



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
a transversalidade dos vários contextos da prática**

Manuela Ascensão Basílio Fernandes

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

Funchal,

2020



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
a transversalidade dos vários contextos da prática**

Manuela Ascensão Basílio Fernandes

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

Orientação: Prof.^a Teresa Ornelas

Funchal,

2020

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela excelência do ensino.

À Exma. Sr.^a Professora Teresa Ornelas pela orientação, rigor, cooperação e carinho ao longo de todo este percurso.

A todos os docentes da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny que me acompanharam neste processo, pela transmissão de conhecimentos e palavras amigas.

Ao Hospital Dr. Nélcio Mendonça e aos Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo acolhimento, orientação e partilha de conhecimentos durante as diversas práticas clínicas.

Aos meus colegas de mestrados, em especial à Débora Marques pelo companheirismo e amizade.

Ao meu marido Amílcar Fernandes, aos meus filhos Diogo e Lucas Fernandes e à minha mãe Paulina Basílio por todo o apoio e compreensão durante todo o percurso académico.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito da terceira edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESESJC e tem como objetivo principal dar visibilidade ao percurso feito no desenvolvimento de competências comuns e específicas de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo deste e através de uma análise crítica e reflexiva abordou-se o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. O desenvolvimento de tais competências advém de um processo gradual e da integração das componentes teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas durante o Curso de Mestrado.

As várias práticas clínicas descritas neste relatório tiveram lugar nos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, do Hospital Dr. Nélcio Mendonça. Constata-se assim a transversalidade dos diferentes contextos, assim como, a importância do enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família, atendendo às suas características específicas.

A metodologia adotada foi a descritiva e crítico/reflexiva, aliando a componente teórico-prática à legislação da profissão de enfermagem, ao código deontológico, aos padrões da qualidade e às competências de mestre, apoiada pela pesquisa bibliográfica, com ênfase à mais recente evidência científica.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Competência, Pessoa em situação crítica, Transversalidade dos contextos da prática.

ABSTRACT

The main goal of this report is to expose the path and development process of common and specific skills acquired as Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing undertaken during the third edition of Master degree in Medical-Surgical Nursing at ESESJC.

Through a critical and reflective analysis, this report describes several practice-based experiences common of specialist nurses as well as skills developed as a nurse specialist on people with critical conditions. This analysis and the skills emerged gradually from the integration of Master's theoretical and theoretical-practical components.

The clinical practices described in this document took place at the Emergency Services and at Intensive Care Unit and Intermediate Surgical Care Unit, of Dr Nélio Mendonça Hospital. A clear importance is found in a specialist nurse in providing nursing care to critically ill patients and his/her family, especially taking into account the transversality of the different contexts and patients with specific needs.

The methodology chosen was descriptive and critical/reflective, combining the theoretical-practical component with the nursing legislation, the code of ethics, quality standards and master skills, supported by bibliographic research, focusing on its latest scientific evidence.

Keywords: Nurse Specialist, Competence, Person in Critical Condition, Transversality in Practice Contexts

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APA – *American Psychological Association*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIB – *Drug Infusion Ballon*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG – Eletrocardiograma

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EEG – Eletroencefalografia

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

MRSA – *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

PBCI – Precauções Básicas no Controlo da Infecção

PCA – *Patient Controlled Analgesia*

PIC – Pressão Intracraniana

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PREPCRAM – Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

PVC – Pressão Venosa Central

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TVP – Trombose Venosa Profunda

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
1.1. A transversalidade dos vários contextos da prática	23
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	37
2.3. Gestão dos Cuidados.....	41
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	45
3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	45
3.1.1. Serviço de Urgência	46
3.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos	54
3.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	76
3.3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas...	81
4. DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	91
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem tem-se desenvolvido a vários níveis, tendo como propósito responder especificamente às necessidades de saúde. De acordo com o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), a enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, p. 95).

