionalmente, é consensual, que a definição de um rácio apropriado deve ainda considerar as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar.

Já num estudo realizado em Portugal em 2013-2014, que teve como objetivo “Descrever a perceção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes de prática de enfermagem e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais”, demonstrou que entre outras variáveis, a “adequação de recursos humanos e materiais” representa a componente mais

crítica da qualidade dos ambientes de prática, requerendo uma especial atenção (Jesus et al., 2015, p.26). Jesus et al. (2015) reforçam ao referenciar Aiken et al. que “(...) o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efetivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis” (p.41).

No que concerne à atividade profissional, a composição da equipa de enfermagem que está destacada para a sala de emergência (SE), é composta por três enfermeiros, que estão igualmente destacados para outras áreas de prestação de cuidados, sendo que, o *team leader* é sempre um EEMC, contudo, os restantes dois elementos podem ou não ser especialistas, dada à escassez de recursos humanos especializados por turno, no entanto, o Regulamento n.º 743/2019 recomenda “(...) que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala SE e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (p. 144).

Em contexto de urgência e emergência é fundamental o estabelecimento de prioridades de acordo com a situação clínica de cada cliente. Salienta-se a preocupação da priorização aos clientes encaminhados para a SE (sempre que destacada como elemento da equipa ou quando solicitada pelo responsável de equipa), sem, no entanto, deixar de referenciar os clientes atribuídos previamente a outro colega. Considera-se que a gestão dos cuidados em contexto de emergência deve contemplar uma boa coordenação da equipa, colaboração nas decisões do *team leader*, mas também, por garantir previamente que todo o material e equipamento está operacional.

Numa situação de emergência é consensual a importância de uma abordagem sistemática para avaliar e tratar qualquer vítima, quer seja do foro médico ou cirúrgico. Procurou-se assim, na avaliação primária, proceder de acordo com nomenclatura de atuação reconhecida internacionalmente - ABCDE (A-Via Aérea, B-Respiração, C-Circulação, D-Disfunção neurológica e E-Exposição) que “(...) é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE” (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020, p.27). Isto corrobora com o Manual do Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) (2021) e com o European Trauma Course (s.d.) que recomenda a avaliação primária imediata, com vista à identificação e controlo de qualquer risco eminente de vida, estabelecendo a sequência ABCDE como referência, em que à via área acrescenta a imobilização cervical e à circulação dá relevo ao controle da hemorragia.

Dado à afluência significativa de clientes no SU, como enfermeira triadora, salienta-se a importância da Triagem de Manchester enquanto ferramenta de apoio à gestão do risco clínico. Esta permite estabelecer critérios de prioridade perante os sintomas, o encaminhamento precoce do cliente em caso de urgência ou emergência e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, como referido na Norma n.º 002/2015 da DGS.

O Parecer n.º 23/2015 no âmbito da triagem de prioridades, refere que “Uma avaliação precisa e rápida é um primeiro passo essencial para uma boa gestão do serviço” (p.2). Considera-se, portanto, ser fundamental que o enfermeiro que realiza a triagem seja capaz de mobilizar um vasto corpo de conhecimentos e habilidades em urgência e emergência que, embora apoiado nos algoritmos de decisão, lhe permita uma avaliação sistemática precisa e uma tomada de decisão segura e fundamentada. Tal vai ao encontro do Regulamento n.º 743/2019, que recomenda que o posto de triagem de prioridades do SU deva ser assegurado, preferencialmente, por EEMC, na área à PSC.

Considera-se ainda, no que respeita à gestão de cuidados, que o encaminhamento das situações clínicas na triagem de acordo com a área de especialidade, representa uma mais-valia na garantia da qualidade e segurança dos usuários, ao facilitar o acesso célere à observação adequada, despoletando ganhos em saúde e redução nos tempos de espera e de permanência no SU, como referido na Norma n.º 002/2015.

No que respeita ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 determina que o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, assim como, deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Inerente ao processo de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista, independente da sua área de atuação, está o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, como ferramenta essencial para garantir práticas seguras e de qualidade, baseadas nas mais recentes evidências. Segundo Branco et al. (2020) “A prática baseada na evidência consiste na utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada paciente” (p.2).

Atendendo à alínea c) do Artigo 109º referente à Lei n.º 156/2015 o enfermeiro deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

Ao longo do trajeto profissional, teve-se o interesse pela aquisição de novos conhecimentos capazes de auxiliar e fundamentar o processo de tomada de decisão, nas áreas de maior necessidade de formação. A formação e o desenvolvimento profissional ao longo da vida surgem como um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade e do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos cuidados prestados (OE, 2016).

Dado ao interesse na área de urgência e emergência, em particular da PSC, foram várias os cursos e ações de formação que se frequentou ao longo dos anos, com o intuito de desenvolver uma prática que permitisse dar uma resposta mais adequada, face às necessidades da pessoa e família.

Salienta-se a realização do “Ciclo de Estudos de Enfermagem na Urgência”, o Curso de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) e respetivas recertificações. Destaca-se ainda a realização do “Curso de Emergência Pré-Hospitalar, o “Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar”, assim como, o curso de formação profissional “*FCCS – Fundamental Critical Care Support*”. No que se refere à formação em serviço, participou-se em várias ações de formação das quais saliento: “Ação de Divulgação em Triagem de Prioridades na Urgência”; “Informatização clínica do Serviço de Urgência”; “Ventilação Não Invasiva”; “Via Verde para a Sepsis”.

A realização do “Curso de Formação Profissional: *General English* (Inglês Geral)” foi preponderante para a decisão de dar continuidade ao desenvolvimento pessoal e profissional no exterior, o que resultou numa experiência única e extremamente enriquecedora de cerca de quatro anos no Cambridge University Hospital – Addenbrooke’s Hospital, inicialmente num serviço de apoio ao SU denominado de Medical Short Stay – Emergency Unit, tendo sido transferida posteriormente, para o SU da mesma instituição, reconhecido internacionalmente como um centro de trauma de referência no Reino Unido.

Durante a permanência no Addenbrooke’s Hospital realizou vários cursos e ações de formação, nomeadamente: “Ward-based Acute care Scenario Training”; “The Nursing Role in Major Trauma” e o “Immediate Life Support Course”.

Mais recentemente, na procura pela excelência profissional e desenvolvimento de competências de EEMC, realizou o Curso “Medical Response to Major Trauma Incidents (MRMI)”, “Curso de Triagem de Prioridades na Urgência” e o “Curso de Suporte Avançado de Vida em Queimados”. No âmbito da formação realizada na Unidade Curricular de Enfermagem em Urgência e Emergência durante o Curso de Mestrado, frequentou com aproveitamento o Curso de Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática

Externa (DAE), tornando-se operacional oficial de dispositivos de DAE reconhecido pelo Serviço Regional de Proteção Civil da RAM (SRPCRAM) e ainda participou no “World Sepsis Congress 2021”, promovido pela Global Sepsis Alliance.

Considera-se que a formação contínua, tem-se revelado determinante para o desenvolvimento de conhecimento novo e para uma prática mais assertiva e especializada, baseada na mais recente evidência.

De referir ainda, a realização do curso de formação para formadores, o que possibilitou a participação como co-formadora em cursos de SBV, Reciclagem de SBV e Suporte Avançado de Vida (SAV) ministrados no núcleo de formação do SESARAM, contribuindo para a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências de outros profissionais.

No mesmo sentido, colaborou como Enfermeira de Referência, supervisionando, orientado, identificando necessidades formativas e avaliando na prática clínica alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

No SU do HNM identificou-se a necessidade de uma uniformização de procedimentos na ativação da VVS aquando da realização da triagem. Segundo a Norma n.º 002/2015 emanada pela DGS, todos os hospitais e SU devem implementar e ter em funcionamento a VVS. Apesar desta via verde estar implementada, a sua ativação implica por parte do enfermeiro triador o conhecimento sólido dos critérios específicos de ativação da mesma, verificando-se, muitas vezes, dúvidas perante as manifestações clínicas do cliente. Deste modo, com base na Norma n.º 010/2016, elaborou-se um fluxograma de “Ativação da Via Verde da Sépsis na Triagem” (Apêndice A) que poderá ser consultado em suporte de papel e informático, por forma a auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro.

Neste capítulo procurou-se explicar através de uma análise crítico-reflexiva, algumas das atividades e conhecimento desenvolvido, não só nas práticas clínicas, mas também, ao longo do trajeto profissional, que foram essenciais à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica

As competências específicas em enfermagem, surgem como resultado das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas de acordo com a sua área de atuação, como consta no Regulamento n.º 140/2019.

Segundo Lopes et al. (2018) a evidência empírica tem vindo a demonstrar o impacto positivo que a especialização em enfermagem acarreta, ao se traduzir em ganhos em saúde para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e em ganhos para os profissionais de saúde com melhoria dos índices de satisfação e retenção.

Como já mencionado, dada à vasta abrangência da EEMC no que se refere à necessidade de cuidados especializados em diferentes áreas, o Regulamento n.º 429/2018 define competências específicas em quatro áreas de atuação: “(...) área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica” (p. 19359).

Quando especificamos a enfermagem à PSC, o mesmo regulamento define no Artigo 3.º as seguintes competências específicas:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (p. 19359).

Neste subcapítulo, pretende-se explicar como foram adquiridas as competências na vertente da PSC, não só no decorrer do curso de mestrado, mas também, ao longo do trajeto profissional.

Num SU Polivalente, a prestação de cuidados à pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma realidade constante. Os cuidados de enfermagem prestados neste âmbito, devem ser altamente qualificados, prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando

incapacidades, tendo em vista a recuperação total, como consta no regulamento atrás mencionado.

Como enfermeira do SU polivalente há cerca de 15 anos, foram inúmeras as experiências que, ao longo dos anos contribuíram para o desenvolvimento de habilidades profissionais específicas no cuidado à PSC e respetiva família/cuidador. Benner (2005), com o seu modelo de aquisição de competências, demonstra que as competências para a excelência das práticas dos cuidados, decorre da perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. Segundo a mesma autora, o enfermeiro perito “(...) tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p.54).

Um SU polivalente corresponde ao nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência (CRRNEU, 2012), assegurando, portanto, cuidados de saúde a pessoas com uma ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico, ou traumático e com diferentes níveis de gravidade. Deste modo, este tem permitido que o desenvolvimento de conhecimentos e a construção de competências se consolide a partir de um vasto leque de experiências.

O diagnóstico e o tratamento precoce por exemplo do AVC, dependem da capacidade da própria pessoa em recorrer ao SU diretamente ou em contactar o número de emergência, no menor curto espaço de tempo depois do início dos sintomas, mas também, da capacidade do enfermeiro na triagem em reconhecer precocemente os sinais e sintomas e ativar as Via Verde do AVC (VV-AVC) (Pereira et al., 2017).

De acordo com Falcão et al. (2015), o AVC é a urgência médica do sistema nervoso central mais frequente, sendo que, no caso do AVC isquémico e da hemorragia subaracnoideia se o diagnóstico for atempado e o tratamento instituído de imediato, respetivamente a trombólise até 4,5 horas após o início dos sintomas no caso do AVC isquémico e no caso da HSA o tratamento com técnica endovascular ou cirúrgica, pode ser potencialmente efetivo. Pereira et al. (2017) ao referenciar Delfim et al., acrescentam que o AVC é uma emergência médica, onde o tempo assume um ponto crítico no tratamento precoce.

Assim, no posto de triagem, atuou-se de acordo com o Protocolo n.º 001 referente à ativação da VV-AVC no SU do HNM, avaliou-se o cliente com rigor, rapidez e eficácia, através da observação e colheita de dados, de forma sistémica e sistematizada visando a identificação precoce dos sinais e sintomas. Para tal, teve-se em conta qualquer sinal

neurológico (desvio da comissura labial, diminuição da força muscular num membro ou dificuldade na fala), assim como, avaliou-se o início dos sintomas (num período igual ou inferior a 6 horas) e ausência de dependência prévia. Uma vez confirmados os critérios de inclusão, segundo a respetiva norma, ativou-se a VV-AVC e o cliente foi acompanhado e transferido para a SE. Pereira et al. (2017) reforçam que as doenças cerebrovasculares representam uma das principais causas de morte e a principal causa de incapacidade psicomotora nas pessoas idosas. Considera-se que esta avaliação precisa, tem sido fundamental como estratégia para minimizar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento da pessoa com AVC, assegurando uma intervenção em tempo útil e prevenindo o risco de sequelas e complicações.

Reconhece-se que a capacidade, desenvolvida ao longos dos anos, de observar e avaliar o cliente, de detetar precocemente complicações ou focos de instabilidade, de estabelecer prioridades, de responder prontamente a cada situação, tem sido essencial para assegurar uma avaliação rápida, segura e eficiente no momento da Triagem de Manchester, o que se coaduna com o recomendado com o Grupo Português de Triagem (GPT, 2021), que afirma que

É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, **pelo menos seis meses**, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.

A aquisição de competências no cuidado à pessoa em situação urgente ou emergente teve particular ímpeto em determinadas áreas do SU, nomeadamente na SE, no Serviço de Observação (SO) e na Unidade de Cuidados Especiais da Urgência (UCEU). Benner (2005) refere que “O contexto e as significações inerentes às situações clínicas, influenciam fortemente as competências da perita” (p. 56).

A SE do SU onde se exerce atividade profissional, constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem, tratamento e observação da pessoa em situação urgente ou emergente (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019). Ferreira et al. (2020) ao fazerem referência à DGS clarificam o conceito de urgência como “o “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”, e o conceito de emergência referente a todas as “situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p. 2).

Como referido anteriormente, a equipa de enfermagem que está destacada para a SE é constituída por três elementos aos quais é atribuída a função de A, B ou C. Estas funções podem ser consultadas no manual de qualidade do SU e têm como objetivo a uniformização e sistematização de procedimentos de enfermagem nas situações de urgência e emergência na SE do HNM. Isto vai ao encontro ao defendido por Ferreira et al. (2020) que ao fazerem referência a Massada, afirma que o trabalho na SE é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, o papel de cada um deve estar definido e as suas responsabilidades sob a coordenação de um elemento.

A função do elemento A, passa pela coordenação da equipa de enfermagem (*Team Leader*) e é assumida atualmente por um EEMC. Este elemento fica à cabeça do cliente, estabelecendo prioridades na abordagem à via aérea, respiração e avaliação neurológica. Destaca-se a colaboração na entubação orotraqueal, sendo a voz de comando nas mobilizações e transferências. Assume ainda, a responsabilidade de selecionar o enfermeiro para acompanhar o cliente aos exames complementares de diagnóstico, assegura o registo completo das intervenções de enfermagem e garante que a sala está reposta e preparada para uma próxima emergência. A função do elemento B passa pela abordagem à circulação e exposição, assegurando a monitorização, colheita de sangue para análises, introdução de cateteres venosos periféricos, administração de terapêutica, pesquisa lesões de concomitantes e entre outras funções colabora com a equipa médica na colocação de CVC, Linha arterial (LA) ou drenos torácicos. Já ao elemento C corresponde a função de circulante, assistindo o elemento A e B, por exemplo na preparação da terapêutica de emergência, assegura a correta identificação dos tubos das análises e garante o seu envio ao laboratório e banco de sangue, colabora na preparação do material para os procedimentos inerentes à situação clínica do cliente, assim como, estabelece a ligação com a família/cuidador.

Ao longo da permanência neste SU, já se assumiu qualquer uma das funções atrás referidas nas mais variadas situações de urgência e emergência, nomeadamente, em situações de Paragem Cardiorespiratória (PCR), trauma, intoxicações, insuficiência respiratória, grandes queimados e nas vias verdes. Nos primeiros anos, predominantemente como elemento B e C e posteriormente, com o decorrer da experiência profissional como elemento A. “Experiência” esta, que segundo Benner (2005) ao referenciar Gadamer e Benner e Wrubel “(...) não faz só referência à passagem do tempo, trata-se antes de melhorar teorias e noções preconcebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (p. 57). Atualmente, e uma vez que o

serviço assegura um EEMC como o elemento A, as funções têm se cingido à função do elemento B e C.

Acredita-se que o investimento na formação contínua abordada no subcapítulo anterior, aliado à praxis profissional em contexto de SU, caracterizado por ser um ambiente de grande imprevisibilidade e de stress, em que o ritmo de trabalho é muito acelerado e determinados cuidados são tempo-dependentes, o mesmo que é dizer, que todos os minutos contam (Ferreira et al., 2020), muito tem contribuído para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas no processo de tomada de decisão e eficiência na sistematização do trabalho em equipa em situações complexas de doença crítica. Para Benner (2005) “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 57).

Em contexto hospitalar, a PCR não é por norma um acontecimento súbito e inesperado, em cerca de 80% dos casos resulta de uma deterioração progressiva do cliente com sinais de agravamento que se traduzem em insuficiência respiratória com hipoxemia, hipotensão e alteração do estado neurológico e que passam muitas vezes despercebidos ou que não respondem ao tratamento instituído (Soar et al., 2021; INEM, 2020).

Considera-se que ao longo da praxis profissional, através do método de trabalho por enfermeiro responsável, desempenhou-se um papel essencial na monitorização, reconhecimento e alerta de pessoas em risco de PCR e na resposta imediata e antecipatória a focos de instabilidade. Para tal, recorreu-se à metodologia do processo de enfermagem, como instrumento vital para a planificação dos cuidados perante situações de extrema complexidade que exigiram uma intervenção dinâmica, rigorosa e individualizada. Para além de integrar e organizar o trabalho, o processo de enfermagem garante a continuidade dos cuidados, permite avaliar a eficácia das intervenções implementadas e se necessário modificá-las, de acordo com os objetivos estabelecidos para a recuperação do cliente (Doenges et al., 2014).

Na presença de focos de instabilidade sugestivos de débito cardíaco comprometido, nomeadamente, alteração súbita do estado de consciência, com confusão ou coma, agravamento da dificuldade respiratória com hipoxemia, hipotensão, ausência de pulsos periféricos, extremidades frias com sinais de hipoperfusão periférica e oligúria associado a alterações metabólicas (acidose), assegurou-se a transferência do cliente para uma área com condições para SAV, nomeadamente, a SE ou SO, por forma a garantir a sua estabilização.

Trabalhou-se em equipa e colaborou-se na avaliação do cliente de acordo com a avaliação sistematizada ABCDE, priorizando as intervenções de acordo com as alterações observadas em cada etapa da mesma. Constatou-se que a identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial permitiu, muitas vezes, evitar a evolução da situação clínica do cliente para PCR, sendo que, uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme, foi primordial para melhorar o trabalho de equipa (INEM, 2020).

Nas situações em que a situação clínica do cliente evoluiu para PCR, colaborou-se nas manobras de SAV de acordo com as últimas *guidelines* emanadas pelo ERC. Considera-se que, num contexto de emergência como o de PCR, é crucial a antecipação de um conjunto de ações prováveis, como sejam a abordagem da via aérea, a preparação para desfibrilhação caso indicado, a inserção de um acesso venoso ou a preparação de fármacos (p. ex.: adrenalina, amiodarona).

Os ritmos inerentes à PCR dividem-se em dois grandes grupos:

- 1) Ritmos desfibrilháveis: Fibrilhação ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular sem pulso (TVsp)
- 2) Ritmos não desfibrilháveis: Assistolia e a Atividade Elétrica sem pulso (AEsp) (Soar et. al, 2021; INEM, 2020).

O que diferencia a atuação perante cada grupo, relaciona-se com a desfibrilhação imediata em caso de FV ou TVsp e com administração de Adrenalina assim que possível nos ritmos não desfibrilháveis (Soar et al., 2021; INEM, 2020).

Durante as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), existe um conjunto de procedimentos que devem ser priorizados de forma sequencial, no entanto, dependendo do número de elementos que compõem a equipa, essas manobras podem ser executadas em simultâneo (INEM, 2020). Assim, perante uma PCR garantiu-se o início das compressões torácicas de qualidade sem perda de tempo a um ritmo de 100 a 120 compressões/ minuto, sem, no entanto, atrasar a desfibrilhação precoce quando indicada. Segundo o INEM (2020), “Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevida até 50-70%”.

Nas situações, em que se ficou responsável pela abordagem da VA, procedeu-se à sua permeabilização com o auxílio de adjuvantes básicos da VA e promoveu-se a ventilação numa relação de compressões-ventilação de 30:2, assegurando a administração de oxigénio a 15l/m. Assistiu-se ainda na entubação traqueal durante a RCP e, uma vez entubado, garantiu-se a ventilação com o insuflador manual a uma frequência de 10 ciclos/minuto, sem

interrupção das compressões (Soar et. al, 2021). Segundo Ponce (2015b), hiperventilar o cliente pode se tornar prejudicial, por aumentar a pressão intratorácica, traduzindo-se em diminuição do retorno venoso, assim como, da pressão de perfusão coronária.

Sempre que disponível, recorreu-se ao auxílio do sensor de capnografia (EtCO₂) para orientar a performance da ventilação e das compressões cardíacas durante a RCP (Soar et al., 2021, INEM, 2020). Conforme Ponce (2015b) na presença de EtCO₂ (*End-tidal carbon dioxide*) inferior a 10mmHg, pode ser necessário otimizar a performance das compressões cardíacas ou reposicionar o tubo orotraqueal. O mesmo autor recomenda a manutenção do EtCO₂ superior a 20mmHg, sendo que o seu valor é proporcional ao do débito cardíaco gerado. Um aumento súbito e mantido de EtCO₂ durante a reanimação indica que o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) está estabelecido (INEM, 2020).

Quando se assumiu a função de circulante, teve-se o cuidado de garantir a preparação prévia de fármacos de emergência (adrenalina e amiodarona) e colaborou-se na colocação precoce de um acesso venoso periférico de grande calibre, fundamental para a sua administração. A “(...) eficácia dos fármacos durante a reanimação é diretamente proporcional à velocidade com que atingem a circulação (...)” (INEM, 2020) e, deste modo, salienta-se o cuidado em administrar um bólus de 20ml de soro após a administração do fármaco, assim como, de elevar o membro de modo a acelerar a sua entrada na circulação.

Salienta-se a colaboração na identificação de causas reversíveis de PCR, através da apresentação clínica do cliente, da colheita de dados junto da família/ cuidador ou Bombeiros, bem como, através da pesquisa no processo clínico de antecedentes clínicos.

Por exemplo, numa situação de trauma, a causa de PCR pode estar relacionada com o choque hipovolémico de origem hemorrágica, ou com a presença de pneumotórax hipertensivo ou de tamponamento cardíaco, sendo essencial perceber a cinemática do trauma para prever a existência de determinadas lesões ocultas (Coimbra & Coimbra, 2020). Contudo, a suspeita de hipovolémia também deve ser considerada na presença de depleções maciças de volume por vômitos ou diarreia que levam a um estado de desidratação grave principalmente nos idosos (INEM, 2020).

Considerando que o trauma continua a ser uma importante causa de morte, incapacidade física e/ou mental e diminuição da qualidade de vida em Portugal particularmente na faixa etária mais jovem em idade fértil e ativa, representando consideráveis prejuízos sociais e económicos para a pessoa, estado e sociedade, a abordagem particular a este cliente constitui um desafio constante, pela dificuldade de reconhecer ou suspeitar de lesões ocultas (Coimbra & Coimbra, 2020). A experiência profissional, bem

como, a formação com a realização de cursos nesta área específica têm sido fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na abordagem sistematizada durante a avaliação primária e secundária do cliente politraumatizado, bem como, na ativação adequada da Via Verde do Trauma durante a Triagem de Manchester como recomendado na Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO da DGS.

Os cuidados pós reanimação imediatos, têm como objetivo a estabilização do cliente no local onde ocorreu a RCP e a sua transferência para uma área de cuidados mais apropriada e diferenciada que permita o acesso a meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, nomeadamente suporte de funções.

Importa salientar, a relevância da transmissão de informação sobre a PSC na transição de cuidados, de forma segura e objetiva, visando a segurança do cliente e a continuidade dos cuidados, quer na transferência para outro serviço ou unidade, quer na mudança de turno. Para tal, recorreu-se à ferramenta padronizada de comunicação em saúde, através da técnica ISBAR emanada pela Norma n.º 001/2017 da DGS. A sigla ISBAR corresponde a: I– *Identify* (Identificação), S– *Situation* (Situação atual), B– *Background* (Antecedentes), A– *Assessment* (Avaliação) e R– *Recommendation* (Recomendação) (INEM, 2020).

Segundo a referida norma, esta técnica deve ser utilizada em qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados, bem como, na transição intra/inter instituições). A mesma norma salienta que as admissões, as altas hospitalares e as mudanças de turno são momentos complexos, envolvendo maior risco de erro na transferência de informação.

O aprofundamento e desenvolvimento de competências em meios avançados de vigilância e monitorização hemodinâmica invasiva e gestão de protocolos terapêuticos no que respeita aos cuidados pós RCP, teve maior impacto e relevância com a realização dos estágios clínicos. Isto, no que respeita: à otimização da oxigenação e ventilação pois, segundo o INEM (2020), “A hipoxia e a hipercapnia são fatores facilitadores de nova PCR” (p.197); à monitorização do ritmo cardíaco e otimização hemodinâmica, uma vez que “A disfunção do miocárdio pós-PCR causa instabilidade hemodinâmica manifestada por hipotensão, arritmias e baixo débito cardíaco” (INEM, 2020, p.198); e à monitorização neurológica através da ECG, estado pupilar e controlo de situações precipitantes de agravamento neurológico como convulsões, hiperglicemia e hipertermia.

Salienta-se o desenvolvimento de competências específicas no ConTrol de TeMperatura (TTM), anteriormente designado por hipotermia terapêutica, durante as três fases: indução, manutenção e reaquecimento. De acordo com o INEM (2020), “Estudos indicam que, depois de um período de hipoxia-isquemia cerebral global, a hipotermia ligeira é neuroprotetora e melhora o prognóstico” (p. 201).

Durante as práticas clínicas aproveitou-se a oportunidade para discutir a individualização do plano de cuidados e refletir sobre a adequação dos focos, dos diagnósticos e das intervenções, com base na construção de um pensamento crítico reflexivo, correlacionando com a evidência científica.

Segundo Neto et al. (2015) o cuidar da PSC com sépsis internado na unidade de cuidados intensivos, exige um conhecimento de enfermagem especializado, devido às diferentes e complexas necessidades de monitorização, imprescindíveis para identificar tanto os sinais de sépsis, quanto os potenciais indícios de deterioração clínica deste tipo de cliente.

Como analisado anteriormente, os clientes com sépsis que não respondem à reposição volémica inicial, têm por definição choque séptico, pelo que devem ser admitidos pelo SMI, beneficiando da realização de exames ecocardiográficos, da inserção de CVC, de LA ou, no caso, de clientes com ARDS de outros métodos de monitorização invasiva como a termodiluição transpulmonar (Mendes, 2015). A instabilidade hemodinâmica característica de uma situação de choque, com redução da perfusão de órgãos e alterações da microcirculação, traduzindo-se em hipoxia tecidual grave é uma das principais causas de morte tardia nos SMI (Alves & Sampaio, 2020).

A monitorização hemodinâmica surge como uma ferramenta fundamental para caracterizar o estado cardiovascular da PSC, pois, permite identificar as causas da insuficiência cardiovascular e monitorizar a resposta a terapêuticas específicas que pretendem restaurar a mesma (Lamas, 2015).

Para Lamas (2015) o princípio básico da ressuscitação é providenciar a entrega adequada de oxigénio para responder às necessidades metabólicas e reverter a hipoperfusão tecidual. Neste sentido, a escolha da técnica de monitorização deve ser individualizada a cada PSC e de acordo com cada tipo de falência. A aplicação da monitorização hemodinâmica por si só, não tem impacto no *outcome* dos clientes, mas a monitorização precoce e as decisões terapêuticas apropriadas têm demonstrado reduzir a mortalidade no choque séptico. Alves e Sampaio (2020) ao fazer referência a Siegenthaler et al. e Woodrow acrescentam que “A monitorização adequada e fidedigna é a garantia de terapias seguras, eficazes e promotoras da qualidade dos cuidados prestados, por isso, é imperativo que os

profissionais sejam competentes e peritos no manuseamento dos equipamentos e interpretação dos valores mensurados” (p.77).

Tendo em conta que o EEMC tem um papel fundamental no âmbito da monitorização e vigilância contínua da PSC, durante as práticas clínicas consolidou-se e adquiriu-se conhecimentos no que respeita à monitorização hemodinâmica invasiva avançada, nomeadamente, no que respeita à monitorização da pressão arterial invasiva, SvcO₂, Pressão de Pulso, Pressão Intracraniana, bem como, na monitorização das variáveis obtidas pelo sistema de PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output) ou Termodiluição Transpulmonar, das quais se destaca, a Pressão venosa central (PVC) o Débito Cardíaco, o Volume Sistólico, a RVS e a quantidade de água contida nos pulmões (Extravascular Lung Water).

O desenvolvimento de competências específicas no domínio dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, bem como, a profunda compreensão da fisiopatologia da sépsis e do choque séptico, foram fundamentais para o processo de tomada de decisão na implementação e gestão do plano de cuidados de acordo com os dados obtidos, objetivando principalmente a correção ou prevenção da hipoxia tecidular e a disfunção multiorgânica orgânica ulterior.

Destaca-se uma situação em que o cliente mantinha oligúria, extremidades frias, tempo de preenchimentos capilar (TPC) superior a 3 segundos, apesar de estar normocárdico e da PAM estar dentro dos objetivos preconizados. Os níveis de ácido láctico estavam em perfil descendente, no entanto, a SvcO₂ era inferior a 70%, (o valor normal na PSC é de 70-75%), sendo que valores inferiores a 65% podem indicar hipoperfusão tecidular global na PSC com sépsis (Lamas, 2015). O cliente não tinha história de lesão renal, contudo, era hipertenso. Segundo Lamas (2015) no caso de um cliente com função renal normal prévia, uma oligúria é um indicador importante de perfusão inadequada dos rins. Referenciou-se esta situação ao médico assistente que, imediatamente, otimizou os objetivos da PAM para 75mmHg e prescreveu um *fluid challenge* de 500 ml de lactato de ringer. Após a implementação das medidas, foi notória a melhoria na evolução clínica do cliente, apesar de manter TPC superior a 3 segundos e extremidades frias, o débito urinário aumentou, repercutindo-se igualmente na correção da acidose metabólica com redução significativa da hiperlactacidémia.

Considera-se, portanto, que prevenção da hipoperfusão de órgãos não passa apenas por manter a PAM adequada, mas passa também pela monitorização e otimização de outras

medidas de perfusão de órgãos como a SvcO₂, os níveis de ácido láctico, o débito urinário ou o fluxo sanguíneo capilar o que vai ao encontro do defendido por Lamas (2015).

No ambiente de cuidados intensivos, o risco para desenvolver quadros de sépsis é elevado, relacionado com vários fatores relevantes para o seu desencadeamento, nomeadamente: o grau de severidade da doença crítica; o tempo prolongado de internamento; a prevalência mais acentuada de resistência bacteriana; os diversos procedimentos invasivos (intubação endotraqueal, a necessidade de ventilação mecânica, os acessos intravasculares, a sondagem vesical) que resultam na quebra das barreiras naturais do organismo (Neto et al., 2015).

Considera-se que a habilidade que emerge do cuidado especializado em enfermagem na PSC, permite ao enfermeiro reconhecer e detetar manifestações clínicas de sépsis e sabiamente relacionar com possíveis focos de infeção.

Como exemplo, destaca-se os cuidados prestados a uma PSC, internada no SMI com o diagnóstico de Status Pós-PCR em contexto de crise convulsiva e de Lesão Renal Aguda (LRA) por quadro de Rabdomiólise.

Na avaliação inicial verificou-se que se encontrava no terceiro dia de internamento, sedoanalgesiado com Propofol e Fentanil, apresentando um RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) de -5. Sem sinais fisiológicos de dor. As pupilas estavam isocóricas, centradas, não reativas à luz com cerca de 2mm de diâmetro.

Conectado e bem-adaptado à prótese ventilatória em modo controlado, gasometricamente apresentava uma acidose mista, Lactatos de 3.2mmol, SpO₂=98% e um Rácio PaO₂/FiO₂=178mmHg. Expansão torácica era simétrica. À auscultação pulmonar, apresentava diminuição do murmúrio vesicular da base direita e roncosp dispersos bilateralmente. Apresentava secreções espessas, mucopurulentas em grande quantidade pelo tubo orotraqueal com necessidade de aspiração frequente. A radiografia ao tórax revelava um infiltrado da base à direita. Hemodinamicamente, sob suporte de Noradrenalina, com necessidade de ajustes crescentes para manter PAM superiores a 65 mmHg. Apresentava extremidades frias, TPC superior a 3 segundos. Encontrava-se em anúria com necessidade de Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR) contínua, desde a manhã, em contexto de LRA por quadro de rabdomiólise. Encontrava-se em anasarca e com escoriações dispersas pelo corpo. Apresentava hipertermia. Os pensos dos locais de inserção dos dispositivos invasivos encontravam-se limpos e secos externamente, tendo sido documentado no processo clínico a ausência de sinais inflamatórios nos locais de inserção dos mesmos.

Consultou-se o processo clínico e verificou-se que ainda não tinha sido colhida nenhuma amostra de aspirado traqueobrônquico, nem de hemoculturas, e que era o primeiro episódio de hipertermia, para além de apresentar aumento dos marcadores inflamatórios nas análises clínicas.

No sentido de despistar um quadro de sépsis, verificou-se que apresentava lactatos 3.2mmol. Segundo Levy et al. (2018) ensaios clínicos randomizados demonstraram uma significativa redução da mortalidade com ressuscitação guiada por lactato. Se o lactato inicial estiver elevado, deve ser avaliado novamente dentro de 2 a 4 horas para orientar a ressuscitação.

Laguado-Nieto et al. (2019) acrescentam que clientes com diminuição inicial do lactato em 24 horas têm melhores resultados do que os clientes com níveis sanguíneos persistentemente elevados. A normalização do lactato durante a ressuscitação no início da apresentação da sépsis é o preditor mais relevante de sobrevivência seguido da depuração de lactato de 50% nas primeiras 6 horas.

Tendo isso em conta, procedeu-se à avaliação dos critérios SOFA e verificou-se que apresentava um *score* superior a 10 valores (Rácio PaO₂/FiO₂ de 178mmHg, sob suporte de noradrenalina, valores de creatinina de 4.2mg/dl e de Bilirrubina total de 2.91mg/dl) o que confirmava a disfunção orgânica.

Todavia, nesta situação, a pontuação dos critérios de disfunção orgânica SOFA de base não pode ser assumido como zero, uma vez que, o cliente já apresentava disfunção orgânica preexistente (alteração do estado de consciência pós PCR, LRA por rabdomiólise) antes do início da suspeita de infeção. No entanto, verificou-se uma diminuição do Rácio PaO₂/FiO₂ ao longo do internamento, aumento das bilirrubinas e da necessidade crescente de ajustes do vasopressor.

Posto isto, perante a suspeita de infeção com foco respiratório (evidenciado pela presença de secreções espessas, mucopurulentas em grande quantidade, pela presença de VMI, pelo aumento dos marcadores inflamatórios, pela hipertermia e pelo infiltrado à direita na radiografia ao tórax), um SOFA positivo, discutiu-se com o Enfermeiro Tutor a respetiva avaliação e informou-se a equipa médica dos problemas identificados.

De imediato, o médico assistente deu indicação para proceder à colheita de duas amostras de hemoculturas e de aspirado traqueobrônquico e posteriormente iniciar a antibioterapia de largo espectro. Em relação à ressuscitação hemodinâmica, dado ao cliente se encontrar anúrico, sob técnica dialítica contínua e estar sob vasopressores com

PAM>65mmHg, foi optado pelo médico assistente por não administrar mais fluidos para além dos que tinha em curso.

Apesar de se tratar de uma pessoa com uma situação clínica complexa, com disfunção multiorgânica preexistente, considera-se que a atuação perante a suspeita de infeção foi a mais adequada, no sentido, de prevenir complicações acrescidas resultantes do facto de estar a desenvolver um quadro infeccioso. Neste sentido, realça-se o documentado no Regulamento nº 429/2018 no que se refere à importância dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na PSC, ao assumirem um papel fundamental na

(...) colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p.19363).

Considera-se ainda, a utilização de ferramentas que permitam identificar e direcionar para a procura ativa de disfunções orgânicas como uma mais-valia, promovendo e facilitando a resposta clínica apropriada em caso de suspeita ou de confirmação de sépsis.

Durante o estágio de opção, surgiu oportunidade de fazer a admissão e o acolhimento de uma PSC com sépsis. Para tal, consultou-se previamente o procedimento do “Acolhimento do Utente/Pessoa Significativa” (PRO. 012, n.d.) existente no SMI, que tem como finalidade: dar informações ao doente e à família; facilitar a adaptação do cliente e família à dinâmica da unidade; colher dados que permitam o planeamento de cuidados de enfermagem personalizado e minimizar o trauma do internamento em cuidados intensivos.

A admissão do cliente começa com a verificação e a preparação da unidade pelo enfermeiro que vai ficar responsável pelo mesmo. Verificou-se que, por se tratar de um momento delicado, a chegada do cliente à unidade exige sempre a intervenção de vários elementos da equipa. Estas intervenções que visam estabilizar o cliente, passam obrigatoriamente por: conhecer o motivo de internamento e principais focos de instabilidade; fazer uma avaliação rápida e sistemática do mesmo; transferir; monitorizar; confirmar a permeabilidade dos acessos venosos; iniciar o plano terapêutico; ou colaborar com a equipa médica na execução de procedimentos invasivos inerentes à sua estabilização (p. ex.: entubação orotraqueal, inserção de um CVC, LA ou sistema de PiCCO).

O procedimento anteriormente referenciado, destaca ainda a importância da equipa se apresentar pelo nome e função, de tratar o cliente pelo nome que habitualmente é tratado, de explicar as características da unidade (material, ruídos, alarmes), o motivo do seu

internamento, da impossibilidade de comunicar verbalmente se estiver entubado ou traqueotomizado e de estabelecer um código de comunicação.

Garantida a estabilização do cliente, recorreu-se ao método científico do processo de enfermagem para planificar os cuidados personalizados visando a promoção da saúde da PSC. Acredita-se que primeira etapa do processo de enfermagem (apreciação inicial), assume um papel relevante como ponto de comparação com a evolução do estado do cliente ao longo do turno e do internamento, tornando-se fundamental, para as etapas subsequentes do processo de enfermagem, nomeadamente, para a identificação de focos ou possíveis focos de atenção e instabilidade, elaboração dos diagnósticos de enfermagem e planeamento das intervenções a implementar com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação do cliente.

Dutra et al. (2014) consideram que quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de planear a assistência, uma vez que, a sistematização das ações visa à organização, eficiência e validade da assistência prestada.

Segundo o ICN (2011), com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), um “Foco de Enfermagem” constitui uma área de atenção relevante para a prática de Enfermagem. Tendo em conta a apreciação inicial, bem como, as alterações hemodinâmicas, celulares e metabólicas características de um quadro de sépsis e choque séptico, os diagnósticos estabelecidos e as intervenções implementadas para a sua estabilização, recuperação e prevenção de complicações, tiveram como principais focos de atenção, o *status* cardiovascular e respiratório, o processo do sistema imunitário, a infeção, a acidose metabólica e o volume de líquidos comprometido.

Um dos diagnósticos de enfermagem identificados num cliente com o diagnóstico médico de Urosépsis, em respiração espontânea com suporte de oxigénio a 15l/m por máscara de alto débito com reservatório, foi “Trocias Gasosas Comprometidas” evidenciado por aumento da FR, presença de ruídos adventícios com fervores na auscultação pulmonar, Hipoxemia ($PaO_2=58\text{mmHg}$), hipercapnia ($PaCO_2=48\text{mmHg}$), agravamento da acidose metabólica e da hiperlactacidémia desde a entrada no SU, agitação, confusão mental e extremidades frias e cianosadas. Segundo Lonsdale et al. (2020) o extravasamento de fluido característico de um quadro de sépsis pode afetar as trocas gasosas e evoluir para ARDS.

As intervenções prescritas e implementadas, passaram por uma monitorização contínua do status neurológico e respiratório, da saturação de oxigénio, pela otimização do posicionamento, pela administração da oxigenoterapia, por monitorizar as trocas gasosas

através da gasometria, por avaliar a eficácia da tosse, por aspirar se necessário e referenciar para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Após a implementação das intervenções prescritas, procedeu-se à avaliação das mesmas e verificou-se agravamento da situação clínica do cliente, com padrão respiratório ineficaz, agravamento da hipoxemia, da hipercapnia, mantendo hiperlactacidemia e acidemia metabólica. Informou-se o médico assistente que reavaliou o cliente e decidiu proceder à intubação orotraqueal, tendo o mesmo sido conectado à prótese ventilatória em modo controlado.

Considera-se que o desenvolvimento de competências e habilidades especializadas na observação e monitorização contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, aliado à reavaliação e adequação do plano de cuidados, são de extrema importância para a estabilização da PSC, bem como, para prever e detetar precocemente possíveis complicações, assegurando uma resposta precisa, concreta e eficiente em tempo útil.

Segundo a Norma n.º 010/2016 a avaliação correta e a terapêutica atempada de doentes com sépsis permitem a diminuição da mortalidade e a redução substancial de custos. A implementação de protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a melhoria da utilização de recursos e contenção de custos associados.

Tal como mencionado anteriormente, Mota et al. (2020) ao fazerem referência a Oliveira & Martins realçam que os cuidados de enfermagem com base em protocolos terapêuticos e de intervenção previamente delineados, são amplamente utilizados em diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde, permitindo ao enfermeiro conduzir as suas intervenções e a tomada de decisão de acordo com a melhor evidência científica, tendo em consideração a eficácia previsível da sua atuação. Ideia já defendida por Ramos et al. (2008), quando referiam que os protocolos de assistência e cuidado são uma tentativa de sistematizar e padronizar a prática de enfermagem enquanto integram o conhecimento atual e a pesquisa. O impacto destes na prática de saúde tem sido avaliado sistematicamente e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança da prática, bem como, na melhoria dos resultados com o cliente. Desta forma, os protocolos ajudam a sintetizar a informação dentro de uma estrutura concisa e promovem a tradução do conhecimento para melhorar a prática.

Contudo, Pimenta et al. (2015) alertam que a construção dos protocolos, devem obedecer aos princípios ético e legais da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidência, assim como, às normas e regulamentos do sistema nacional de saúde e da instituição onde são implementados. Como vantagens salientam, uma maior segurança para

os clientes e profissionais através da padronização de cuidados, suporte na tomada de decisão com base em evidência científica, disseminação do conhecimento, coordenação do cuidado, bem como, fomentam a comunicação entre os profissionais e o uso mais racional dos recursos disponíveis.

O conhecimento, a compreensão e a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos no âmbito da prestação de cuidados à PSC, constituiu uma preocupação ao longo da praxis profissional. A pesquisa bibliográfica, a consulta dos protocolos, normas e procedimentos instituídos no SU e a reflexão e orientação dos EEMC, consistiram numa estratégia para assegurar a gestão destes, de forma segura e eficiente, minimizando o risco de erros e evitando eventos adversos para o cliente. Contudo, este conhecimento, competência e habilidade, ganhou maior relevância com a realização das práticas clínicas no âmbito dos cuidados intensivos.