Acredita-se que profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, com capacidade crítica e de resolução problemas, são fulcrais para a melhoria do nível da qualidade da assistência em saúde (Silva et al (2018), citando Carbogim, Santos, Alves & Silva (2010)). Em 2015 a Ordem dos Enfermeiros (OE) referiu que seriam necessários profissionais qualificados para dar resposta ao número crescente de doenças com início súbito e às crónicas que se agudizam; ao aumento e à complexidade dos acidentes; ao acréscimo de violência urbana e às catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte (Regulamento n.º 361/2015, OE).

Pelo citado anteriormente e tendo em conta o interesse pessoal na área do doente crítico, decidi investir na formação, mais concretamente na especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

A elaboração deste relatório surge assim, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, durante o ano letivo 2018/2019. O relatório intitula-se “Desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica: a transversalidade dos vários contextos da prática”, e foi orientado pela docente Teresa Ornelas.

Entende-se pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, OE). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as

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

Ao longo do percurso académico, além da componente teórica, frequentei três práticas clínicas: no Serviço de Urgência (SU), na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC). Em todas, contactei com doentes em estado crítico e suas famílias, o que me fez refletir sobre o facto do doente neste estado existir em diferentes contextos e atendendo à especificidade da sua situação, beneficiar de um cuidado de enfermagem especializado.

Este relatório visa demonstrar como foi realizada a aquisição de competências, onde destaco como principais objetivos:

- a) refletir criticamente sobre o meu percurso ao longo do curso, dos vários contextos da prática e da transversalidade do doente crítico;
- b) examinar como desenvolvi as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- c) relacionar as competências desenvolvidas com os padrões da qualidade e o título de Mestre;
- d) demonstrar como estou apta a receber o grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, após discussão pública.

As competências a desenvolver ao nível de mestrado são definidas pelos *Descritores de Dublin*, emanados na sequência do Processo de Bolonha (2011), fazendo parte os conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, o lidar com situações complexas e tomada de decisão, e possuir competências de aprendizagem de modo autónomo.

Ao nível da estrutura, este relatório será composto por quatro capítulos. No primeiro abordarei a importância do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, no geral e nos vários contextos da prática clínica. Nos capítulos consecutivos, dois e três, demonstrarei como adquiri as competências comuns e específicas, relacionando com as práticas clínicas e a bibliografia consultada. Por último, capítulo quatro, refletirei como desenvolvi não só as competências de especialista, como também as competências de mestre mostrando a minha aptidão a esse título.

A metodologia adotada será a descritiva e crítico/reflexiva apoiada pela pesquisa bibliográfica com ênfase à mais recente evidência científica, em articulação com o Regulamento da Profissão de Enfermagem e com o Código Deontológico do Enfermeiro.

A norma que será utilizada para citações e referências bibliográficas é a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – APA (*American Psychological Association*), expostas no documento Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalho Académicos.

1. CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Nos últimos anos, a profissão de enfermagem em Portugal tem evoluído de forma significativa. De acordo com Subtil (2017), foi entre os anos 80-90 que se concretizaram importantes objetivos da mesma, em 1981 foi criada a carreira de enfermagem; em 1988, a formação de enfermeiros foi integrada no sistema educativo nacional, ao nível politécnico; em 1996 foi regulamentado o exercício profissional dos enfermeiros e em 1998 criada a Ordem dos Enfermeiros.

Observou-se assim, uma evolução significativa ao nível da formação e do conhecimento científico, a nível tecnológico e a nível da filosofia dos cuidados (Subtil, 2017).

No entanto, o desenvolvimento constante na área da saúde devido à rápida evolução do conhecimento, das técnicas e das práticas em geral, assim como às profundas alterações a que a sociedade tem sido sujeita, consequência da massiva globalização em todos os aspetos da vida quotidiana, obrigam a Enfermagem a olhar continuamente para o futuro e encontrar soluções que garantam cuidados de qualidade à pessoa e à comunidade (Gomes, 2015).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde para 2020, Portugal é um país com baixa natalidade, com uma população envelhecida e portadora de patologia crónica múltipla. Apesar das francas melhorias rodoviárias observadas nos últimos anos, mantém-se a elevada sinistralidade (com uma média de sete feridos graves por dia), além disso, face ao aumento da longevidade, as doenças crónicas e incapacitantes têm tendência a crescer exponencialmente (Regulamento n.º 361/2015). Estes fatores comprovam que continuarão a existir muitos doentes em estado crítico e com necessidades de cuidados de saúde por mais anos, exigindo profissionais qualificados, que prestem cuidados dirigidos às situações específicas.