Assim, ao longo da experiência profissional e das práticas clínicas, desenvolveu-se competências na aplicação de diferentes protocolos terapêuticos, dos quais saliento: Administração de Noradrenalina, Administração de Labetolol; Terapêutica antibiótica com Vancomicina, Monitorização do potássio sérico, Monitorização da Glicémia e Administração de Insulina, Nutrição Entérica, Gestão da temperatura alvo na Encefalopatia Anoxia-Isquémica Pós-PCR.

Na sépsis, o suporte com vasopressores reserva-se aos casos de hipotensão refratária à reposição volêmica, sendo que, as últimas *guidelines* da SSC (2021) e a Norma n.º 010/2016 da DGS recomendam como fármaco de primeira linha a noradrenalina.

Segundo Freitas et al. (2017) ao referenciarem Koerich e Prado e Arruda, os fármacos vasopressores são de uso frequente no SMI, são utilizados nos diversos tipos de choques para reverter a instabilidade hemodinâmica, quando a reposição hídrica isoladamente não consegue manter uma PAM adequada. Quando administrados de forma inadequada ou em dosagem incorreta, apresentam altos riscos para o cliente.

Os cuidados com qualquer terapêutica vasopressora vão desde a preparação, passando pela administração e gestão da perfusão. O enfermeiro destaca-se como o principal responsável por esta atividade, sendo necessário que tenha o conhecimento científico necessário acerca das características e peculiaridades de cada fármaco, para que seja possível prestar uma assistência com qualidade e responsabilidade (Freitas et al., 2017).

A implementação e gestão do protocolo da Noradrenalina após a prescrição médica, teve por base a tomada de decisão sustentada em conhecimento científico, que se traduziu numa resposta imediata e precisa, mediante a necessidade de ajustes para atingir os objetivos

preconizados para o cliente. Freitas et al. (2017) ao referenciar Melo et al. e Smeltzer et al. enfatizam que a estabilização hemodinâmica é fundamental no processo de reversão da disfunção orgânica ou multiorgânica que poderá estar a afetar um ou mais sistemas, ao favorecer uma adequada oferta de oxigénio e nutrientes para os tecidos, compensando qualquer distúrbio de oferta e demanda. Deste modo, considera-se que a instituição de protocolos terapêuticos, constitui uma ferramenta valiosa para responder de forma célere, precisa e segura aos focos de instabilidade apresentados pelo cliente.

Contudo, entende-se que a existência de um protocolo, não deve anular o raciocínio clínico do enfermeiro. Como exemplo, salienta-se uma situação em que o cliente apresentava um agravamento progressivo da função renal traduzindo-se em oligúria com débitos urinários horários inferiores a 0.5-1ml/kg/h e na gasometria apresentava um potássio de 3.8mEq/L. O protocolo de Monitorização de Potássio do SMI do HNM (PRT. 012) determina a avaliação do potássio sérico de 4/4 horas a todos os clientes com calíemia inferior a 4 mEq/l e respetiva reposição com cloreto de potássio 20 mEq em Cloreto de Sódio 0,9% 100ml a perfundir numa hora. Tendo em conta que,

O rim é o principal excretor de potássio onde é livremente filtrado, e 90% reabsorvido a nível proximal, para depois ser manipulado a nível distal, onde de facto é regulada a excreção, podendo haver secreção ou reabsorção conforme haja hiper ou hipocaliemia (Ponce, 2015c, p.295),

considerou-se importante refletir sobre o cumprimento do protocolo, dado que, o agravamento da função renal poderia comprometer a excreção do potássio. Após discussão com o enfermeiro Tutor e com o médico assistente, esta reposição foi adiada por indicação médica.

O suporte nutricional adequado na PSC corresponde ao fornecimento por via entérica e/ou parentérica de uma carga energética e proteica adaptada às suas necessidades metabólicas, contudo, dado à disfunção ou falência de um ou vários órgãos, o fornecimento energético adequado pode estar limitado, tal como acontece nos clientes com o tubo digestivo não funcionante ou com disfunção cardiovascular (Marinho, 2015).

Segundo Marinho (2015) na PSC, são variadas as formas de avaliar as necessidades energéticas, nomeadamente através de equações preditivas, recurso a calorimetria indireta ou recurso às recomendações internacionais (utilizadas pela maioria dos SMI pela sua aplicabilidade). As *guidelines* internacionais, recomendam na PSC o fornecimento de 25 Kcal/Kg/dia.

Para o mesmo autor, nos primeiros dias de internamento, um fornecimento energético mesmo que adequado, pode resultar num aumento do consumo de oxigénio a nível tecidual e contribuir para o agravamento da hipoxemia já existente. Mesmo após uma fase inicial de estabilização clínica da PSC, o fornecimento de um suporte calórico continua a ser motivo de controvérsia na primeira semana de internamento. Na perspetiva da European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) a administração de 25 Kcal/Kg/dia deve ser iniciada a todos os doentes até ao terceiro dia de admissão, mesmo que se tenha de recorrer à nutrição parentérica. Por sua vez, a American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) preconiza que, caso não se consiga iniciar um suporte nutricional por via entérica precoce, não se deve iniciar a administração de nutrição por via parentérica até ao sétimo dia de internamento.

As mais recentes *guidelines* da SSC recomendam o início precoce da nutrição entérica até 72 horas na PSC com sépsis ou choque séptico, que podem ser alimentados entericamente. A administração precoce do suporte nutricional tem potenciais vantagens fisiológicas, nomeadamente, a manutenção da integridade intestinal e prevenção da permeabilidade intestinal com consequente redução da translocação bacteriana, amortecimento da resposta inflamatória e modulação de respostas metabólicas que podem reduzir a resistência à insulina (Evans et al., 2021; Rhodes et al., 2017).

O protocolo da Nutrição Entérica do SMI onde se realizou as práticas clínicas, tem como principal objetivo uniformizar a administração e progressão das dietas prescritas pelo médico intensivista de acordo com a tolerância e resposta do cliente.

Segundo Rhodes et al. (2017), a PSC apresenta um risco significativo de intolerância alimentar relacionada com a diminuição da motilidade gastrointestinal, podendo ocorrer a regurgitação ou vômitos, aspiração e, consequente, despoletar de pneumonia por aspiração.

Neste sentido, constatou-se durante as práticas clínicas a relevância do papel do EEMC na segurança e prevenção de eventos adversos durante a progressão e gestão do suporte nutricional, através da vigilância do volume residual gástrico a cada 6 horas, da garantia da permeabilidade da sonda de alimentação, do correto posicionamento e a elevação da cabeceira da cama a 45° (desde que não contraindicado), da monitorização do abdómen no que respeita à presença de ruídos hidroaéreos, desenvolvimento de distensão abdominal ou aparecimento de vômitos ou diarreia, bem como, na substituição dos sistemas a cada 24 horas, sendo fundamental para a prevenção da contaminação bacteriana.

Durante as práticas clínicas colaborou-se no transporte intra-hospitalar da PSC para a realização de exames complementares de diagnóstico. Segundo Canellas et al. (2020) e Pimenta (2020), apesar de consistir numa realidade inevitável, o transporte intra-hospitalar acarreta um conjunto de riscos que podem pôr em causa a segurança do cliente, não só por se tratar de um transporte, mas também pela PSC estar mais suscetível ao agravamento da situação clínica e a eventos adversos.

Constatou-se que a efetivação do transporte seguiu as recomendações da OM e SPCI (2008) no que respeita à decisão, planeamento, equipamento e nível de monitorização e acompanhamento. Considera-se, no entanto, que a existência de uma lista de verificação quer no SMI, quer no SU, seria uma mais-valia para assegurar e reforçar a segurança do cliente durante o transporte. Nesta perspetiva, são várias os autores que defendem a aplicação de uma lista de verificação (*Checklist*) como uma forma prática e simples de aumentar a segurança durante o transporte intra-hospitalar (Canellas, 2020; OM e SPCI, 2008). As listas de verificação são ferramentas que auxiliam os profissionais na padronização das ações, na promoção do cuidado baseado na evidência, na melhoria da comunicação, no uso apropriado dos equipamentos, na minimização dos erros e na mitigação da falta de fiabilidade da memória (Canellas, 2020).

Inerente às competências específicas de EEMC segundo o Regulamento n.º 429/2018 está “(...) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (p.19363).

A dor é definida como uma experiência desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual real ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (Estilita, 2015; Barr et al., 2013). A dor tem consequências deletérias, com efeitos multissistémicos que incluem uma resposta fisiológica ao *stress*, aumento da libertação de neurotransmissores simpáticos e níveis elevados de hormonas de *stress*. Os efeitos cardiovasculares da dor não controlada, são o aumento da FC, tensão arterial e RVS, aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, alteração do fluxo sanguíneo regional e trombose de veias profundas. O aumento dos níveis de catecolaminas pode provocar vasoconstrição arteriolar com consequente redução da perfusão dos tecidos e diminuição da PaO₂. A presença de dor pode limitar e condicionar o reflexo da tosse e da respiração profunda, podendo resultar em atelectasias ou outras complicações pulmonares. Outros efeitos incluem alterações glicémicas, potenciação do catabolismo, hipercoagulabilidade e disfunção imunitária (Viveiros et al., 2018, Estilita, 2015; Barr, 2013; Schroeder, 2003). Para Estilita (2015) uma vez cumprida a função de sinal

de alarme, a dor deixa de ter qualquer vantagem fisiológica para a pessoa, pelo que deve ser tratada agressivamente.

Através da Circular Normativa n.º 09/DGCG da DGS considera-se, desde 2003, a dor como quinto sinal vital. Deste modo, a sua avaliação e registo deve ser realizada de modo regular, como norma de boa prática, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. A mesma norma, estabelece que a avaliação da intensidade da dor pode ser realizada com o recurso a uma das seguintes escalas: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala Qualitativa; e a Escala de faces.

Ao longo da experiência profissional, tem-se constatado que a procura pelo SU é, muitas vezes, motivada pela presença de dor, sendo um fator determinante na prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester, bem como, no encaminhamento do cliente para a área de especialidade. Normalmente, apresenta-se como dor aguda e pode estar relacionada com traumatismo ou processos inflamatórios (Viveiros et al., 2018). No entanto, pode se relacionar ainda com doenças crónicas. Considera-se que o alívio da dor é um direito do cliente e um dever dos profissionais de saúde, proporcionando conforto e bem-estar à pessoa e promovendo a saúde durante os cuidados de saúde. Pela subjetividade que apresenta, ela pode ser percebida de diferentes formas, o que exige uma avaliação rigorosa no sentido de fornecer o melhor cuidado (Viveiros et al., 2018).

Em contexto de urgência, as alterações emocionais (p. ex.: ansiedade) resultantes do problema físico ou mental que motivou a ida à urgência, bem como, o ambiente hostil e a abordagem dos profissionais menos correta, podem dificultar a avaliação da dor (Viveiros et al., 2018).

A gestão da dor, envolve não só a avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, farmacológicas e não-farmacológicas, tornando-se fundamental a sua reavaliação após cada intervenção implementada, de forma a reajustar essas mesmas intervenções de acordo com os resultados obtidos (Ferreira et al., 2014).

Segundo a OE (2008), enquanto profissionais de saúde, com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor. A avaliação, monitorização e gestão da dor é uma prioridade diária na prestação dos cuidados. Nos clientes conscientes e orientados, foi privilegiada a autoavaliação com recurso principalmente às Escala Analógica e à Escala Numérica da Dor. Nos clientes com alteração

do estado neurológico, procurou-se avaliar a dor com recurso à Escala de Faces, através das evidências fisiológicas e emocionais manifestadas pelos mesmos.

Após a avaliação, prescreveu-se e implementou-se intervenções no sentido de aliviar a dor. Muitas vezes, especialmente no posto de triagem, as medidas não-farmacológicas são as primeiras a serem implementadas, dado que, o cliente poderá ainda não estar registado no sistema, e como tal, não tem analgesia prescrita. Estas intervenções são aplicadas de acordo com a origem da dor, podendo se tratar da imobilização dos membros com recurso a talas de imobilização (traumatismos musculoesqueléticos), do recurso à crioterapia, da elevação do membro, da transferência do cliente para uma maca ou cadeira de rodas, proporcionando um maior conforto.

No caso, por exemplo de clientes que recorrem ao SU com cólicas renais, autoavaliadas como dor intensa, as medidas farmacológicas tomam maior relevo, sendo o encaminhamento para o atendimento médico e a administração de analgesia a prioridade, sem descurar, no entanto, as medidas não farmacológicas, como o estabelecimento de uma relação empática, calma e explicativa dos cuidados, o posicionamento adequado e o incentivo aos exercícios de respiração.

De salientar que, na experiência profissional no Reino Unido, teve-se oportunidade de controlar precocemente a dor no momento da triagem, com recurso a protocolos terapêuticos instituídos no hospital, o que se considera ser uma mais-valia de forma a minimizar o tempo de espera para receber a analgesia, reduzindo o sofrimento do cliente celeremente e aumentando a humanização e a qualidade dos cuidados.

Na PSC, as fontes de dor são inúmeras. Para além da gravidade do seu estado clínico, o desconforto associado às rotinas dos cuidados intensivos, como a aspiração de secreções, os posicionamentos, procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento, alteração da padrão vigília/sono, podem contribuir para agravar o sofrimento do cliente (López-López et al., 2018; Estilita, 2015; Batalha et al., 2013). A dor aguda pode ser o maior fator de risco para o desenvolvimento de dor crônica debilitante, persistente e frequentemente neuropática, refletindo-se negativamente na qualidade de vida da pessoa. A dor aguda não tratada em clientes internados no SMI é uma realidade com consequências a curto e longo prazo (Barr et al., 2013).

Batalha et al. (2013) ao referenciar um vasto leque de autores, Li, Puntillo, Miaskowski; Pudas Tähkä et al. e Chen et al. referem que apesar da dor dos clientes internados no SMI ser uma realidade, a sua gravidade é subestimada, “Avaliar a dor de doentes críticos, quase sempre sedados e incapazes de verbalizarem as suas experiências

dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver” (Batalha et al., 2013 ao citar Chanques et al., p.8) , “(...) requer uma competência que tem de ser treinada pela exigência de uma abordagem abrangente que incorpora, mesmo que de forma subjetiva, a interferência dos fatores que podem intervir nas manifestações comportamentais e fisiológicas associadas à dor” (Batalha et al., 2013 ao citar Pudas-Tähkä et al., p.8).

Como referido anteriormente, a dor deverá ser referida, preferencialmente, pela pessoa e avaliada através da utilização de uma escala verbal/numérica. No entanto, este cenário pode não ser possível em contexto de doença crítica, sendo que a avaliação da dor deve ser efetuada através de uma escala comportamental (López-López et al., 2018; Estilita, 2015; Ferreira et al., 2014, Barr et al., 2013). Barr et al. (2013) já referiam que a implementação de escalas comportamentais de dor no SMI, para além de melhorar a gestão da dor, também contribuiu para melhores resultados clínicos, através da adequação dos analgésicos e sedativos, com conseqüente diminuição da VMI e da permanência no SMI.

São várias as escalas que já foram desenvolvidas para avaliar a dor em clientes, submetidos a VMI e incapacitados de autoavaliarem a dor, no entanto, a escala Behavior Pain Scale (BPS) aparentemente foi a que reuniu mais consenso para ser utilizada na prática clínica (Batalha et al., 2013 citando Puntillo et al.). Nesta escala, são avaliados três itens comportamentais - a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador, no entanto, não fornece informação sobre a qualidade, tipo ou localização da dor (Batalha et al., 2013).

Segundo recomendação da SPCI (2016-2021), a dor deve ser avaliada e monitorizada em todos os clientes uma vez por turno, no início deste e/ou antes do início de um procedimento doloroso. Neste caso, a sua avaliação/monitorização deve ser ainda efetuada durante o procedimento doloroso, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica implementada.

No que respeita às medidas farmacológicas, os opióides como o fentanil, hidromorfona, morfina e remifentanil são os agentes mais indicados no tratamento de dor na PSC. O quadro de instabilidade hemodinâmica e de disfunção de órgãos de excreção e metabolização característicos da PSC, tornam imprevisível o comportamento dos fármacos administrados, sendo a reavaliação frequente necessária para reajustar a terapêutica (Ferreira et al., 2014).

Por sua vez, os anestésicos locais, os anti-inflamatórios não esteroides, o paracetamol e os anticonvulsivantes são fármacos que, em alguns casos, podem substituir ou

reduzir a necessidade de opioides, visando o conceito de analgesia balanceada que consiste na associação de fármacos com o intuito de potenciar os efeitos pretendidos, reduzindo doses e minimizando efeitos secundários dos opioides (Ferreira et al., 2014).

Em relação às medidas não farmacológicas, considera-se a evicção de estímulos potencialmente dolorosos fundamental, salienta-se para tal, a importância de um posicionamento e a uma massagem adequada, a promoção do sono e da presença de família, não descurando o cuidado com o ambiente externo no que se refere ao controlo do ruído e da luminosidade.

Verificou-se que a avaliação, prevenção e o tratamento da dor é uma preocupação transversal à equipa médica e de enfermagem na abordagem à PSC quer no SU, quer no SMI. Constatou-se, com a realização das práticas clínicas que, praticamente todos os clientes submetidos a VMI encontravam-se sedados e analgesiados com opioides (fentanil ou remifentanil) em perfusão contínua, verificando-se uma preocupação na associação de outro tipo de analgésico em horário fixo ou em SOS, o que corrobora com o conceito de analgesia balanceada.

Segundo a OE (2008) o sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor depende da sua avaliação e monitorização sistemática, por forma a possibilitar ao enfermeiro o ajuste do plano de cuidados, quando o alívio da dor é inadequado.

Assim, procurou-se avaliar a dor de acordo com a situação clínica do cliente, destaque os clientes que não conseguiam comunicar por se encontrarem sedados e sob VMI. Procedeu-se à monitorização, registo e reavaliação da presença de dor de forma sistemática, recorrendo à escala BPS e à existência de indicadores fisiológicos de dor, principalmente no início do turno durante a avaliação inicial e, antes e durante a realização de algum procedimento considerado doloroso.

Preveniui-se o aparecimento ou agravamento da dor, através do reforço da analgesia antes e durante a prestação de cuidados considerados dolorosos, nomeadamente antes dos cuidados de higiene ou posicionamentos, aspiração de secreções ou antes dos cuidados à traqueostomia. Segundo Ferreira et al. (2014) “A prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, pelo que devem ser concebidos, antecipadamente, planos terapêuticos adaptados ao doente em causa, com objetivos definidos no tempo” (p.18). No caso dos clientes internados em UCI a dor associada aos procedimentos é comum, pelo que a analgesia preemptiva é aconselhada.

Em relação às intervenções não-farmacológicas salienta-se o estabelecimento de uma relação empática, o toque terapêutico, a comunicação, através da qual se explicou todos

os procedimentos que iriam ser executados, reduzindo a ansiedade e potencializando o efeito dos analgésicos. Procurou-se ainda proporcionar um ambiente tranquilo para promover o repouso, especialmente durante a noite e ainda se recorreu à alternância de decúbitos para aliviar o desconforto de se manter na mesma posição.

A gestão eficaz da dor, também passou pela reavaliação das intervenções implementadas e adequação do plano de cuidados e pela monitorização rigorosa dos efeitos colaterais dos analgésicos administrados. Destaco o caso de um cliente, hemodinamicamente instável com necessidade de ajustes constantes do vasopressor para manter PAM superiores a 65mmHg, em que foi decidido, pela equipa médica, iniciar suporte ventilatório. A vigilância e monitorização imediata focou-se essencialmente nos efeitos cardiovasculares após o início da perfusão de fentanil e da sedação (antes da intubação), de forma a adequar o ajuste do protocolo do vasopressor instituído, prevenindo o agravamento da instabilidade hemodinâmica.

Assim como os analgésicos, os sedativos estão entre os medicamentos mais administrados em clientes submetidos a VMI. O objetivo consiste em garantir o conforto e reduzir a ansiedade e a agitação, por forma a permitir a sincronia com o ventilador (Barbosa et al., 2020; Jablonski et al., 2017).

O objetivo da sedação de cada cliente depende da situação clínica do mesmo e das intervenções necessárias. Atualmente, recomendam-se níveis ligeiros de sedação, uma vez que, estão associados à redução do tempo de internamento, da taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e da mortalidade (Barbosa et al., 2020, Estilita, 2015). Para Estilita (2015), o objetivo da sedação deve estar em consonância com os objetivos da analgesia e de abolição do delírio. A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição da pessoa em cada momento, sendo que, o nível desejado, deve ser definido no início da terapêutica e reavaliado diariamente à medida que a situação clínica evolui.

Para a mesma autora, a escala mais válida e fiável para a avaliação da sedação na PSC é a escala de RASS. Para além dos níveis de sedação, esta escala também contempla os níveis de agitação.

Segundo Pinto (2011), estudos realizados demonstram que o recurso a protocolos de sedo-analgesia traduzem-se em resultados positivos no prognóstico dos clientes, nomeadamente, na redução do tempo necessário para VMI e da incidência de pneumonias associadas a ventilação mecânica, bem como, no aumento da probabilidade de extubação bem-sucedida. Para o mesmo autor, regimes terapêuticos sedo-analgésicos inadequados, podem resultar em estados de sub-sedação, sobre-sedação ou induzir/exacerbar sintomas de

delírio. Em contexto do SMI, a prevalência do delírio pode atingir os 70% e está associado a uma maior mortalidade, maior morbilidade e aumento do tempo de internamento.

Na mesma ordem de ideias a SSC no que diz respeito à sedação contínua ou intermitente da PSC com sépsis, recomenda que esta seja minimizada em clientes mecanicamente ventilados, visando desfechos específicos de titulação, acrescenta ainda que protocolos de sedação geridos por enfermeiros provavelmente resultarão em melhores resultados (Rhodes et al., 2017).

Ao longo dos estágios implementou-se em todos os clientes submetidos a sedação a escala de sedação de RASS, por ser esta a preconizada no SMI do HNM. Verificou-se que neste serviço, não existe nenhum protocolo de sedo-analgésia como recomendado por Pinto (2011) e pela SSC. O objetivo da sedação para cada cliente é feito através de uma abordagem individual diária pelo médico intensivista e, sempre que o cliente apresente alterações identificadas pelo enfermeiro responsável que justifique a reavaliação médica, o que vai ao encontro ao recomendado por Estilita (2015).

Destaca-se uma situação, em que o cliente encontrava-se sedoanalgesiado com propofol 2% (no volume alvo) e fentanil, com um RASS de -4, encontrando-se desadaptado do modo ventilatório controlado, com risco de barotrauma por aumento da pressão nas vias aéreas. Após discussão com o Enfermeiro Tutor, informou-se o médico assistente, que reavaliou o cliente e alterou o modo ventilatório para Adaptive Support Ventilation (ASV) e deu indicação para iniciar o desmame da sedação, ficando o cliente completamente adaptado à prótese ventilatória.

Outra situação, refere-se aos clientes que se encontravam hemodinamicamente instáveis, com necessidade de suporte vasopressor, conectados à prótese ventilatória em modo controlado, em que o objetivo da sedação era para RASS de -5 (p. ex.: doente neurocrítico). As intervenções implementadas, passaram pela otimização do controlo da dor, pela monitorização rigorosa de todas as variáveis hemodinâmicas em que a sedação se podia repercutir, e pela gestão do protocolo de vasopressor, por forma a garantir o objetivo de sedação estipulado para o cliente, mas também a sua estabilidade hemodinâmica.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, o EEMC na vertente da PSC, deve demonstrar competências, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; na gestão da relação terapêutica que estabelece perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, bem como, na assistência à

pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Para o enfermeiro, o ato de comunicar é imprescindível para o desenvolvimento do seu trabalho, a comunicação está intrínseca à prestação de cuidados diretos aos clientes e família, e na relação que estabelece com a equipa, pelo que se torna necessário ter, para além dos conhecimentos científicos, um conhecimento integro sobre a comunicação interpessoal e a sua relevância no processo saúde-doença (Pereira et al., 2019).

Segundo o ICN (2019), em linguagem CIPE, a “Comunicação” refere-se a um comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.

Pereira et al. (2019), ao citar Barnlund, referem que “A comunicação interpessoal é desenvolvida principalmente a partir de situações sociais, informais, de encontros pessoais, onde as pessoas sofrem uma interação, resultando em uma troca de pistas verbais e não verbais” (p.232). Os mesmos acrescentam que este tipo de comunicação pode auxiliar o enfermeiro na construção de uma relação terapêutica e empática, não só com os clientes e família, mas também com a equipa multidisciplinar.

Morais et al. (2009) já referiam que o cuidado em enfermagem prestado de forma holística e humanizado, deve ter por base a comunicação como estratégia de aproximar cliente-enfermeiro, na construção da relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa hospitalizada, refletindo-se diretamente na qualidade do serviço prestado e no modo como este é percebido pelo usuário.

Pereira et al. (2019) ao referenciar Kissane et al. identificam vantagens de uma comunicação adequada em contexto terapêutico, tais como: aumento da satisfação do cliente que se repercute na melhoria do tratamento e na adesão do mesmo; controle da dor; maior entendimento da doença com conseqüente redução da ansiedade e das reclamações.

Ao longo da praxis profissional e durante as práticas clínicas, perante clientes conscientes, o processo de comunicação interpessoal passou por estabelecer o contacto visual com o cliente e família, por utilizar uma linguagem acessível, clara e honesta para explicar e pedir consentimento de todos os procedimentos que iriam ser efetuados. Disponibilizou-se tempo, promoveu-se a escuta ativa e incentivou-se ao esclarecimento de qualquer dúvida. “(...) a escuta ativa envolve interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda do paciente” (De Oliveira et al., 2018, p. 34).

Considera-se de extrema importância, durante a avaliação do cliente impossibilitado de comunicar verbalmente, a atenção nas expressões não-verbais transmitidas pelo mesmo, como movimentos, sinais ou gemidos, pois podem auxiliar o enfermeiro na identificação de algumas das suas reais necessidades. Nestes casos, recorreu-se sempre à comunicação verbal e ao toque terapêutico para estabelecer a interação com o cliente. Aquando da prestação de cuidados, identificou-se pelo nome e categoria, orientou-se o cliente no tempo e espaço e explicou-se o motivo da sua admissão no SU ou da necessidade de internamento no SMI, bem como, explicou-se cada procedimento e a necessidade dos mesmos.

Destaca-se uma situação durante a prática clínica em que o cliente encontrava-se orientado, contudo, conectado à prótese ventilatória em modo ASV, a estratégia de comunicação passou pela comunicação verbal e não verbal, semelhante à que se estipulou com clientes em ventilação espontânea. Contudo, a diferença cingiu-se na forma como se recebeu a informação por parte do cliente relativamente às suas necessidades e inquietações. Incentivou-se a responder gestualmente com a cabeça a perguntas de “sim” ou “não” ou a apertar a mão. Em relação à comunicação de outras necessidades, optou-se por utilizar o “Quadro de comunicação- Facilitador de comunicação” também disponível no SMI, que permite ao cliente expor as suas necessidades através de perguntas já estabelecidas no quadro, onde o mesmo se limita a apontar, ou através, da formulação de palavras pela utilização de um conjunto de letras e números existente neste quadro, semelhante a um teclado de computador.

Há que realçar ainda a comunicação interpessoal estabelecida com a equipa multidisciplinar. Segundo o INEM (2020), em contexto de PCR, a eficácia da equipa e a taxa de sobrevivência pode ser comprometida pela comunicação deficiente, as “(...) falhas de comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos em saúde. 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde: omissões, erros, falta de precisão ou priorização, entre outras” (p.17). Neste sentido, procurou-se estabelecer uma comunicação verbal e não-verbal dentro da equipa e com as equipas do pré-hospitalar de forma clara, objetiva e eficaz, esclarecendo de forma imediata qualquer dúvida.

Como referido anteriormente, um processo de doença geralmente imprevisível e de origem súbita, quando não é acompanhado, reserva a todos para quem a PSC é significativa, de um modo individual e coletivo, momentos de grande sofrimento que alteram o equilíbrio e a dinâmica familiar. O processo de doença nunca é um acontecimento restrito à pessoa,

mas também envolve intimamente a sua família que enfrenta desafios significativos no decurso da doença do seu familiar (Belio & Vivar, 2012).

Segundo o ICN (2019), na CIPE entende-se por família um cliente de enfermagem, definido como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

De Sá et al. (2015) ao fazer referência a Engström e Söderberg e Söderström et al. enfatizam que o cuidado à família consiste em mostrar disponibilidade, fornecer informação e construir uma relação terapêutica. O estabelecimento de uma relação terapêutica neste contexto “(...) baseia-se na confiança e na capacidade do enfermeiro não esconder as suas próprias emoções, pois este comportamento mostra às famílias a genuinidade das intenções dos enfermeiros” (p.38).

Ramos et al. (2018) afirmam que a família deve ser vista como uma parceira na prestação de cuidados à PSC. A sua presença, para além de ser essencial para atenuar a ansiedade, o desconforto e a insegurança muitas vezes manifestadas pelo cliente, também pode ajudar o enfermeiro a identificar mais facilmente as necessidades da pessoa.

Para os mesmos autores, apesar de se denotar a ausência de uma consciencialização dos familiares de que eles próprios constituem um alvo de cuidados por parte da equipa, ao atribuírem uma maior importância à situação do seu familiar, não valorizando todas as suas vivências de tristeza, angústia, *stress* e necessidades de apoio e suporte, as famílias devem ser encaradas não apenas como uma assistência técnica, mas também como indivíduos a serem cuidados.

De Sá et al. (2015) ao citarem a OE já referiam que os cuidados de enfermagem à família são mais do que um mero alargar da esfera de intervenção da enfermagem, são o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados.

Desta forma, pode-se afirmar que os enfermeiros devem direcionar os cuidados para um maior envolvimento com a família, estabelecendo um vínculo mais próximo com a mesma e assumindo esta como um alvo de cuidados. “O cuidado deve atender às necessidades dos doentes e famílias, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que a nova situação acarreta para a vida familiar” (Ramos et al., 2018, p.9).

O Artigo 13.º do Decreto Legislativo Regional n.º 3/2016/M referente ao acompanhamento do utente no SU, determina que “1 — Nos serviços de urgência do Serviço Regional de Saúde, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma

pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço” (p.301). Contudo, ao longo da fase pandémica que atravessamos, a restrição de acompanhantes surgiu como uma estratégia fundamental, no sentido de assegurar a segurança dos cuidados prestados e a contenção da transmissão de COVID-19.

Perante esta realidade, o sentimento de impotência em relação à assistência e ao envolvimento da família nos cuidados, tem sido uma constante, tendo sido necessário refletir e desenvolver um conjunto de estratégias, para minimizar o sofrimento causado à pessoa e família, principalmente durante as situações de grande vulnerabilidade.

Neste sentido, optou-se por estabelecer um contacto de maior proximidade dentro das circunstâncias pandémicas, ao se deslocar ao exterior do SU por forma a obter e disponibilizar informações à família. Ao mesmo tempo, aproveitou-se para perceber as suas preocupações. No caso dos clientes conscientes e orientados incentivou-se o recurso ao telemóvel para se manterem contactáveis (sem, no entanto, incomodar os outros clientes ou os profissionais), disponibilizou-se tempo para esclarecimentos de dúvidas e inquietações, assim como se explicou e reforçou a necessidade das medidas restritivas de acompanhamento. Verificou-se que algumas famílias compreendiam a situação e até concordavam com estas medidas, mas outras manifestavam uma profunda revolta, ansiedade, tristeza e preocupação. Garantiu-se ainda, a presença de um familiar em situações excecionais, como no caso de clientes com demência ou nas situações de fase terminal, contribuindo não só para a segurança dos cuidados, mas também para a humanização dos mesmos. Salienta-se o contributo do Gabinete de Apoio à Família, instituído no SU do HNM, desde setembro de 2021, ao permitir uma maior brevidade na articulação entre o enfermeiro e a família.

Em toda a prática profissional, a qual é demarcada por momentos de grande instabilidade, de agravamento dos estados clínicos ou, até mesmo, da morte da pessoa, procurou-se utilizar os princípios inerentes ao Protocolo de Buckman na transmissão de más notícias. Adotou-se uma postura empática, assegurou-se a privacidade, mostrou-se disponibilidade, dissipou-se dúvidas e preocupações, promoveu-se a escuta ativa, prestando sempre apoio emocional e garantindo apoio espiritual, quando desejado.

A problemática da restrição de visitas durante a pandemia, foi extensiva ao estágio de opção, neste sentido, por forma a garantir uma interação enfermeiro-família o mais eficaz possível, procurou-se pelo menos uma vez por turno, entrar em contacto com o familiar de referência de forma a identificar as suas necessidades, dar informações acerca do estado e

evolução clínica do seu ente querido, bem como, colmatar as suas dúvidas e prestar apoio emocional.

Teve-se a preocupação de iniciar este contacto pela apresentação de ambos os lados (nome e categoria do profissional, bem como nome e grau de parentesco do outro interlocutor). Antes de dar qualquer informação, procurou-se perceber se a pessoa estava só ou se estava acompanhada por outros familiares. Para aqueles que estavam acompanhados, sugeriu-se que colocassem o telemóvel em “voz alta”, de forma a permitir que todos tivessem acesso à mesma informação. Posteriormente, procurou-se perceber o que sabiam acerca do seu familiar até à data e se já tinham estado numa UCI.

Transmitiu-se a informação de forma gradual, honesta e clara, contudo, por via telefónica, tornou-se difícil avaliar o grau de compreensão e conhecimento da família, pelo que, se sentiu necessidade de reforçar a informação, de modo a que fosse o mais perceptível possível. Durante esta interação, incentivou-se ao esclarecimento de dúvidas e permitiu-se momentos de silêncio e de choro. Apesar dos moldes em que ocorreu esta comunicação, foram perceptíveis sentimentos de angústia e medo, relacionado com o risco iminente de vida ou de limitação física ou cognitiva permanente do seu familiar. Neste sentido, com uma atitude realista de acordo com a situação, procurou-se tranquilizá-los ao garantir que tudo estava a ser feito para a recuperação do seu ente querido. Disponibilizou-se para transmitir alguma mensagem importante da família para a PSC e garantiu-se que essa mensagem era entregue. Aproveitou-se, igualmente, para envolver a família na colheita de dados, tentando obter informação que permitisse aprimorar o plano de cuidados.

Considera-se no entanto, que esta interação enfermeiro-família poderia ter sido potencializada com a aquisição de dispositivos que permitissem a realização de videochamadas, tendo sido motivo de reflexão com a equipa, que partilhou que na área covid do SMI já existia este recurso, sendo fundamental para aproximar a família ao cliente, aliviar os medos e ansiedades e para o estabelecimento de uma relação de ajuda por parte da equipa.

Destaco uma outra situação, em que o cliente apresentava um prognóstico muito reservado e após discussão com o Enfermeiro Tutor e a equipa médica foram autorizadas as visitas a todos os familiares mais próximos.

Esta família era composta por quatro filhos, uma nora e a esposa. Todos os filhos eram adultos e a esposa era reformada e vivia com o marido. Apesar do médico assistente já ter contactado um dos filhos (familiar de referência) por via telefónica para dar informações acerca da situação clínica e do prognóstico reservado, quando se tomou conhecimento que a família havia chegado ao SMI, procurou-se informar o médico assistente com o intuito de

realizar o acolhimento da família de forma integrada, possibilitando o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e a família, evitando informações ambíguas e até por vezes contraditórias. De Sá et al. (2015) citando Engström & Söderberg referem que a principal fonte de conflito com a família ocorre quando a informação fornecida é exígua ou, até, contraditória à da equipa médica. Para os mesmos autores a “(...) melhor forma de evitar conflitos com a família é através de uma boa comunicação (aberta, direta e honesta), tendo o cuidado de promover conferências familiares sempre que há um agravamento do estado do doente” (p.42).

Apesar da recetividade do médico assistente, este acolhimento em equipa multidisciplinar não foi possível, uma vez que, surgiu uma situação de emergência e o médico teve de dar apoio à SE no SU.

Considera-se pertinente que o primeiro contacto da família com a unidade ou qualquer informação em relação ao agravamento do quadro clínico do cliente, seja feito à semelhança de “conferência familiar” (neste caso com a presença do enfermeiro responsável, do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e do médico assistente), recorrentemente utilizada em contexto de cuidados paliativos. Esta representa uma intervenção estruturada, sendo um meio eficaz de comunicação que permite aos enfermeiros e outros profissionais de saúde fornecer informações, avaliar as necessidades da pessoa e família, bem como, criar oportunidades para a decisão compartilhada (Da Silva et al., 2018).

Como vantagens para a pessoa, Da Silva et al. (2018) salientam a promoção da escuta ativa e a melhoria da qualidade dos cuidados, como resultado de um plano individualizado de cuidados, alicerçado nas preferências e valores do cliente. No que respeita à família, destacam o esclarecimento de dúvidas, a confiança da família na equipa e o conforto e tranquilidade da família por se sentir parte integrante do processo de cuidados e a confiança que o seu ente querido está a ser cuidado com dignidade e respeito. Relacionado com a equipa salientam a “(...) possibilidade de identificação das necessidades; de conhecer a história clínica e de ser empático em relação aos traços de personalidade e preferências de cuidados por parte do paciente” (p. 224).

Para tal, reuniu-se todos os familiares ao mesmo tempo numa sala de forma a permitir a privacidade e a evitar interrupções, identificou-se perante a família pelo nome e categoria profissional e reconheceu-se quem eram os filhos, a nora e a esposa. De seguida, procurou-se perceber o que sabiam acerca do seu familiar até à data e se já tinham estado numa UCI. Segundo Hall (2003) o enfermeiro deve avaliar o conhecimento da família e/ou pessoa significativa no que diz respeito ao atual estado do cliente, deve incentivar e motivar

os familiares a esclarecerem todas as suas dúvidas, por forma a diminuir, a ansiedade, a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos.

Posteriormente, explicou-se como o cliente se encontrava, preparando-os para a situação com que se iam deparar, utilizando linguagem simples. Deu-se ainda espaço para as dúvidas, explicou-se o funcionamento da unidade e referiu-se a necessidade da restrição do horário e do número de visitas.

O enfermeiro deve ajudar a família/ pessoa significativa a desenvolver expectativas realistas para o futuro e a identificar sistemas de suporte que os ajudem a fazer planos para o futuro. É importante perceber a compreensão da família/ pessoa significativa em relação ao que lhes foi explicado, devendo ser ajustado o ensino consoante as necessidades (Hall, 2003). Neste sentido, verificou-se que o familiar de referência, um dos filhos, era médico e que tinha expectativas realistas acerca da evolução clínica do pai, que por sua vez, já tinha preparado a mãe e os irmãos para um desfecho menos positivo.

Nesta relação terapêutica, aproveitou-se para envolver a família na colheita de dados, no sentido de obter informações por forma a facilitar a realização do processo de enfermagem, nomeadamente antecedentes, se apresentava alguma dependência, como gostava de ser tratado, mas também, para perceber se algum membro da família precisava de algum suporte nas suas necessidades físicas e emocionais, nomeadamente a esposa que vivia só com o marido. Foi explicado por um dos filhos que a mãe estava a ter apoio dos filhos, ficando em casa dele, enquanto o pai estava internado. Ainda se explicou a necessidade de usarem uma bata, de desinfetarem as mãos e de não se dirigirem a outros clientes da unidade.

De seguida, acompanhou-se os filhos, a nora e a esposa à unidade do cliente, prestou-se apoio emocional, promoveu-se o conforto físico com a disponibilização de algumas cadeiras, tranquilizou-se e incentivou-se a que dessem a mão e falassem com o seu ente querido, mas que não esperassem reação, dado que era isso que se pretendia com o tratamento, assim como, permitiu-se alguma privacidade destes com o cliente. Na perspetiva De Sá et al. (2015) ao citar Engström et al., o enfermeiro deve ter a capacidade de proporcionar um ambiente calmo e seguro para a família poder estar próxima do cliente e de lhe tocar sem receio de interferir com os tratamentos. Pinho (2020) acrescenta que a “(...) integração da família nos cuidados ao doente, à medida que estes são empreendidos, permite melhorar a compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente, ao mesmo tempo que os índices de satisfação familiar aumentam” (p.318).

Eram visíveis a tristeza e a ansiedade desta família, principalmente da esposa que estava muito chorosa e emocionalmente abalada. Verificou-se que trazia um “terço de oração” na mão, então ofereceu-se apoio espiritual, concordando de imediato e esboçou um sorriso de satisfação com a possibilidade do seu marido receber a visita do Senhor Padre e o Sacramento da “Unção dos enfermos”. Perante tal, contactou-se o Senhor Padre que, de imediato, se disponibilizou para assistir o cliente e família, sendo que a sua visita ocorreu na presença da mesma.

Segundo De Sá et al. (2015) as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na interação com a família da PSC para apoiar o luto são: a) Permitir a presença nos últimos momentos de vida/despida; b) Facultar apoio espiritual (por exemplo a visita do sacerdote); c) Fornecer medicação calmante; d) Promover manifestações antecipadas de vontade; e) Participar em Decisões de Não Reanimação.

Perante o exposto, considera-se ter sido capaz de gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a família baseada no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, alicerçada numa comunicação aberta, honesta e direta, que se traduziu num sentimento de satisfação e confiança por parte da mesma. Identificou-se e valorizou-se as perturbações emocionais manifestadas por sentimentos de tristeza, angústia e ansiedade, prestou-se apoio emocional, avaliou-se os relacionamentos e sistemas de suporte familiar e demonstrou-se conhecimentos e estratégias facilitadoras do processo de luto.

Reportando novamente às competências específicas do EEMC na vertente da PSC, o Regulamento n.º 429/2018 determina que este perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe atue “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p.19363).

Uma situação de catástrofe caracterizada por ser um “Acontecimento súbito quase sempre imprevisível” (INEM, 2012, p.12), é definida pela Lei de bases da Proteção Civil – Decreto de Lei n.º 27/2006 como um “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 1). O mesmo Decreto de Lei define acidente grave como um acontecimento invulgar, provocado por ação da natureza ou do homem, com efeitos relativamente reduzidos no tempo e no espaço, suscetíveis de atingir as pessoas, outros seres vivos, assim como, bens e o ambiente.

As prioridades na assistência imediata perante um cenário de catástrofe são a busca e salvamento dos sobreviventes na zona afetada, a triagem e tratamento inicial dos feridos, a organização da evacuação para os centros definitivos de assistência e o cuidado dos cadáveres (Gomes, 2014a).

A ilha da Madeira nos últimos anos, tem vindo a ser fustigada com diferentes eventos catastróficos com multivítimas, muitas delas em situação crítica, tais como o aluvião do dia 20 de fevereiro de 2010, os incêndios florestais de 2016, a queda de uma árvore de grande porte quando do arraial da Nossa Sra. do Monte e, mais recente, o acidente de autocarro de turismo em abril de 2019.

Nas situações de catástrofe na RAM, o SU do HNM sendo um SU Polivalente e dispondo de recursos humanos e técnicos mais diferenciados, representa o local mais adequado para onde são encaminhadas as vítimas.