Além disso, os tratamentos médicos e cirúrgicos, embora remontem à antiguidade, têm-se desenvolvido ao longo do tempo em resposta às necessidades de saúde. Com isto levantam-se novos desafios, se por um lado é possível prolongar a vida, por outro, estas mesmas pessoas tornam-se mais vulneráveis a outras situações patológicas e a múltiplas infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (Padrões da qualidade, 2017, OE).

Já em 2003 Carvalho referia que num contexto de mudanças aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde, a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidades de inovação, criatividade (nas dimensões humanista e técnica), e de resolução dos problemas/desafios do quotidiano. Atualmente pode-se afirmar que “os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica de grande relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem” (OE, 2015). Watson (2002) considera que a enfermagem tem como função cuidar da pessoa no seu todo - sendo comum ouvirmos a “enfermagem como a arte do cuidar”.

A diferenciação e especialização em enfermagem são uma mais-valia nos cuidados de saúde, na medida em que o acréscimo de qualificações e competências permitem um cuidado mais focalizado e específico, tendo em conta as exigências técnicas e científicas cada vez mais elevadas nos cuidados de saúde, e consequentemente nos cuidados de enfermagem.

Enfermeiro Especialista define-se com

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, OE).

Gomes (2015), citando Kane et al. (2007), refere que existe uma forte relação não só entre os índices de mortalidade, complicações e eventos adversos com o número de enfermeiros, mas também, entre enfermeiros mais qualificados e a redução do índice de mortalidade nos hospitais. O mesmo autor realça que as qualificações dos enfermeiros estão associadas à melhoria dos cuidados.

O Regulamento n.º 140/2019 acrescenta que “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744).

Focando a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esta tem como alvo a pessoa em situação crítica e sua família/cuidador. De acordo com a OE “Pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de

uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011).

Nos cuidados ao doente crítico, a crescente evolução dos equipamentos, técnicas e procedimentos, levam a que a formação específica e especializada seja uma necessidade (Parecer 15/2018, OE). O mesmo parecer salienta que é cada vez mais importante abordar de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves. Em 2011 Benner, Kyriakidis e Stannard referiram que um cuidado excelente ao doente crítico requer conhecimentos clínicos avançados e que sejam adaptados aos níveis de complexidade do tratamento/cuidado do doente.

A diversidade e complexidade das problemáticas da saúde, e nível de exigência dos padrões de qualidade na assistência em saúde cada vez mais elevados, tornam o enfermeiro especialista nesta área fundamental para a implementação de cuidados especializados de qualidade.

Em 2001, a OE referiu que criar sistemas de qualidade em saúde era uma ação prioritária, assumindo cada associação profissional da área da saúde um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico. Nesse mesmo ano foram descritos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo surgido posteriormente os específicos na área do doente crítico.

Na base dos enunciados descritivos dos padrões da qualidade está a relação entre quatro fatores: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

A **saúde** é um estado subjetivo, não podendo ser definida como o oposto de doença. Representa um estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural, sendo uma condição individual e variável no tempo (OE, 2001).

Pessoa é um ser social, com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos. É um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente, assim como, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica da pessoa, que por sua vez, são influenciadas pelo bem-estar e conforto físico. Cada pessoa deve ser vista como um ser uno e indivisível (OE, 2001).

Por outro lado, o **ambiente** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam as pessoas e o seu

conceito de saúde. O foco da intervenção do enfermeiro deve ser sempre na interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001).