Silva et al. (2020) consideram que “(...) a celeridade que exigem estas situações, com respostas prontas, organizadas e integradas, só se torna possível quando planeadas de forma pluridisciplinar” (p. 84). Neste sentido, salienta-se a importância de ao longo da atividade profissional, ter participado em alguns simulacros de acidentes graves no SU, que embora não permitissem a reprodução de uma catástrofe de grandes dimensões, possibilitaram o treino em equipa de diferentes cenários e alertaram aos intervenientes para a importância de conhecer e dominar o “Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas” (PRHEEV) do SU do HNM. Tal pode se demonstrar como fulcral para a preparação para a intervenção, como referem Silva et al. (2020) no seu estudo, afirmando que “No dia 20 de fevereiro de 2010 a maioria dos inquiridos tinha conhecimento do PRHEEV em vigor no HNM, sentia-se preparado para intervir de acordo com este e já tinha formação na área da catástrofe, adquirida maioritariamente em simulacros/exercício” (p. 91).

Importa referir, que neste momento encontra-se em construção o novo Plano de Catástrofe do SU- Adultos do HNM.

Dos eventos anteriormente referidos, destaca-se a aluvião do dia 20 de fevereiro de 2010. Enquanto enfermeira foi um dos dias mais difíceis da carreira profissional.

O alerta de ocorrência de catástrofe normalmente é dado por via telefone de emergência pela Proteção Civil, Bombeiros ou Forças de Segurança, no entanto, pode ocorrer com a chegada das primeiras vítimas ao SU. O PRHEEV em situação de catástrofe é ativado por níveis, sendo que o tipo de nível depende do número de feridos e da necessidade de resposta de recursos humanos. O nível 1 (verde) é ativado entre 10 a 30 feridos, o nível 2

(amarelo) é ativado entre 31 a 60 feridos e o nível 3 (vermelho) é ativado quando o número de vítimas é superior ou igual a 61.

No referido aluvião foi ativado imediatamente o Nível 3. Este nível implicou a mobilização de todos os recursos humanos. No entanto, muitos dos profissionais também foram afetados pela intempérie e, devido à intransitabilidade das estradas pelas derrocadas e quedas de pontes, muitos foram os que não conseguiram se deslocar ao hospital para auxiliar no socorro.

À chegada ao SU, apesar da azafama e da preocupação de todos os profissionais perante uma situação nunca antes vivenciada e da preocupação contínua em relação aos seus próprios familiares, verificou-se que muitas das ações implementadas no PRHEEV já estavam em curso (libertação de áreas do SU, transferência de clientes para outros internamentos, armário de catástrofe já em uso, material distribuído e equipas operacionais). Já estavam instruídas as várias zonas de atendimento, tais como:

- a) Zona de Triagem – instalada à entrada do SU;
- b) Zona Vermelha – composta pela SE, Sala de Recuperação, Sala de Cuidados Especiais, SO e Sala de Cirurgia. Nesta área, em qualquer sala, estava disponível material de monitorização, ventiladores portáteis, reforçado com carros de emergência, com um rácio de um médico e um enfermeiro por cada vítima pelo menos, permitindo prestar medidas de SAV e Trauma;
- c) Zona Amarela – composta pela Sala de Tratamento, Sala Aberta e Bloco de Consultas. Esta área teve o apoio de um médico internista, um cirurgião e um ortopedista, sendo que a equipa de enfermagem foi composta por pelo menos três elementos;
- d) Zona Verde – se tratando de um nível de resposta 3, a área verde foi localizada na consulta externa, destinando-se às vítimas que não apresentavam risco de vida, sendo composta por um médico, um enfermeiro e um assistente operacional;
- e) Zona Cinzenta – localizada numa enfermaria do 1º Piso Poente, destinou-se às vítimas com muito mau prognóstico e com escassa reversibilidade de recuperação. Esta zona foi composta por um enfermeiro e um médico;
- f) Zona Negra – localizada na Casa Mortuária e no Instituto de Medicina Legal, corresponde à zona para onde foram transferidas as vítimas cadáveres.

O chefe do SU com o apoio do responsável de equipa, assumiu o cargo de coordenar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, de distribuir os profissionais e o material consoante as necessidades e de comunicar qualquer necessidade identificada ao gabinete de crise.

Prestou-se cuidados na Zona Vermelha, na qual foram admitidas vítimas com prioridade vermelha e amarela atribuídas na Triagem Primária. Em contexto de catástrofe, a triagem ocorre em dois momentos diferentes, a triagem primária e a triagem secundária. Na primeira pretende-se triar de forma rápida o maior número possível de vítimas. Baseia-se no método Simple Triage And Rapid Treatment (START) e são usados discriminadores muito simples: Vítima anda? Respira? Frequência respiratória? Frequência cardíaca? TPC? (INEM, 2012). Neste caso, a triagem de Manchester atribuí quatro prioridades:

- Prioridade Vermelha- é atribuído às vítimas que não andam e que apresentam os seguintes critérios de gravidade: FR > 29cpm ou < 10cpm ou que apresentem TPC > 2 segundos ou FC > 120bpm;
- Prioridade Amarela- é atribuído às vítimas que não andam e que não se inserem nos critérios da prioridade vermelha;
- Prioridade Verde – é atribuído às vítimas que andam;
- Prioridade Preto – é atribuído às vítimas que não respiram após permeabilização da VA.

Assim, procedeu-se à triagem secundária de cada vítima na zona vermelha. Perante um grande número de vítimas, esta triagem pretende triar de uma forma mais precisa cada uma delas. Tal está contemplado na Triagem de Manchester, nas situações de catástrofe, e baseia-se no método Triage Revised Trauma Score (TRTS). Este consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: FR; estado de consciência (segundo a ECG); e PAS. A pontuação da TRTS é igual à soma de cada variável fisiológica que estão codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS que varia de 0 a 12 pontos (INEM, 2012).

São atribuídas quatro prioridades à semelhança da triagem primária:

- TRTS =10 – Prioridade Vermelha
- TRTS =11 – Prioridade Amarela
- TRTS =12 – Prioridade Verde
- TRTS = 0 – Prioridade Preto.

Tratando-se de um elevado número de vítimas politraumatizadas em estado crítico, mais do que nunca, foi necessário sistematizar as ações, colaborar e trabalhar em equipa, comunicar eficazmente e gerir os recursos materiais. Para tal, a utilização da abordagem “ABCDE” na avaliação primária e secundária da PSC e a mobilização de conhecimentos e habilidades em SAV e Trauma, foi fundamental para o estabelecimento de

prioridades, bem como, para o diagnóstico precoce de complicações, por forma, a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Neste âmbito, outra situação que se experienciou foi o acidente grave com o autocarro de turismo em abril de 2019. Apesar de ter sido de menor dimensão relativamente à intempérie de 20 de fevereiro de 2010, o PRHEEV também foi ativado com nível 3. À semelhança do descrito anteriormente, à chegada, o SU já estava reorganizado pelas diferentes áreas de atendimento e prioridade e os clientes estáveis já tinham sido transferidos para outros serviços. Mais uma vez, a prestação de cuidados ocorreu na Zona Vermelha.

Qualquer uma das situações descritas foram geradoras de grande *stress* emocional, ansiedade, preocupação e dor para os clientes que se encontravam conscientes, por diversas razões. Muitos estavam em choque, não se haviam percebido do que acontecera aos seus familiares e, no caso do acidente de autocarro, por se tratar de turistas, a barreira linguística, aliado ao facto de se encontrarem longe de casa, agravou os sentimentos de angústia já existentes. Para colmatar esta ansiedade e *stress* emocional, procurou-se identificar alguns familiares e conseguiu-se juntá-los na mesma área de cuidados. Tal foi fundamental para reduzir a preocupação e o *stress* gerado por esta situação. Já para outros, a nossa intervenção limitou-se ao apoio emocional, pois não sabíamos o que havia acontecido.

Uma dificuldade sentida no caso do acidente com o autocarro, foi a de estabelecer a comunicação com os clientes, por se tratar de turistas que falavam, maioritariamente, alemão. Neste sentido, optou-se por comunicar em Inglês com aqueles que dominavam esta língua e, no caso dos outros clientes, solicitamos a colaboração dos tradutores, mas nem sempre estes estavam disponíveis. Perante tal, recorreu-se à comunicação gestual e utilizou-se uma aplicação do telemóvel para traduzir a informação que queríamos transmitir. Desta forma, foi possível saber o nome dos clientes, prestar apoio emocional, colmatar dúvidas, explicar os procedimentos e pedir a colaboração para a realização dos mesmos.

Com o intuito de fomentar competências e conhecimentos sólidos neste campo de ação, realizou-se em dezembro de 2019 o Curso Medical Response to Major Incidents (MRMI) ministrado pelo Madeira International Disaster Training Centre. Trata-se de um curso reconhecido internacionalmente por entidades como o European Society for Trauma and Emergency Surgery e o Board Europeu do Medical Response to Major Incidents, que recorre a um modelo de simulação avançada com o objetivo de treinar toda a cadeia de resposta perante um cenário de multi-vítimas. Neste curso, assumiu-se a posição de enfermeira chefe do SU, treinou-se em equipa, consolidou-se conhecimentos e reconheceu-se a pertinência do conhecimento prévio do plano de catástrofe na reorganização do SU, na

distribuição dos recursos humanos perante o nível de alerta estipulado (verde, amarelo, vermelho) e na importância da comunicação eficaz para garantir uma resposta adequada e em tempo útil num cenário de multi-vítimas.

Segundo Thobaity et al. (2017) a elaboração do plano de catástrofe é uma das competências mais relevantes para os enfermeiros, que devem ser dotados de conhecimentos e habilidades nesta área de ação, por forma a responder adequadamente na sua ativação e execução, sendo para tal, fundamental a sua participação no processo de formulação, bem como, a familiarização com o mesmo. A avaliação contínua do plano, a formação e os treinos e exercícios, assumem um papel relevante para a sua melhoria e eficácia.

Desde setembro de 2021 que se integra a Equipa do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT-CIC) no âmbito da emergência médica pré-hospitalar, com a função de atendimento, triagem, aconselhamento e encaminhamento de todas as chamadas telefónicas relacionadas com a área da saúde. Como tal, teve-se a preocupação de consultar o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPC RAM). Neste documento, encontram-se definidas as regras como deve ser assegurado a

(...) coordenação institucional e a articulação e intervenção das organizações integrantes do Sistema Integrado de Operações de Socorro da Região Autónoma da Madeira (SIOPS – RAM) e de outras entidades públicas ou privadas a envolver nas operações, constituindo-se como uma plataforma que se encontra preparada para responder, organizadamente, a situações de acidente grave ou catástrofe, definindo as estruturas de Direção, Coordenação, Comando e Controlo (...) (Serviço Regional da Proteção Civil [SRPC], 2022, p. 24).

O PREPC RAM visa o cumprimento de vários objetivos gerais, dos quais se destacam, a preparação das entidades envolvidas no PREPC RAM a manterem o grau de preparação e de prontidão inerentes à gestão de acidentes graves ou catástrofes e a criação das condições favoráveis ao empenho rápido, eficiente e coordenado de todos os meios e recursos disponíveis no território, sempre que a gravidade e dimensão das ocorrências o justifique, de forma a minimizar a perda de vidas e bens, atenuar ou limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes e restabelecer, o mais rapidamente possível, as condições mínimas de normalidade (SRPC, 2022).

Este plano estabelece ainda critérios para a sua ativação e desativação assim como a quem será atribuída competências face à ocorrência ou iminência de ocorrência de acidente grave ou catástrofe (SRPC, 2022).

Identificou-se os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde das pessoas e compreendeu-se em que situações é declarado a situação de alerta, contingência ou calamidade.

Consoante a gravidade da situação o PREPC RAM é ativado pelo Conselho de Governo, mediante a proposta da Comissão Regional da Proteção Civil (CRPC), no seguimento da declaração de situação de Alerta ou automaticamente, na prossecução da situação de Contingência ou de Calamidade (SRPC, 2022).

Foi possível ainda compreender como é composto o teatro de operações, a mobilização e coordenação de meios, bem como, as diferentes hierarquias e responsabilidades atribuídas aos serviços da proteção civil (SRPC, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia), aos Agentes de Proteção civil (Corporações de Bombeiros, Forças de Segurança, Autoridade Marítima Nacional, SESARAM, SEMER, Corpo de Polícia Florestal da Região Autónoma da Madeira, Sapadores Florestais da Região Autónoma da Madeira, Cruz Vermelha Portuguesa, Corpo Operacional do SANAS) e a outros organismos e entidades de apoio que visam proporcionar as condições favoráveis ao rápido, eficiente e coordenado reforço, apoio e assistência, tanto na resposta imediata a um acidente grave ou catástrofe, como na recuperação a curto prazo (SRPC, 2022).

No que se refere às funções no âmbito do STAT-CIC, perante a ocorrência ou iminência de ocorrência de uma situação de catástrofe, o sistema de triagem integra um fluxograma específico de catástrofe que, ao ser iniciado, desencadeia um conjunto de procedimentos a serem concretizados, tendo como objetivo primordial ativar a cadeia de comandos e acionar os meios de socorro. O enfermeiro do STAT-CIC que recebe o pedido de ajuda/socorro, é responsável pela caracterização da ocorrência, de forma pormenorizada, tanto quanto possível, e por notificar de imediato a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) e a estrutura hierárquica do Serviço de Emergência Médico Regional (SEMER). Isto torna possível a disponibilização dos meios de socorro mais adequados à situação e assegura o início de um sistema de gestão de operações eficaz. O referido enfermeiro procede ainda ao seguimento e ao registo de todas as informações e pontos de situação efetuados por qualquer via (rádio, telefónica) pelas equipas de socorro e à transmissão da informação relevante pelos meios técnicos disponíveis aos órgãos competentes.

Há que salientar ainda a situação excecional dos últimos dois anos, já aqui mencionada, caracterizada pela crise pandémica provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Uma situação de exceção ocorre quando se verifica “(...) um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos

recursos humanos e técnicos disponíveis” como descrito no Regulamento nº 429/2018 (p. 19362). Tendo tal em conta, foi decretado estado de emergência, através do Decreto-Lei n.º 14- A/2020, pelo Presidente da República, permitindo desenvolvimento de competências específicas nesta área de ação, uma vez que, esta situação obrigou à célere reorganização das unidades de saúde e à adoção de medidas excecionais visando a contenção e mitigação da propagação exponencial da doença. Isto, especialmente no que se refere às restrições no fluxo de acesso aos cuidados de saúde, à gestão dos recursos materiais e humanos, mas também, à própria forma de prestação e gestão dos cuidados de saúde (Soares & Passos, 2022).

O desconhecimento de uma nova doença, a dimensão da pandemia com o número de vítimas mortais a aumentar, a preocupação em contraí-la e de ser o foco de transmissão para os clientes, família e amigos, obrigou à procura de conhecimento em fontes de informação credíveis, à sua atualização e adaptação constante e ao rigor na execução de todas as normas nacionais, regionais e institucionais emanadas pelas entidades competentes, visando uma resposta adequada face à evolução dinâmica da pandemia.

É sabido que, em todas as ocorrências de urgência e emergência, o principal objetivo é a assistência à pessoa prestando cuidados que visam a manutenção da vida e promoção da saúde. No entanto, Gomes (2016) ao fazerem referência a um vasto leque de autores (McGillivray; Lynch; Eisert et al. & Foresman-Capuzzi) e Ribeiro et al. (2021) consideram que perante situações de crime/violência, é fundamental que os profissionais envolvidos na assistência, sejam capazes de identificar de forma apropriada e de preservar adequadamente os vestígios forenses (biológicos e não biológicos) encontrados no corpo da vítima/agressor que mais tarde podem vir a ser alvo de prova pericial em tribunal, sendo essenciais para o sucesso de uma investigação criminal.

A metodologia científica inerente à Cadeia de Custódia, apresenta uma relevância extrema nos casos forenses, pois permite efetuar de forma segura e rigorosa a recolha dos vestígios no local do crime. Uma correta cadeia de custódia garante a preservação dos elementos de prova desde a sua obtenção, até os mesmos produzirem prova (Gomes, 2016).

Gomes (2016) ao referenciar Gonçalves salienta que “(...) muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência” (p. 5), contudo, a integridade destes vestígios poderá ficar comprometida se a sua recolha e preservação não for devidamente acautelada, podendo levar mesmo à destruição ou contaminação dos mesmos.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EEMC “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19364). Neste sentido, torna-se imperativo que os enfermeiros do SU tenham conhecimentos na identificação e preservação de vestígios forenses pois, encontram-se numa posição privilegiada que facilita e promove a identificação e recolha dos mesmos. Ao longo da atividade profissional, perante a suspeita de crime/violência procurou-se contribuir de forma rigorosa para a recolha e preservação dos vestígios de prova.

Nos casos das situações de violência doméstica e/ou sexual, teve-se a preocupação de conservar tudo o que a vítima apresentava como potencial vestígio da prática de crime, nomeadamente as roupas ou outros objetos que a acompanhavam. Segundo Gomes (2014b), é comum encontrar elementos ou fluidos do agressor na roupa da vítima, podendo estes serem utilizados como elementos físicos de prova.

Teve-se o cuidado de não realizar a limpeza da vítima e de incentivar a mesma a não proceder a cuidados de higiene e limpeza, sem antes ter sido realizada a colheita dos vestígios. Assegurou-se o registo pormenorizado com a descrição das lesões apresentadas e o aspeto da vítima à chegada ao SU no processo clínico, bem como, de todos os procedimentos executados em contexto de urgência e emergência para a manutenção da vida.

Nos casos das vítimas que tiveram alta clínica, garantiu-se o encaminhamento para as intuições de apoio à vítima e respetiva família.

Em qualquer suspeita de crime/violência em que a roupa da vítima teve de ser removida, foi entregue de imediato ao agente da PSP do SU por forma a armazenar adequadamente num saco de papel cada peça individualmente. Segundo Gomes (2016) ao referenciar Gabriel “Nunca se deve armazenar em sacos de plástico, pois estes permitem a passagem da luz e criar um ambiente humedecido que instiga a multiplicação bacteriana, destruindo os vestígios” (p. 44). Nas situações em que a roupa teve de ser cortada, evitou-se cortar pelos locais de penetração de objetos perfurantes (a exemplo, as agressões com arma branca). Gomes (2014c) realça que o estudo da roupa é um dos elementos mais relevantes no correto estudo necrópsico perante uma morte por arma branca, as “(...) soluções de continuidade nas roupas devem ser cuidadosamente estudadas, assim como as manchas de sangue que podem aparecer nelas (...)” (p. 405), Gomes (2016) acrescenta que a roupa que contenha algum indício de lesão nunca deve ser cortada pelos locais de penetração ou rasgões, mas sim pela área circundante.

Na presença de lesões, teve-se o cuidado de medir e documentar o tamanho, a forma, a coloração e a localização da lesão no processo clínico. Segundo Gomes (2014c),

para um diagnóstico de suicídio, a região onde se localiza a lesão deve ser acessível a um utensílio empunhado pelo próprio, já que regiões anatómicas que não são acessíveis à vítima por si mesma podem remeter para a hipótese de homicídio. Esta descrição pode igualmente “(...) auxiliar a inferir acerca do tipo de arma utilizada” (Gomes, 2016, p. 42).

Perante situações de acidentes de viação, em que a vítima em causa era o condutor que alegadamente conduzia sob o efeito de álcool, ou perante a suspeita ou confirmação de intoxicações, procedeu-se à avaliação de sinais e sintomas manifestados pela vítima, pesquisou-se antecedentes pessoais como a intenção de suicídio e colaborou-se na colheita de amostras de sangue, urina ou conteúdo gástrico. Segundo Gomes (2016) ao fazer referência a Green a presença de determinadas substâncias como o álcool, ou em casos de inalação de gases, solventes ou substâncias que são rapidamente absorvidas, metabolizadas ou eliminadas pelo organismo, é muito difícil de confirmar no período pós assistência ao SU, pelo que, uma amostra de sangue no momento de admissão no SU assume especial relevância, pois poderá provar a alegada presença destas no organismo.

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre esta temática, frequentou-se, durante o curso de mestrado uma aula aberta denominada “Aspetos Forenses em Emergência Extra-Hospitalar” promovida pelo Enfermeiro Forense Albino Gomes (Mestre em Medicina Legal e Doutoramento em Medicina Forense) que permitiu compreender a relevância do papel do enfermeiro na investigação criminal e a sua colaboração com o sistema judicial.

Ainda como referido no Regulamento n.º 429/2018, perante o risco de infeção face à complexidade das situações, à necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica e aos múltiplos contextos de atuação, o EEMC para a manutenção da vida da PSC deve responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

As IACS são infeções contraídas pelos clientes durante a prestação de cuidados ou da realização de procedimentos e que podem, igualmente, afetar os profissionais de saúde durante o desempenho da sua atividade. O conceito de IACS é mais abrangente que a designação de Infeção Nosocomial, pois engloba todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, sendo essencial assegurar a comunicação entre as mesmas, no sentido de identificar estas infeções de modo a reduzir o risco de infeção cruzada. A IACS é, portanto, uma infeção que não estava presente ou em incubação no momento da admissão e que é adquirida 48 horas após a admissão ou alta do cliente da instituição hospitalar (Pereira, 2020; Morais, 2017; DGS, 2007).

As IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são problemas de importância crescente a nível mundial e que estão diretamente relacionados, aos quais nenhum país ou instituição prestadora de cuidados de saúde pode ficar alheio. As IACS contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade, prolongam o tempo de internamento e simultaneamente aumentam o sofrimento do cliente e os custos em saúde (DGS, 2017).

Segundo o Parecer n.º 06/2013, cerca de um terço das IACS podem ser evitadas através da adoção de práticas seguras, nomeadamente a higienização das mãos, a utilização de EPI ou a higienização ambiental. Estas infeções refletem um dos maiores riscos associados à hospitalização, constituindo um indicador relevante de qualidade dos cuidados de saúde e de segurança do cliente.