Por fim, os **cuidados de enfermagem** centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, tendo cada uma os seus valores, crenças e desejos de natureza individual. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Além de ser um processo dinâmico que se vai fortalecendo, tem como objetivo ajudar o cliente a ser proativo na realização do seu projeto de saúde (OE, 2001).

Após compreender os vários conceitos, na prática diária, e tendo em conta os designados padrões de qualidade, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica:

- a) procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa;
- b) promove a saúde;
- c) previne complicações da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- d) maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente;
- e) conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
- f) assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados;
- g) face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2011).

Os descritos anteriormente funcionam como um guia para o enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e como referenciais para a prática especializada, tendo como foco a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Ajudam, igualmente, a explicitar o papel do enfermeiro junto dos clientes e família, dos outros profissionais e da comunidade no geral.

Desde o início da minha atividade profissional que trabalho no serviço de internamento Dermatologia e Pneumologia. A formação contínua sempre foi uma necessidade de modo a prestar os melhores cuidados aos doentes e suas famílias, no fundo,

a auxiliar a criar condições para que as transições que enfrentam sejam saudáveis. Os doentes internados maioritariamente encontram-se estáveis, no entanto, é frequente existirem situações de agravamento clínico com necessidade de intervenção imediata (na sua maioria doentes com problemas respiratórios). Por outro lado, é importante estar desperta para sinais e sintomas de pré-agravamento evitando assim uma situação mais complexa. A experiência profissional ajudou-me a sentir mais confiança, no entanto, sentia uma lacuna na área do doente crítico, tanto na vertente científica como na vertente mais técnica, além de ser uma área de interesse pessoal. Estes tornaram-se nos fatores determinantes para investir na formação e frequentar o curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A vontade de no futuro querer trabalhar num serviço específico de doentes críticos, como a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) ou o Serviço de Urgência (SU), também revelou-se importante na decisão.

Num estudo de Silva et al. (2018), alguns enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica salientaram que a realização do curso de especialização proporcionou atualização, aprofundamento do conhecimento (que se repercutiu de forma positiva na prática profissional através dum olhar mais amplo) e reflexão sobre a sua prática.

De modo a desenvolver competências de enfermeira especialista nesta área e tendo por base os padrões da qualidade, ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tive oportunidade de desenvolver três práticas clínicas, nos serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. Nos vários contextos da prática convivi com doentes em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica e necessidade de vigilância, monitorização e terapêutica complexa. Numa alusão à Teoria das Transições defendida por Afaf Meleis, estes doentes vivenciam experiências de transição inesperadas e de grande complexidade, por exemplo a transição saúde – doença, quer seja pela doença inicial ou por agravamento do estado clínico.

De acordo com a teórica, transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Engloba tanto as continuidades como as descontinuidades nos processos de vida do ser humano e encontra-se invariavelmente relacionada com a mudança e com o desenvolvimento (Meleis, 2010).

A mesma autora acrescenta que ao longo da vida a pessoa passa por vários períodos de transição. A forma como irá lidar, experimentar e responder a essas mudanças, vai variar, podendo a pessoa ter ou não capacidade de lidar saudavelmente (Meleis, 2010). O enfermeiro, através de uma compreensão holística das condições que influenciam a

transição, deve auxiliar os clientes a criar condições para que seja uma transição saudável – que é caracterizada por um estado de equilíbrio na vida de alguém (Meleis, 2010).

A investigação e os trabalhos teóricos, nomeadamente modelos conceptuais e teorias de enfermagem, contribuíram para a conceção de enfermagem da atualidade e são uma base para a prestação de cuidados ao cliente, família e comunidade.

Focando o desenvolvimento de competências, segundo Serrano et al. (2011), a complexidade dos problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem respostas de profissionais competentes. A competência é um estado de mestria, é a capacidade de lidar e gerir as muitas contingências da enfermagem clínica (Benner, 2001).