Em 2013, pelo Despacho n.º 15423/2013, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que resultou da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. Isto, devido à necessidade de uma abordagem de forma global e integrada dos dois problemas, potenciando os resultados gerados pela sua interligação. Este programa teve como objetivos a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Em cada Administração Regional de Saúde e nas Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas existe um Grupo de Coordenação Regional do PPCIRA, que inclui médicos e enfermeiros, representantes dos cuidados hospitalares, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados (DGS, 2018).

A prevenção e controlo das IACS e da resistência aos antimicrobianos, são os dois pilares que fundamentam o respetivo programa e que determinam as grandes linhas orientadoras da sua ação. Por um lado, a promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, com conseqüente redução das situações em que é necessária prescrição antibiótica, repercutindo-se na redução da geração de resistências. A implementação da Campanha Nacional das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CNPBCI) tem sido um instrumento de apoio essencial à promoção dessas boas práticas, sendo determinante para a implementação de uma prática especializada.

Por outro lado, a redução de resistências a antibióticos, pode ser conseguida através da diminuição do seu consumo, do seu uso racional, utilizando-os apenas quando

estritamente necessário, devendo a sua utilização se cingir ao uso dos antibióticos de espectro mais estreito possível e apenas durante o tempo necessário (DGS, 2017).

De acordo com a DGS (2017), um terceiro pilar estruturante do PPCIRA é a Vigilância Epidemiológica, que possibilita através dos seus vários programas mensurar o sucesso dos restantes dois, ou seja, perceber se as IACS e a resistência a antimicrobianos estão a ser reduzidas. Pereira (2020) considera que o conhecimento dos dados epidemiológicos e sua evolução ao longo do tempo, no que se refere por exemplo às taxas de infeção, tipo de infeção mais frequentes e microrganismo mais prevalentes, permitem perceber se as práticas que estão a ser usadas são as mais adequadas na prevenção de infeções e disseminação de microrganismos multirresistentes.

Segundo a Norma n.º 029/2012 da DGS as PBCI têm como objetivo prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, durante a prestação de cuidados. Essas potenciais fontes de infeção englobam o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Destinam-se a garantir a segurança de todos os clientes, independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso, bem como dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

A mesma norma realça que o princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (p.10), pelo que, devem ser implementadas medidas de precaução consoante os procedimentos a serem realizados e os seus riscos inerentes. Estas precauções não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, sendo que, em casos específicos, nomeadamente nas infeções por *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), *Acinetobacter* multirresistente, entre outros, estão indicadas medidas adicionais baseadas nas vias de transmissão (contato, aérea e gotículas), que servem como complemento às PBCI, mas não as substituem.

Durante a prática profissional e nos estágios clínicos, colaborou-se na prevenção da transmissão cruzada de infeção, logo na admissão do cliente ao se considerar que todo o cliente era potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos e que, portanto, podia constituir como um reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção. Para tal, atendeu-se a cada item referente às PBCI consoante a avaliação de risco, o contacto e o procedimento previsto, nomeadamente, na triagem dos clientes, no reforço da higienização das mãos, na etiqueta respiratória, na adequação dos EPI, na descontaminação

do equipamento clínico, no controlo ambiental, no manuseamento seguro da roupa, na recolha segura de resíduos, procedeu-se ainda a práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e no risco de exposição a agentes microbianos no local de trabalho, como indicação da Norma n.º 029/2012.

Estas medidas ganharam uma maior relevância desde o aparecimento do novo coronavírus, designado por SARS-CoV-2 e da doença associada a este vírus conhecida como COVID-19 em dezembro de 2019. A 30 de janeiro de 2020, foi declarada pela OMS a situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional, sendo, posteriormente, reconhecida como Pandemia pela mesma instituição a 11 de março de 2020. Tal facto veio reforçar a importância da adoção das medidas preventivas e de controlo no contexto mundial como relatado no Procedimento GCPPCIRA.PRO.034. Considerando, as vias de transmissão destes vírus anteriormente referidas e a necessidade de implementar medidas para a contenção da sua transmissão, bem como, assegurar a segurança dos profissionais de saúde, clientes e comunidade em geral, as entidades competentes da área de saúde, nomeadamente a DGS e o INEM viram-se obrigadas a reformular procedimentos de atuação.

Neste sentido, salienta-se a participação no Curso de Formação Profissional “Prevenção e Controlo da Infecção por novo coronavírus” promovido pelo Serviço de Formação e Investigação do SESARAM, tendo sido fundamental para aquisição de conhecimentos no que se refere à epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento deste tipo de infeções, para clarificar conceitos como a definição de “Caso Suspeito”, “Caso provável”, “Caso Confirmado” e “Contacto Próximo”, assim como, para adquirir conhecimentos na abordagem perante cada tipo de caso/contacto e respetiva notificação, para fazer face ao controlo e prevenção de infeção por este novo coronavírus.

Colaborou-se na minimização do risco de exposição, pela adoção de todas as medidas prevenção e controlo da infeção, incluindo o uso de EPI conforme o procedimento ou cuidado a realizar perante um caso suspeito, provável ou confirmado de SARS CoV-2, emanadas pelo GCPPCIRA do SESARAM. Evidencia-se o contributo na quebra de cadeias de transmissão através da aplicação rigorosa do “Questionário de Avaliação do Risco e Detecção precoce para COVID-19” com base nos critérios clínicos e epidemiológicas, na pré-triagem.

Garantiu-se ainda que qualquer cliente, independentemente do seu encaminhamento possuía uma máscara cirúrgica reforçando a sua correta utilização, incentivou-se ao distanciamento entre os clientes, ao reforço da higienização das mãos e à etiqueta respiratória. Respeitou-se e orientou-se os assistentes operacionais, na transferência

dos casos positivos com necessidade de internamento ou de realização de exames complementares de diagnóstico, de acordo com o circuito recomendado como consta do Procedimento GCPPCIRA.PRO.034.

Procedeu-se ainda à automonitorização e vigilância de sinais e sintomas, procedendo ao seu registo diário em folha própria, cumpriu-se o esquema vacinal recomendado para a prevenção da infeção por SARS-CoV-2 e realizou-se testes moleculares regularmente como recomendado pelo Núcleo de Saúde Ocupacional em articulação com o GCPPCIRA.

Em contexto pré-hospitalar, salienta-se o papel desenvolvido na prevenção e controlo da infeção através do atendimento das chamadas da linha de saúde 24 Madeira (SRS24), colaborando na triagem e aconselhamento de casos suspeitos ou confirmados de infeção por SARS CoV-2, bem como fazendo a respetiva referenciação para as entidades competentes, por forma a dar início ao estudo epidemiológico. Acompanhou-se e orientou-se ainda os casos que apresentavam agravamento do estado clínico para o serviço de saúde mais adequado.

Os clientes internados num SMI, nomeadamente a PSC com sépsis, ostenta um risco acrescido de adquirir uma IACS, relacionado com diferentes fatores, especificamente: presença de dispositivos e intervenções invasivas; necessidade de procedimentos cirúrgicos; exposição a antimicrobianos de largo espetro; falência multiorgânica; e imunidade comprometida.

A utilização de sistemas intravasculares no SMI como o CVC e a LA é quase indispensável. Não só pela necessidade de um acesso venoso (CVC) para administração de terapêutica, fluidos, hemoderivados, entre outros, mas também, por questões inerentes à monitorização hemodinâmica (Stümpfle, 2015). Contudo, a presença destes dispositivos quebra a barreira natural da pele e mucosas, permitindo a proliferação microbiana (Pereira, 2020). Stümpfle (2015) considera que as infeções da corrente sanguínea são um dos locais mais comuns de infeção associadas ao desenvolvimento de sépsis. A DGS (2016) salienta que este tipo de infeção, particularmente a bacteriemia por MRSA e a bacteriemia relacionada com o CVC são infeções graves, que em muitos casos estão diretamente relacionadas com as práticas menos corretas na prestação de cuidados. As infeções relacionadas com o uso de dispositivos intravasculares representam uma importante causa de morbilidade e mortalidade, aumento dos custos hospitalares (estimados em aproximadamente 18 000 euros por episódio) e maior tempo de internamento (Calò et al.,

2020), Pereira (2020) por sua vez reforça que estas infeções representam a maior ameaça à segurança dos clientes internados no SMI.

Com o intuito de colmatar as práticas menos adequadas, a DGS recomenda que a prevenção de infeções associadas a procedimentos deve ser abordada segundo *Bundles* ou “feixes” que correspondem um conjunto de intervenções, que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções, individualmente. Estes “(...) feixes de intervenção têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente”, como relatado na Norma n.º 022/2015 (p. 9).

Por conseguinte, o GCPPCIRA do SESARAM desde a implementação do projeto “STOP Infeção Hospitalar”, o qual visava a redução de 50% da incidência de infeções hospitalares em três anos, promove medidas de prevenção e controle da infeção a partir de um conjunto de feixes de intervenção como recomendado pela DGS, nomeadamente, no que diz respeito à prevenção da infeção relacionada com o CVC, à prevenção da PAI, à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical e à prevenção da infeção do local cirúrgico. Segundo Pereira (2020) estas infeções representam mais de 80% do total das IACS no SMI.

Durante as práticas clínicas ou durante a atividade profissional, perante o diagnóstico de “Risco de Infeção” evidenciado, pela presença de vários dispositivos médicos invasivos, nomeadamente o CVC e/ou LA atuou-se de acordo com o Procedimento n.º 033. Ou seja, teve-se em conta o feixe de intervenções preconizadas pelo GCPPCIRA na prevenção da infeção associada aos cateteres vasculares e que está em consonância com a Norma n.º 022/2015 da DGS. A exemplo das intervenções implementadas, salienta-se a vigilância do penso, a execução do mesmo com técnica asséptica, o uso de máscara e de luvas esterilizadas, a desinfeção do local de inserção do cateter com clorhexidina a 2% em álcool e a vigilância da presença de sinais inflamatórios, alteração do penso de acordo com o seu tipo. Ainda se procedeu à troca dos sistemas de perfusão de acordo com o respetivo procedimento. Teve-se sempre em atenção a realização da higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC, bem como, descontaminou-se os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias), por fricção com clorhexidina a 2% em álcool, durante 10 a 15 segundos e deixou-se secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.

Considera-se que a incidência de infeções da corrente sanguínea com evolução para sépsis e choque séptico relacionado com a presença de cateteres intravasculares, pode ser francamente reduzida pelo cumprimento de boas práticas na colocação, manutenção e remoção dos mesmos (DGS, 2016). Tal vai ao encontro dos resultados apresentados no Relatório Anual das Infeções e Resistência a Antimicrobianos da DGS (2018), que demonstra na vigilância epidemiológica da infeção relacionada com o CVC em Unidades de Cuidados Intensivos entre 2013 e 2017, uma redução da densidade de incidência de Bacteriemia (-30,77% face a 2013), o que traduz a pertinência, a eficiência e a efetividade dos feixes de intervenção preconizados, inerentes à qualidade e segurança dos clientes.

A PAI é uma IACS que se desenvolve 48 horas ou mais após a entubação traqueal e à VMI. A presença do Tubo Orotraqueal (TOT) compromete a integridade da orofaringe e da traqueia, possibilitando a entrada de secreções orais e gástricas nas vias aéreas inferiores e parênquima pulmonar, com consequente invasão por microrganismos. É uma complicação que ocorre em 28% dos clientes que recebem ventilação mecânica, sendo que, a sua incidência aumenta com a duração da ventilação mecânica. A taxa de mortalidade total de PAI varia de 27-76% (Goel, 2016).

A PAI provocada por agentes patogénicos como as *Pseudomonas* ou *Acinetobacter* estão associadas a uma maior taxa de mortalidade do que aquelas associadas a outros microrganismos. Um atraso em iniciar antibiótico apropriado aumenta o risco de mortalidade. Os resultados também estão relacionados com o momento do início da PAI. A pneumonia de início precoce, ocorre nos primeiro quatro dias de hospitalização em que predominam agentes etiológicos como: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* sensíveis à metilina (MSSA) e Enterobacteriácias sensíveis a vários antibióticos; enquanto que a PAI de início tardio desenvolve-se cinco ou mais dias após a admissão e são geralmente associadas a agentes multirresistentes como a *Pseudomonas aeruginosa*, MRSA, enterobacteriáceas Extended-spectrum beta-lactamase (ESLB) e *Acinetobacter spp* (Goel, 2016; Estrada & Miranda, 2015).

Os antecedentes pessoais devem incluir uma avaliação dos fatores de risco relacionados aos agentes multirresistente, nomeadamente, internamento atual superior a cinco dias, internamento hospitalar por mais de dois dias no período anterior a 90 dias, o uso de antibióticos nos últimos 90 dias, a residência em lar de idosos ou centro de cuidados continuados, presença de feridas, diálise nos últimos trinta dias e imunossupressão (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida [SIDA], neutropenia < 500/mm³, corticoterapia >10mg/dia). Esta avaliação torna-se fundamental para a prescrição apropriada dos

antibióticos empíricos antes mesmo do resultado da cultura bacteriana (Goel, 2016; Estrada & Miranda, 2015).

São vários os autores, nomeadamente Goel (2016) e Marino (2017) que fazem referência a um conjunto de intervenções que devem ser implementadas para a prevenção da PAI e que estão em consonância com a Norma n.º 021/2015 e pelo GCPPCIRA do SESARAM. Neste sentido, e com o intuito de reduzir o risco de PAI procedeu-se à elevação da cabeceira a 30-45°, especialmente durante a alimentação entérica, à aspiração das secreções subglóticas, contribuindo para a redução do risco de PAI de início precoce, teve-se em atenção a pressão do *cuff* do TOT, mantendo-a entre 20 a 30 cmH₂O para evitar a aspiração ao redor do mesmo e procurou-se evitar que condensação do circuito ventilatório entrasse nos tubos endotraqueais e em qualquer nebulizador em linha. É importante referir que mudanças frequentes do circuito do ventilador não mostraram reduzir o risco de PAI pelo que, atualmente não é recomendado. No entanto, a troca diária de filtros reduziu o risco desta infeção, pois 95% dos filtros são colonizados por bactérias.

Ainda no mesmo conjunto de intervenções, e seguindo a linha de pensamento dos autores atrás mencionados, discutiu-se diariamente com o Enfermeiro Tutor e com equipa médica a possibilidade de redução da sedação e do desmame ventilatório e/ou extubação. Goel (2016) defende que ao serem implementados protocolos para sedação e desmame da mesma, reduzirá a duração da ventilação mecânica, pois, a sedação excessiva e prolongada, bem como extubação malsucedida e o desmame retardado estão associados a riscos aumentados de PAI.

Ainda se procedeu à higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%. A constatação de que a PAI começa com a colonização patogênica da orofaringe resultou, na introdução de medidas de descontaminação da orofaringe como medida preventiva da PAI. A higiene oral de rotina com clorohexidina a 0,2% tornou-se uma prática padrão em clientes dependentes de ventilador (Marino, 2017). Salienta-se ainda, a importância da interpretação radiográfica de tórax e da auscultação pulmonar na prevenção da PAI para o planeamento dos cuidados de enfermagem, no que se refere à identificação de atelectasias e/ou campos de hipoventilação pulmonar, as quais requereram adaptações das intervenções de enfermagem no que respeita à mobilização e posicionamento dos clientes.

De acordo com o Relatório Anual das Infeções e Resistência a Antimicrobianos da DGS (2018), na vigilância das infeções em UCI a densidade de incidência de PAI por 1 000 dias de entubação, entre 2013 e 2017, reduziu 10,81% face a 2013, o que significa que as

medidas adotadas com os feixes de intervenção na prevenção da PAI têm vindo a ter um impacto positivo nos resultados obtidos.

Segundo o Procedimento n.º 013 do GCPPIRA as vias urinárias são a porta de entrada mais frequente de sépsis por microrganismos Gram-negativo nos clientes internados, podendo ocorrer durante o momento ou, logo após a inserção do cateter vesical ou subsequentemente, devido à flora que coloniza o sistema (espontaneamente ou após as manipulações do sistema). Entre 10% a 20% dos clientes algaliados irão desenvolver bacteriúria e 2% a 6% irão desenvolver sintomas de ITU. Há que realçar que o risco de desenvolver bacteriúria aumenta aproximadamente 5% por cada dia de cateterização vesical, até quase 100%, às 4 semanas.

De acordo com os dados do último inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses (2012), a ITU foi a segunda mais frequente (21,1%), sendo que 23% estava relacionada com a presença do cateter vesical. O mesmo relatório mostra que as Enterobacteriáceas foram os principais agentes isolados com 60,3%, sendo que a mais prevalente foi *Escherichia coli* com 31,4%, seguido da *Klebsiella spp* com 16,3% e por fim a *Pseudomonas aeruginosa* com 11,6% (DGS, 2013).

Segundo o Procedimento anteriormente referido, a *Escherichia coli*, é o microrganismo encontrado com mais frequência no cateterismo de curta duração, embora a *Pseudomonas aeruginosa*, a *Klebsiella spp*, o *Proteus spp* e *Enterococcus* também tenham sido isolados. Em relação ao cateterismo de longa duração, são mais frequentes as *Providencia staurtti*, a *Morganella morganii* e a *Candida*. A formação de biofilmes no cateter vesical e nos sistemas de drenagem é quase universal, nomeadamente no cateterismo vesical de longa duração, o que pode resultar em complicações.

Perante o exposto, considerou-se fundamental prevenir as ITU associadas ao cateterismo vesical através da implementação de uma série de intervenções recomendadas no Procedimento n.º 013 consonantes com a Norma n.º 019/2015. Neste âmbito, salienta-se a execução com técnica assética do cateterismo vesical com conexão ao sistema de drenagem (sistema fechado). Avaliou-se, sistematicamente, a possibilidade de evitar o cateterismo vesical, vigiou-se as características da urina, supervisionou-se e cumpriu-se com técnica limpa a drenagem do saco de urina, realizou-se a higiene diária do meato uretral e, sempre que possível, com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Teve-se o cuidado de manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e

esvaziado sempre que tenha sido atingido dois terços da sua capacidade, trocando o saco de drenagem de acordo com as seguintes indicações: aquando da substituição do cateter vesical; de 8-10 dias para cateter de longa duração; perante hematúria franca ou piúria; perante a acumulação de sedimento e/ou coágulos; perante cheiro desagradável; se o saco estiver danificado ou com fugas; ou se houver desadaptação accidental do saco.

Segundo o Relatório n.º 0001 a “(...) taxa de MRSA no SESARAM, em 2013 foi de 46,4%, tendo aumentado para 54,0%, em 2014” (p. 140), este aumento tem-se verificado igualmente a nível nacional. Foi verificado também, um aumento do número de episódios de infeções da corrente sanguínea por MRSA associadas aos cuidados de saúde, no total de 75%, em 2013, atingindo 82% em 2014, vindo a decrescer, situando-se nos 45,5% em 2018.

Considera-se preocupante a ocorrência cada vez mais frequente de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Segundo Morais (2017) o *Staphylococcus aureus* constitui uma das principais causas de infeções da comunidade e principalmente associadas a cuidados de saúde, trata-se de uma bactéria comensal que coloniza as narinas (reservatório primário), faringe, axilas, vagina, bem como, as lesões cutâneas presentes. Segundo a mesma autora, esta bactéria apresenta capacidades ímpares de penetrar no organismo e provocar infeção. As infeções podem ocorrer no decurso de uma lesão na pele ou mucosas, que possibilita o acesso da bactéria aos tecidos vizinhos ou à corrente sanguínea. Material protésico, incluindo cateteres intravasculares aumentam o risco de infeção.

O relatório atrás mencionado, alerta para a elevada taxa de morbilidade e mortalidade (33,3% em 2014 e 37% em 2015) associados a esta bactéria, acarretando custos económicos, familiares e sociais. Morais (2017) acrescenta que a emergência da resistência a meticilina transformou este microrganismo num desafio à escala mundial, sendo o agente etiológico mais frequente nas IACS resistentes a antimicrobianos no mundo. A mesma autora salienta que “Portugal tem apresentado um dos níveis mais elevados da Europa em termos de meticilina-resistência do *Staphylococcus aureus*, tendo sido considerado um problema prioritário pela DGS” (p. 23).

O relatório atrás citado, destaca ainda fatores de risco para a infeção por MRSA, tais como: internamento nos seis meses anteriores; uso de antibioterapia nos seis meses anteriores; realização de hemodiálise; internamento em Lar; presença de dispositivos invasivos; ferida crónica; e história de colonização/infeção por MRSA. Para fazer face a esta problemática a DGS publicou a Norma n.º 018/2014 e no mesmo sentido, o GCPPIRA do SESARAM, implementou protocolos de atuação que vão ao encontro destas diretrizes na prevenção de infeções por MRSA.

Durante o estágio, teve-se presente a gravidade das infeções por MRSA, pelo que se procurou atuar de acordo com o “Protocolo de Prevenção da Transmissão Cruzada da Colonização/ Infeção por MRSA” existente na unidade que corrobora com as medidas preconizadas na Norma n.º 018/2014. Assim, nos clientes em que não apresentavam fatores de risco, que se encontravam nos primeiros cinco dias de internamento, incentivou-se e deu-se banho com toalhetes de Gluconato de Clorohexidina (incluindo o couro cabeludo com a touca de Gluconato de Clorohexidina). Realizou-se o rastreio de MRSA num cliente internado com urosépsis, tendo este realizado vários antibióticos nos seis meses anteriores para ITU.

Neste cliente, procedeu-se a medidas de isolamento com biombos dado o isolamento da unidade estar indisponível, sinalizou-se os biombos com sinal de alerta para a necessidade de medidas de contacto, reforçou-se as PBCI com maior incidência na higienização das mãos, no uso de avental ou bata e máscara cirúrgica (pela situação pandémica que vivemos e no caso do MRSA por risco de salpicos de secreções durante a aspiração), na limpeza ambiental (supervisionando e orientado os assistentes operacionais), na gestão dos resíduos hospitalares. No que diz respeito à visita dos familiares, deu-se informação acerca da importância do uso da bata durante a permanência na unidade, da necessidade de higienizar as mãos antes e após o contacto com o cliente, de evitar o contacto com outros clientes, assim como, supervisionou-se o comportamento da família na adesão a estas medidas.

Segundo Morais (2017) “A disseminação de estirpes de MRSA dá-se geralmente através da contaminação transitória das mãos dos profissionais de saúde” (p. 23), pelo que se reforça a importância do papel do enfermeiro EEMC no incentivo de todos os profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controle deste tipo de infeção, nomeadamente, a higienização das mãos e precauções básicas complementares, como as medidas de isolamento e de contacto.

Perante o exposto, acredita-se ter demonstrado conhecimentos dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção tendo em conta as diretrizes de âmbito regional e nacional. Perante a PSC diagnosticaram-se as necessidades e fomentaram-se estratégias pró-ativas perante a necessidade de prevenção, intervenção e controlo da infeção, demonstrando conhecimentos com base na melhor evidência científica e salvaguardando o cumprimento dos procedimentos determinados pelo GCPPCIRA do SESARAM. Mediante o contexto de prestação de cuidados, divulgou-se e incentivou-se a pessoa, família e equipa multidisciplinar à adesão de medidas inerentes à prevenção e controlo da infeção.

3. O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Enquanto discente do CMEMC, para além do desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, percecionou-se igualmente o desenvolvimento de competências conducentes ao grau de Mestre que se pretende demonstrar no decorrer deste capítulo.

Atendendo ao descrito no Decreto-Lei nº 65/2018, referente à alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior ao grau de Mestre, é exigido o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, bem como, a capacidade de saber compreender e aplicar esses conhecimentos para a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que relacionados com a sua área de estudo.

Considera-se que este processo de consolidação de saberes iniciou-se com a realização do Curso de Bacharelato em Enfermagem e, posteriormente, com o Ano Complementar de Formação em Enfermagem ao qual foi conferido o grau de Licenciado em Enfermagem. Julga-se ainda que a experiência profissional nos diferentes contextos da prática clínica e o interesse pela aprendizagem ao longo da vida, nomeadamente com a realização do CMEMC, têm sido aspetos determinantes para o aprofundamento e capacidade de compreensão dos mesmos.

Apesar de, no início da carreira, nada fazer prever o particular interesse na PSC, dado ter iniciado funções como enfermeira de cuidados gerais no âmbito dos cuidados de saúde primários, este interesse começou a ganhar relevo quando, posteriormente, se assumiu funções num serviço de medicina interna, inicialmente no Hospital Pedro Hispano e, posteriormente, no Hospital dos Marmeleiros do SESARAM, aquando do agravamento da situação clínica dos clientes internados. Nestas situações, era exigido uma maior integração de conhecimentos e uma intervenção célere, eficiente e em tempo útil às situações de risco iminente ou estalecido de vida.

Neste sentido, teve-se necessidade de aprofundar conhecimentos com a realização de várias formações dirigidas para a reanimação cardiorrespiratória, das quais destaco o “Ciclo de Estudos de Enfermagem em Urgência”, o “Curso de Suporte Básico de Vida” (SBV), o “Curso de Suporte Avançado de Vida” (SAV) e o “Curso de Emergência Pré-

Hospitalar”, tendo adquirido conhecimentos na área do trauma. Mais tarde, teve-se oportunidade de integrar o Núcleo de Formação do SESARAM, colaborando como co-formadora em Cursos de SBV, reciclagem de SBV e SAV, contribuindo, como referido anteriormente, para o desenvolvimento de outros profissionais.

O interesse na área da urgência e emergência era evidente e, a incessante necessidade de busca de novos conhecimentos e experiências profissionais, culminou na transferência para o SU do HNM em 2005, onde se deu o auge da realização profissional e do desenvolvimento de competências particularmente direcionadas para a PSC. Benner (2005) salienta que a “(...) teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 57). No entanto, a mesma autora defende que

Pelos riscos que comporta, tanto para a enfermeira como para o doente, os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas (p. 24).

Como tal, e dada à abrangência e complexidade dos cuidados em contexto de urgência e emergência, ao longo dos anos, teve-se especial atenção na atualização e aquisição de novos conhecimentos, cooperando para uma prática orientada pelo pensamento crítico-reflexivo e assente na mais recente evidência científica. Destaca-se a realização do “Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar” que contribuiu, de forma significativa, para a aquisição de conhecimentos no domínio do doente politraumatizado, das emergências cardiológicas, respiratórias, neurológicas, neurocirúrgicas e das emergências pediátricas. Durante este curso, evidencia-se a participação num projeto de investigação, onde se pretendeu identificar as “Competências dos enfermeiros do serviço de urgência na abordagem ao doente politraumatizado adulto”, permitindo adquirir competências no desenvolvimento de uma metodologia científica e de investigação em enfermagem. Considera-se que a investigação em enfermagem é uma ferramenta fulcral para uma prática baseada na evidência, traduzindo-se na qualidade dos cuidados, ganhos em saúde e desenvolvimento e projeção da disciplina.

Frequentou-se ainda o “Ciclo de Conferências de Mobilização e Transporte do Doente Crítico”, o Curso de formação profissional “Via Verde para a Sepsis”, a participou na “Semana de Emergência Médica da Madeira” e realizou-se o Curso de formação profissional “FCCS – Fundamental Critical Care Support”.

Em 2014, em plena crise socioeconómica, desmotivada com a estagnação da carreira profissional, aliado à ambição de ter uma experiência internacional, surgiu a oportunidade de ingressar num dos mais reconhecidos Centros de Trauma do Reino Unido - Cambridge University Hospital – Addenbrooke’s Hospital, onde, se exerceu funções, inicialmente, num serviço de internamento de curta duração de apoio direto ao SU, denominado por Medical Short Stay Unit- Emergency Department (MSEU) e, posteriormente, no SU do mesmo hospital. Durante a permanência no Reino Unido realizou-se diferentes formações, das quais se destaca o Curso “The Nursing Role in Major Trauma” baseado na abordagem do Advanced Trauma Life Support (ATLS), o “Ward-based Acute Care Scenario Training” e o “Immediate Life Support Course”, promovido pelo Resuscitation Council (UK). Tratou-se de uma experiência única e extremamente gratificante, caracterizada pelo reconhecimento das competências e da formação adquirida em Portugal, pela valorização da profissão e na qual a progressão na carreira é uma realidade. Evidencia-se a elevada cultura de segurança dos cuidados, não só no que respeita aos cuidados prestados ao cliente, mas também, nas condições de trabalho oferecidas à equipa multidisciplinar.

Por motivos pessoais e, por nunca ter tido intenção de emigrar definitivamente, em meados de 2018, surgiu oportunidade de regressar ao SESARAM, onde foi readmitida e onde se reiniciou funções no SU, onde se permanece até ao presente. De regresso ao SESARAM, teve-se oportunidade de participar nas “Jornadas de Enfermagem - Cuidar o Doente Crítico - dos cuidados emergentes à reintegração”, realizadas em outubro de 2018, permitindo uma melhor compreensão da abordagem integrada da PSC nos diferentes contextos de saúde, nomeadamente, no que respeita ao SU, Bloco Operatório, SMI e Serviço de Emergência Médica Pré-hospitalar do Serviço Regional de Proteção Civil e promovendo ainda a partilha de experiências e a divulgação de resultados de estudos científicos no âmbito desta temática.

Perante este enquadramento, considera-se que a ingressão no CMEMC surge com naturalidade, revelando-se como um pilar fundamental para a construção contínua da identidade e desenvolvimento profissional, o que vai ao encontro do defendido pela OE (2015), quando afirma que o “(...) aperfeiçoamento profissional, mais do que a mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (próprio dos trabalhadores por conta de outrem), é o caminho da construção de competências” (p. 43). A mesma entidade afirma que “(...) as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua

e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, num eixo de atualização e desenvolvimento profissional” (p. 43).

Sabemos que, perante uma PCR, a desfibrilhação precoce quando indicada, permite diminuir substancialmente os índices de morbilidade e mortalidade associados à PCR e aumentar, de forma significativa, a probabilidade de sobrevivência da vítima (INEM, 2020). Neste sentido, considera-se que a realização do curso de SBV com DAE representa uma mais-valia no reforço da cadeia de sobrevivência perante uma vítima de PCR em contexto pré-hospitalar.

Mais recentemente, deu-se a realização do Curso “Medical Response to Major Trauma Incidents (MRMI)”, o “Curso de Suporte Avançado de Vida em Queimados”, a participação no *Webinar* formativo sobre “Sistema de Compressão Torácica - LUCAS”, a participação no “World Sepsis Congress 2021”, promovido pela Global Sepsis Alliance, a participação no *Webinar* “Via Verde da Sépsis”, organizada pelo INEM e a participação no “VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos”, levada a cabo pela ASCI – Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto. Estes, indubitavelmente, contribuíram para o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional em áreas específicas relacionadas com a PSC de modo auto-orientado e autónomo, o que se coaduna com o exigido nas competências do grau de Mestre.

Considera-se que a realização do projeto de Autoformação, bem como, a seleção pertinente dos locais de estágio de referência na região no cuidado à PSC, revelaram-se estratégias fundamentais para colmatar as necessidades de formação inicialmente identificadas. A realização das práticas clínicas, suportadas pela supervisão clínica por EEMC e, fomentadas pela reflexão e análise diária da prática de cuidados, bem como, a realização de exercícios reflexivos, com base no modelo de reflexão estruturado (Ciclo de Gibbs) face a diferentes situações que suscitaram interesse, constituíram momentos de aprendizagem que subsidiaram a construção e reconstrução de conhecimento, a autoformação e o desenvolvimento de habilidades analítico-reflexivas. Tal concorda com a ideia defendida por Bártolo (2007) quando afirma que os estudantes não se formam a partir da definição de um leque de objetivos e conteúdos previamente estabelecidos, mas através da dinâmica reflexiva sobre a prática profissional.

Como demonstrado nos capítulos anteriores, acredita-se ter sido capaz de integrar conhecimentos, de mobilizar saberes, de lidar com situações complexas novas e não familiares, assim como de desenvolver soluções e emitir juízos perante as mesmas, alicerçadas na responsabilidade ética e profissional.

Durante o estágio II - Cuidados Intensivos, teve-se oportunidade de realizar um processo de enfermagem fundamentado referente a uma PSC acometida por PCR por Obstrução da Via Aérea (OVA), com base na mais recente evidência científica. Neste processo, contextualizou-se os tipos de OVA e a PCR, refletiu-se sobre a importância do TTM nos cuidados pós PCR e a pertinência do marcador bioquímico Enolase Específica do Neurónio como indicador de prognóstico da PCR. O processo de enfermagem contou com a apreciação inicial, tendo como referência o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, sendo que os diagnósticos e as respetivas intervenções de enfermagem tiveram por base a Taxonomia da CIPE para a sua elaboração. Prosseguiu-se com a implementação do plano de cuidados e a respetiva avaliação dos resultados.

A este grau académico está subjacente a capacidade de comunicar as suas conclusões, assim como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Isto tornou-se possível através da apresentação e debate do processo de enfermagem fundamentado em contexto de sala de aula, contando com a presença da Professora orientadora do estágio e dos colegas mestrandos, mas também, nos momentos de reflexão com a equipa de enfermagem ou aquando das passagens de turno.

Como referido no segundo capítulo, em contexto profissional, identificou-se a necessidade de uniformização de procedimentos na ativação da VVS aquando da realização da triagem, dado se verificar algumas dúvidas na sua ativação perante as diferentes manifestações clínicas do cliente, o que resultou na elaboração de um fluxograma de “Ativação da Via Verde da Sépsis na Triagem” com base na Norma n.º 010/2016 (Apêndice A), auxiliando a tomada de decisão do enfermeiro.

Para finalizar, salienta-se o início de funções no SEMER, no âmbito do STAT-CIC, em setembro de 2021, tendo sido recentemente nomeada pela coordenação do SEMER para integrar o grupo de trabalho referente à ativação da VVS em contexto pré-hospitalar.

CONCLUSÃO

O aperfeiçoamento profissional, a busca incessante pelo conhecimento, a procura da excelência na prestação dos cuidados, mais do que uma obrigação ética e moral do enfermeiro, são na esfera pessoal uma necessidade e um compromisso moral que se assume diariamente perante cada cliente/família e como elemento integrante de uma equipa multidisciplinar, pelo que se encara a concretização deste Mestrado com grande sentido de dever e responsabilidade.

Apesar dos percalços no decorrer da realização deste mestrado, decorrentes da pandemia que atravessamos e do confinamento subjacente, com necessidade de alteração dos campos de estágio e do projeto de autoformação inicialmente proposto, considera-se que, de um modo geral, a componente teórica aliada às práticas clínicas possibilitou a consolidação de conhecimentos técnico-científicos e o desenvolvimento sólido de competências para prestar cuidados de enfermagem especializados.

De salientar que a escolha do SMI do HNM como campo de estágio privilegiado para a concretização das práticas clínicas, revelou-se uma estratégia determinante para a persecução dos objetivos propostos. Os momentos diferenciados e enriquecedores de aprendizagem que foram proporcionados, por se tratar de uma unidade de referência na região no cuidado à PSC e a instigação de um pensamento crítico-reflexivo nos momentos de tomada de decisão, mostraram-se cruciais para o desenvolvimento das competências adquiridas.

A elaboração do relatório foi um momento de aprendizagem, caracterizado por uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. Pretendeu-se expor de forma clara e sem ambivalências o percurso para a aquisição das competências comuns e específicas de EEMC na vertente da PSC, bem como para a emergência das competências de Mestre, enaltecendo não só a vivência académica associada ao CMEMC, mas também a experiência vivida ao longo da práxis profissional. Neste âmbito, a alusão a Patricia Benner e à aquisição de competências baseadas na prática clínica articulada com o conhecimento inerente à disciplina, foram determinantes para a reflexão realizada.

Acredita-se ter demonstrado conhecimento, capacidade de compreensão e de resolução de problemas no cuidado da pessoa e respetiva família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, através do desenvolvimento de uma

prática dinâmica e da construção de um pensamento crítico-reflexivo, fundamentado e especializado em enfermagem, inerente à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade.

Procurou-se descrever e analisar as experiências que proporcionaram a aquisição, integração e aprofundamento de conhecimentos especializados, tendo em conta os princípios éticos e deontológicas que regem a profissão, a evidencia científica, a otimização da gestão de cuidados e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Recorreu-se à metodologia do processo de enfermagem para, de forma individualizada e especializada responder eficazmente aos diagnósticos de enfermagem identificados.

Ao longo do percurso de aquisição de competências identificou-se focos de instabilidade hemodinâmica na PSC, respondendo de forma pronta e antecipatória. Administrou-se e geriu-se protocolos terapêuticos complexos, familiarizou-se e demonstrou-se conhecimentos e habilidades na gestão da dor e do bem-estar e na gestão dos diferentes meios avançados de monitorização hemodinâmica, prevenindo complicações associadas a estes métodos, à VMI, à imobilização e ao risco acrescido de infeção. Destaca-se, nas atividades descritas, os cuidados inerentes à prevenção e controlo das IACS, tendo-se reforçado a importância das PBCI e do respeito pelas diretrizes emanadas pelo GCPPCIRA do SESARAM, na contenção da pandemia.

Atendendo ao “Desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: da avaliação à intervenção” sentiu-se necessidade de fazer uma abordagem mais exaustiva no que respeita à fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da sépsis e da importância do papel do enfermeiro no reconhecimento precoce das alterações manifestadas pela PSC, tendo em consideração ao que de mais recente a comunidade científica revela sobre esta temática.

Com uma prevalência hospitalar crescente, a sépsis é considerada, por vários autores, um verdadeiro problema de saúde pública à escala mundial, associada a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade e custos em saúde. É universalmente reconhecido que o ponto crucial para melhorar os resultados associados à sépsis é a sua identificação precoce, associado aos testes de diagnóstico imediato, à terapêutica antimicrobiana e ao suporte hemodinâmico. Neste sentido, ao longo do processo de aquisição de competências, verificou-se que os cuidados de enfermagem especializados prestados à PSC, traduzidos na observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de monitorizar a situação da pessoa, assumem especial relevância no reconhecimento precoce de quadros de sépsis, mostrando-se fundamentais na prevenção de

complicações e evolução da doença. Para tal, surge a necessidade de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Considera-se que o recurso a protocolos de atuação, nomeadamente a implementação da VVS favorece a atualização de conhecimento e uma assistência adequada baseada em evidência científica.

No que se refere às dificuldades sentidas para a elaboração deste relatório, salienta-se a dificuldade em selecionar e explicar de forma sucinta as experiências profissionais que melhor traduziram a aquisição das competências de EEMC, dada a vasta experiência profissional, bem como, o facto de ter contactado com diferentes realidades profissionais.

Deste modo, considera-se que toda a frequência do mestrado em causa, assim como a realização deste relatório, foram muito satisfatórias e gratificantes, auferindo ganhos relevantes a nível profissional, mas também a nível pessoal, desenvolvendo as competências estipuladas como enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alves, F. & Sampaio, C. (2020). Monitorização em unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 69-80). Lidel.
- Aued, G. K., Bernardino, E., Da Silva, O. B. M., Martins, M. M., Peres, A. M., & De Lima, L. S. (2021). Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200211. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>
- Bader, M. Z., Obaid, A. T., Al-Khateb, H. M., Eldos, Y. T., & Elaya. M. M. (2020). Developing adult sepsis protocol to reduce the time to initial antibiotic dose and improve outcomes among patients with cancer in emergency department. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(4), 355-360. http://dx.doi.org/10.4103/apjon.apjon_32_20
- Barbosa, T. P., Beccaria, L. M., Bastos, A. S., & Da Silva, D. C. (2020). Associação entre nível de sedação e mortalidade de pacientes em ventilação mecânica em terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 54, e03628. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006903628>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Climepsi.

- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escola behavioral pains cale: intubated patient (BPS-IP/PT). *Revisão da Enfermagem Referência*, (9), 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Belio, M. I. P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Quarteto.
- Bleakley, G. & Cole, M. (2020). Recognition and management of sepsis: the nurse's role. *British Journal of Nursing*, 29(21), 1248-1251. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1248>.
- Bloos, F. (2020). The importance of a hospital-dedicated sepsis response team. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1794813>
- Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190031. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>
- Calò, F., Retamar, P., Pérez-Crespo, P. M. M., Lanz-García, J., Sousa, S., Goikoetxea, J., Reguera-Iglesias, J. M., León, E., Arminanzas, C., Mantecón, M. A., Rodríguez-Bano, J. & López-Cortés, L. E. (2020). Catheter-related bloodstream infections: predictive factors for Gram-negative bacteria aetiology and 30 day mortality in a multicentre prospective cohort. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 75(10), 3056-3061. <https://doi.org/10.1093/jac/dkaa262>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P. & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 60, 541-556.
- Carneiro, A. H., Andrade-Gomes, J., Póvoa, P. (2016). Cara sépsis-3, lamentamos dizer-lho, mas não gostamos de si. *Medicina Interna*, 23(4), 56-60. <http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/v23n4a14.pdf>

- Coimbra, N. & Coimbra, P. (2020). Trauma. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos*. (pp. 327-337). Lidel.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Constituição da República. (1976). <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Da Silva, R. S., Trindade, G. S. S., Paixão, G. P. do N., & Da Silva, M. J. P. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista de Brasileira de Enfermagem REBEN*, 71(1), 218-226. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Danski, M. T. R., De Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciências dos Cuidados de Saúde*, 16(2), 1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
- De Backer, D., & Dorman, T. (2017). Surviving sepsis guidelines a continuous move toward better care of patients with sepsis. *JAMA*, 317(8), 807-808. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.0059>
- De Freitas, M. J. B. dos S., Parreira, P. M. D., & Domingues, J. P. M. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da escala satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 9-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>
- De Oliveira, M. J. S., De Souza, A., Calvetti, P. U., & Filippin, L. I. (2018). A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(2), 33-38. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i2.4732>

- De Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*, 19, 31-46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República I Série A. 57 (09/03/1978). [Consult. 25 fev 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>>
- Decreto Legislativo Regional nº 3/2016/M. Diário da República Série I. 124 (30-06-2009). 4227-4232. [Consult. 14 nov. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/2478134/decreto-legislativo-regional-3-2016-M-de-28-de-janeiro>>
- Decreto-Lei nº 161/1996. Diário da República Série I-A. 205 (04/09/1996). 2959-2962. [Consult. 25 fev. 2022]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>>
- Decreto-lei nº 65/2018. Diário da República 1.^a série. 157 (16/08/2018) 4147-4182. [Consult. XX out. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>>
- Deodato, S. (2015). Prefácio I. In *Ordem dos Enfermeiros* (Ed.). Deontologia profissional em enfermagem (p. 9). Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 15423/2013. Diário da República II Série. 229 (26/12/2013). 34563-34565 [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013>
- Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República 2.^a Série. 28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10). [Consult. 18 dez. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015>
- Despacho nº 5613/2015. Diário da República II Série. 102 (27/05/2015). 13550-13553. [Consult. 20 jul. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>

- Despacho n° 9390/2021. Diário da República 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103. [Consult. 20 jul. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção Geral da Saúde – Orientação n° 017/2011: Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). 2011-05-19. Acessível na DGS
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. <http://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/programanacional-de-controlo->
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2015*. <http://hdl.handle.net/10400.26/15569>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n° 01/DQS/DQCO: Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS). 2010. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n° 07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. 2010. Acessível na DGS.

- Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 09/DGCG: Administrações regionais de saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde. 2003/06/14. Acessível na DGS, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde - Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. 2017. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2015: Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. 2015. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. 2019. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 010/2016: Via Verde Sépsis no Adulto. 2016. Acessível na DGS, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. 2017/07/13. Acessível na DGS, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. 2014. Acessível na DGS.
- Direção-geral da saúde – Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Acessível na DGS.
- Direção-geral da saúde – Norma nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. 2015. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2015. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). 2012/10/31. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses: Inquérito 2012*.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa nacional de acreditação em saúde: Reconhecimento da qualidade no serviço nacional de saúde.
https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao-_brochura-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020.
<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Mur, A. C. (2014). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing cliente care across the life span* (9th ed.). F. A. Davis Company

Dos Santos, J. L. G., Pestana, A. L., Guerrero, P., Meirelles, B. S. H., & Erdmann, A. L. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257-563.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>

Dugar, S., Choudhary, C., & Duggal, A. (2020). Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(1), 53-64.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.18143>

Dutra, C. S. K., Silveira, L. M., Sanos, A. O., Preira, R., & Stabile, A. M. (2014). Diagnósticos de enfermagem prevalentes no paciente internado com sepse no centro de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 19(4), 747-754.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-748067#:~:text=Os%20diagn%C3%B3sticos%20de%20enfermagem%20identificados,e%20integridade%20da%20pele%20prejudicada.>

- Estilita, J. (2015). Analgesia, sedação e *delirium*. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 61-69). Lidel.
- Estrada, H. & Miranda, I. (2015). Infecções nosocomiais. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 362-369). Lidel.
- European Trauma Course. (n.d). *The european trauma course manual* (3.1 ed.). Author
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyres, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Azevedo, L., Beales, R., Beilman, G., Belley-Cote, E., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intesive Care Medicine*, 47, 1181-1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Falcão, F., Pinho e Melo, T. & Ferro, J. (2015). Acidente Vascular Cerebral. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 19-31). Lidel.
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19086. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & De Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>
- Freitas, J. M. da S., Monteiro, A. B., Da Silva, B. M., De Andrade, F. L. M. & Ferreira, J. A. (2017). Cuidados de enfermagem ao paciente crítico na administração e controle de drogas vasoativas. *II CONBRACIS*. https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID481_12052017104542.pdf
- Global Sepsis Alliance. (2020). *Sepsis*. <https://www.global-sepsis-alliance.org/sepsis>
- Goel, M. K. (2016). Ventilator-associated pneumonia. In N. Rungta, R. Pande, M. Munjal & S. Khunteta (Eds.). *Critical care* (pp. 190-194). The Health Sciences Publisher

- Gomes, A. (2014a). Intervenção do enfermeiro forense em cenários de catástrofe. In A. Gomes (Eds.). *Enfermagem forense* (Vol. 2, pp. 642-659). Lidel
- Gomes, A. (2014b). Abordagem da vítima de agressão sexual: Adulto/ adolescente. In A. Gomes (Eds.). *Enfermagem forense* (Vol. 2, pp. 550-585). Lidel.
- Gomes, A. (2014c). Ferimentos por arma branca. In A. Gomes (Eds.). *Enfermagem forense* (Vol. 2, pp. 398-410). Lidel.
- Gomes, C. I. de A. (2016). Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra)
- Gonçalves-Pereira, J., Pereira, J. M., Ribeiro, O., Baptista, J. P., Froes, F., & Paiva, J. A. (2014). Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the Intensive Care Unit: the INFAUCI study. *Infectious Diseases*, 20, 1308-1315. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12738>
- Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPIRA.PRO.034: Infeção pelo novo Coronavírus – Prevenção da Transmissão Cruzada. 16/08/2021. Revisão 16/12/2021. Acessível em SESARAM
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (n.d.). Relatório grupo de trabalho serviço de urgência. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2021). História do protocolo da triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hall, P. (2003). Suporte psicossocial para a família e pessoas significativas. In P. L. Sweraringen, J. H. Keen (Eds.). *Manual de enfermagem de cuidados intensivos* (4ª ed.) (pp 113-117). Lusosiência.
- Howell, M. D., & Davis, A. M. (2017). Management of sepsis and septic shock. *JAMA*, 317(8), 847-848. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0131>

- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*. Author
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE©: Classificação internacional para a prática em enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trans.). Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE©: Classificação internacional para a prática em enfermagem*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Jablonski, J., Gray, J., Miano, T., Redline, G., Teufel, H., Collins, T., Pascual-Lopez, J., Sylvia, M., & Martin, N. D. (2017). Pain, agitation, and delirium guidelines. *Dimensions of critical care nursing*, 36(3), 164-173. <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000515716.06034.7b>
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26-44. https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_prática_de_enfermagem
- Jornal Médico. (2019). *Sepsis: Uma morte a cada quatro segundos em todo o mundo*. <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/37800-sepsis-uma-morte-a-cada-quatro-segundos-em-todo-o-mundo.html>
- Kollef, M. H., & Micek, S. (2018). Sepsis and septic shock. In M. H. Kollef, W. Isakow, A. C. Burks, & V. Despotovic (Eds.). *The Washington manual of critical care* (3er ed.) (pp. 26-30). Wolters Klumer
- Laguado-Nieto, M. A., Amaris-Vergara, A. A., Vargas-Ordóñez, J. E., Rangel-Vera, J. A., Carcía-León, S. J., Centeno-Hurtado, K. T. (2019). Actualización en sepsis y choque séptico en adultos. *MedUnab*, 22(2), 2013-227. <https://doi.org/10.29375/01237047.3345>

- lomas, t. (2015). monitorização hemodinâmica: do básico ao avançado. in p. ponce & j. j. mendes (eds.). *manual de medicina intensiva* (pp. 174-194). lidel.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence: Pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. Eyrolles
- Leal, L. A., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Dos Santos, F. C., Correa, R., & Chaves, L. D. P. (2016). Competências profissionais para enfermeiros: A visão de discentes de graduação em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1-12. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16380>
- Lei nº 156/2015. Diário da República 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 nov. 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lei nº 27/2006. Diário da República I Série. 126 (03-07-2006). [Consult. 4 nov. 2021]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Levy, M. M., Evans, L. R., & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44, 925-928. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Lonsdale, D. O., Shah, R. V., & Lipman, J. (2020). Infection, sepsis and the inflammatory response: Mechanisms and therapy. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.588863>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- López-López, C., Pérez-Pérez, T., Beneit-Montesinos, J. V., García-Klepzig, J. L., Martínez-Ureta, M., V., Murillo-Pérez, M. del A., & Torrente-Vela, S. A. (2018). Pain assessment in mechanically ventilated, noncommunicative severe trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000342>

- Loureiro, F., & Charepe, Z. (2018). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital: análise de conceito. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 23-29. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.6787>
- Machado, F. R., De Assunção, M. S. C., Cavalcanti, A. B., Japiassú, A. M., De Azevedo, L. C. P., & Oliveira, M. C. (2016). Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(4), 361-365. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160068>
- Marik, P. E. (2018). The management of sépsis. R. S. Irwin, C. M. Lilly, P. H. Mayo, & J. M. Rippe (Eds.). *Irwin & Rippe's Intensive care medicine* (8th ed.) (pp. 1294-1340). Wolters Kluwer
- Marinho, A. (2015). Suporte nutricional no doente crítico. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 308-318). Lidel.
- Marinho-Araújo, C. M.; & Almeida, L. S. (2016). Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne212>
- Marino, P. L. (2017). *Marino's: The little ICU book* (2nd ed.). Wolters Kluwer
- McLeod, A. (2014). Nurses' views of the causes of ethical dilemmas during treatment cessation in the ICU: a qualitative study. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(3), 131-137. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2014.10.3.131>
- Mendes, J. J. (2015). Sépsis, sépsis grave e choque séptico. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 321-335). Lidel.
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

- Morais, D. P. P. (2017). *Prevenção das infeções associadas a cuidados de saúde em medicina intensiva* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485_11065.pdf
- Morais, G. S. da N., Da Costa, S. F. G., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 323-327. <https://doi.org/10.1097/10.1590/S0103-21002009000300014>
- Mota, M., Cunha, M. & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para a cura. *Millenium*, 2, 174-152. <http://hdl.handle.net/10400.26/33671>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Sepsis: recognition, diagnosis and early management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG51/chapter/Recommendations#risk-factorsfor-seps>
- Neto, J. M., Campos, D. A., Marques, L. B. de A., Ramalho, C. R. de O. C., & Da Nóbrega, M. M. L. (2015). Concepções de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva geral sobre sepse. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 711-716. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41963>
- Neves, M. C. P. (2016). *O admirável horizonte da bioética*. Glaciar.
- Neves, M. P. (2004). Ética, moral, deontologia e bioética: Conceitos que pensam a ação. In M.C.P. Neves & S. Pacheco (Eds.) *Para uma ética da enfermagem* (pp. 145-157). Gráfica de Coimbra.
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zobolit, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), e4500014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. (2004). A especificidade da enfermagem. In M.C.P. Neves & S. Pacheco (Eds.) *Para uma ética da enfermagem* (pp. 31-48). Gráfica de Coimbra.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.

- Nunes, L. M. (2016). Os limites ao agir ética no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 8-17
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer CJ 64/2017: Pedido de parecer sobre disponibilização/indicação de medicação. Acessível na OE.
- Ordem dos enfermeiros - Parecer nº 06/2013: Pronuncia sobre programa prevenção e controlo de infeções, resistência aos antimicrobianos. 2013/09/19. Acessível na OE, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer nº 23/2015: Avaliação de sinais vitais na triagem. Acessível na OE.
- Ordem dos Enfermeiros – Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros. 2016-05-09. Acessível na OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Author
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Parra, D. I., Loza, D. C. T., Nariño, C. C. D., & Torres, J. N. (2016). Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1271-1278. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.322>

- Parreira, S. T., Ribeiro, G., Coelho, J., & Borges, L. (2020). Cuidados de enfermagem em tempos de pandemia: uma realidade hospitalar. *Gazeta Médica*, 7(2), 165-170. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/335/215/2273#:~:text=Em%202020%2C%20os%20cuidados%20de,import%C3%A2ncia%20do%20trabalho%20em%20equipa>.
- Pereira, B. C., De Freitas, L. A., Gonçalves, A. M., Santos, R. de P., & Vilela, S. de C. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermeira. *Cultura de los cuidados*, (53), 230-240. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
- Pereira, M. S. M., Guedes, H. M., De Oliveira, L. M. N., & Martins, J. C. A. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 93-102. <https://doi.org/10.12707/RIV16079>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e controlo de infeção. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 161-174). Lidel.
- Pimenta, C. A. De M., Pastana, I. C. A. S. S., Solha, R. K. T., & Souza, W. (2015). *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. Coren-SP
- Pimenta, P. (2020). Transporte do doente crítico. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 327-337). Lidel.
- Pinho, J. A. (2020). O doente e a família na unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Eds.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 311-320). Lidel.
- Pinto, F. J. F. (2011). *Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal: Resultados de um inquérito nacional* (Artigo de investigação para mestrado, Universidade do Porto). <https://hdl.handle.net/10216/62317>
- Ponce, P. (2015a). Aspectos éticos das decisões clínicas na unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 557-563). Lidel.
- Ponce, P. (2015b). Ressuscitação cardiorrespiratória. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 234-239). Lidel.

- Ponce, P. (2015c). Alterações do equilíbrio hidroeletrólítico. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 285-300). Lidel.
- Pratheema, R., Senthilkumar, R., & Ramakrishnan, N. (2016). Multiple organ dysfunction syndrome. In N. Rungta & R. Pande (Eds.). *Critical care* (pp. 57-63). Jaypee
- Prehospital Trauma Life Support. (2021). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (9ª Ed). Author
- Raines, K., Berrios, R. A. S., & Guttendorf, J. (2018). Sepsis education initiative targeting qsofa screening for non-ICU patients to improve sepsis recognition and time to treatment. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 318-324. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000379>
- Ramos, C. C. S., Sasso, G. T. M. D., Martins, C. R., Nascimnto, E. R., Barbosa, S. F. F., Martins, J. J., Sardo, P. M. G. & Kuerten, P. (2008). Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. *Revista a Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 512-518.
- Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., & De Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Regulamento nº 140/2019. Diário da República 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 4 dez 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 361/2015. Diário da República 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 4 dez. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>
- Regulamento nº 429/2018. Diário da República 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 22 nov. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>

- Regulamento nº 743/2019. Diário da República 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 dez. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Rhodes, A., Evans, L. E. E., Alhazzania, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellingham, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C., De Backer, D. P., French, C. J., Fujishima, S., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43, 304-377. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>
- Ribeiro, C. L., Maia, I. C. V. de L., De Souza, J. F., Santos, V. da F., Dos Santos, J. S., & Vieira, L. J. E. de S. (2021). Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: revisão integrativa. *Revista da Escola Anna Nery*, 25(5), e20210133. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0133>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., De Sousa, P. A. F., Trindade, L. de L., Forte, E. C. N., & Da Silva, J. M. A. V. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 21, e43167. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rivas, M. S., Cardoso, C. N. P., Mella, R. S., & Giler, S. M. L. (2018). Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1.
- Sá, F. F., Botelho, M. R., & Henriques, M. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-44. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

- Sarginson, R. E., Taylor, N., de la Cal, M. A. & van Saene, H. K. F. (2012). Glossary of terms and definitions. In H. K. F. van Saene, L. Silvestri, M. A. de la Cal, A. Gullo (Eds). *Infection Control in Intensive Care Unit* (pp. 3-16). Springer
- Schroeder, S. (2003). Dor. In P. L. Sweraringen, J. H. Keen (Eds.). *Manual de enfermagem de cuidados intensivos* (4ª ed.) (pp 73-88). Lusosiência.
- Serrano, M., T., P.; Costa, A., S., M., C., & Costa N., M., V., N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Protocolo nº 001: AVC Isquémico Agudo – protocolo de atuação da via verde. 2017. Acessível no SESARAM, Funchal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Protocolo nº 012: Acolhimento do Utente/Pessoa Significativa. Acessível no SESARAM, Funchal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Protocolo nº 012: Monitorização do potássio sérico. Acessível no SESARAM, Funchal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Protocolo nº 013: Manual do Grupo do PPCIRA Pro. 013 Prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical. 2017. Acessível no SESARAM, Funchal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Protocolo nº 033: Manual do Grupo do PPCIRA Pro. 033 Prevenção da infeção associada aos cateteres vasculares centrais, versão 004; Pro.034 Monitorização dos cateteres venosos centrais (CVC), veersão nº 001; DAPO.0008 Questionário auditoria das práticas associadas ao cateter venoso central, versão nº 001. 2017. Acessível no SESARAM, Funchal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Relatório nº 0001: Documento Técnico Relatório do Grupo de Coordenação do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Acessível no SESARAM, Funchal.

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Relatório nº 0001: Relatório do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos 2018. 2019. Acessível no SESARAM.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Plano de catástrofe 2018*. Author
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d.). Breve história da qualidade do SESARAM.
https://www.sesaram.pt/funcionarios/index.php?option=com_content&view=article&id=5928&Itemid=1046
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). Programa de acreditação.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>
- Serviço Regional da Proteção Civil. (2022). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*.
<https://www.procivmadeira.pt/pt/planeamento-emergencia/plano-regional-de-emergencia-prepcram.html>
- Sevillano-Barbero, M. (2018). Sepsis in adults: Recognition and treatment in clinical guidelines. *Practice Nursing*, 29(11), 544-548.
<https://doi.org/10.12968/pnur.2018.29.11.544>
- Silva, I., Campos, P., & Bandeira, R. (2020). Catástrofe de 20 de fevereiro de 2010 na ilha da madeira. O impacto nos interventores de saúde do serviço de urgência do hospital dr. Nélio Mendonça. *Territorium*, 27(1), 83-95. https://doi.org/10.14195/1647-7723_27-1_7
- Silvestri, L., van Saene, H. K. F. & van Saene, J. J. (2012). Carriage, Colonization and Infection. In H. K. F. van Saene, L. Silvestri, M. A. de la Cal, A. Gullo (Eds). *Infection Control in Intensive Care Unit* (pp. 17-28). Springer
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Hankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J.-D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., Van Der Poll, T., Vincent, J.-L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus

- definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Soar, J., Bottiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djarv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soares, B., & Passos, C. (2022). O impacto da covid19 na gestão de operações de unidades de saúde: Um estudo qualitativo. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 233-253. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11327>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2021). *Resultados: Plano nacional de avaliação da dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Stümpfle, R. (2015). Sepsis. In C. M. H. Gómez (Ed.). *Clinical intensive care medicine* (Vol. 1, pp. 431-455). Imperial College Press
- Thobaity, A. A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>
- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2018). Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3070. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
- World Health Organization. (2020). *Sepsis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.
- Wyatt, J., Illingworth, R., Graham, C. & Hogg, K. (2014). *Oxford handbook of emergency medicine* (4ª ed.). Oxford University Press.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ATIVAÇÃO DA VIA VERDE DA SÉPSIS NA TRIAGEM

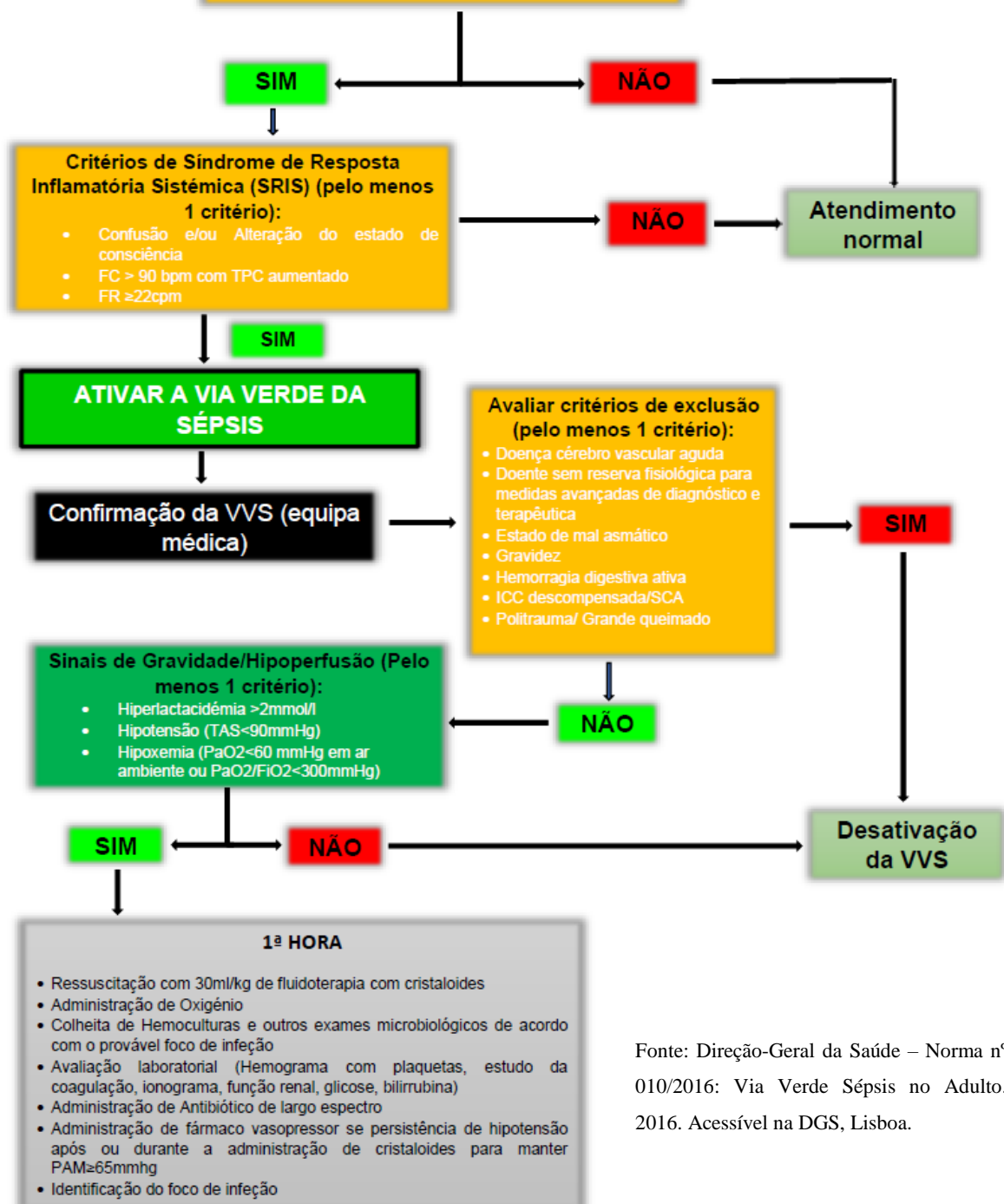
ATIVAÇÃO DA VIA VERDE DA SÉPSIS NA TRIAGEM

Avaliação do doente segundo a metodologia ABCDE

Critério de Presunção de infeção (pelo menos 1 critério):

- Alteração da temperatura⁺ + Cefaleias
- Alteração da temperatura⁺ + Alteração da ECG
- Alteração da temperatura⁺ + Dispneia
- Alteração da temperatura⁺ + Tosse
- Alteração da temperatura⁺ + Dor abdominal
- Alteração da temperatura⁺ + Icterícia
- Alteração da temperatura⁺ + Disúria ou polaquiúria
- Alteração da temperatura⁺ + Dor lombar
- Alteração da temperatura⁺ + Sinais inflamatórios cutâneos externos

*Alteração da temperatura é definida como a temperatura auricular <35°C ou >38°C medida ou referida



Fonte: Direção-Geral da Saúde – Norma nº 010/2016: Via Verde Sepsis no Adulto. 2016. Acessível na DGS, Lisboa.