Canário (1998), citado por Bártolo (2007), reforça que as competências produzem-se e desenvolvem-se na ação concreta, e surgem de processos de mobilização e confronto de saberes em contexto profissional. A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização) (Mendonça (2009), citando Dias (2004)).

Serrano et al. (2011) acrescentam que o desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve não só os **saberes**, mas também os **atores** e o **contexto**. No seu artigo de investigação, os atores referem que os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações/problemas identificados no contexto da prestação de cuidados e mediados por uma prática reflexiva. Salientam a influência do conhecimento do próprio profissional (de si próprio) e o contexto de trabalho.

Ao longo do curso de mestrado apercebi-me da importância da interação desses três fatores: saberes, atores e o contexto. Não apenas toda a bagagem adquirida ao longo das aulas teóricas foi fundamental, como a atualização constante e a pesquisa na mais recente evidência científica. Também a especificidade dos contextos da prática, as oportunidades existentes e as situações novas e complexas constituíram momentos de aprendizagem e consolidação de conhecimentos. Os autores supracitados referem que quanto maior for o número de interações com situações complexas existentes no contexto de trabalho, mais se apela à reflexão e a um saber agir com pertinência, ou seja, agir com competência.

No entanto, para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista interação dos atores nas situações do contexto de trabalho, sendo influenciada por algumas características pessoais, como a personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade, e no modo como cada enfermeiro desempenha a sua atividade profissional (Serrano, et al. 2011).

De acordo com a OE (2003), competência é um fenómeno multidimensional complexo definido como a capacidade do enfermeiro praticar a sua atividade de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.

Em suma, as várias práticas clínicas possibilitaram-me enquadrar os conhecimentos adquiridos ao longo das aulas, bem como aplicá-los em contexto prático, com supervisão e tutoria. Foram sem dúvida momentos fundamentais que permitiram desenvolver e adquirir competências comuns e específicas de enfermeira especialista em pessoa em situação crítica.

No subcapítulo seguinte falarei mais em pormenor do doente crítico nos vários contextos da prática e a sua transversalidade.

1.1. A transversalidade dos vários contextos da prática

Ao longo da vida o ser humano experiencia desafios e mudanças com os quais necessita de lidar e adaptar de forma a manter a sua saúde e bem-estar. Porém, se algumas mudanças são desejadas e ocorrem de forma previsível, outras, como uma doença aguda ou um acidente que coloque a pessoa em situação crítica, não o são, sendo necessária uma adaptação, tanto por parte do doente como da sua família (Cabete et al., 2019, citando Mendes, 2018).

Pessoa em Situação Crítica define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011). Atendendo ao seu elevado nível de instabilidade, dada a disfunção orgânica ou risco de a desenvolver, os cuidados de saúde devem ser prestados por equipas multidisciplinares especializadas (Cabete et al. (2019), citando Marshall et al. (2017)).

Já desde os primórdios da enfermagem que os doentes mais enfermos são colocados perto das salas de trabalho, de modo a permitir uma avaliação frequente e uma rápida intervenção (Smith-Blair, 2010). As unidades de cuidados críticos continuam nos

dias de hoje a ser um local único e evoluído, no qual estão integradas equipas multidisciplinares sofisticadas para combater doenças potencialmente fatais. Estas são referidas como unidades de cuidados intensivos, unidade de cuidados críticos, unidades de cuidados coronários, ou têm outras designações que identifiquem o tipo e natureza dos cuidados ao doente (Smith-Blair, 2010).

Mesmo os doentes internados em unidades que não são consideradas críticas, por vezes vivenciam situações de agravamento. Segundo Flórido e Martins (2015), é consensual que a situação clínica do doente em contexto intra-hospitalar ocorre muitas vezes devido a um agravamento progressivo nas horas que antecedem a situação de emergência. Os mesmos autores realçam que uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade destes doentes, sendo os enfermeiros um elo fundamental no reconhecimento e deteção de situações que possam comprometer a estabilidade clínica ou até mesmo a vida.

Ao longo das várias práticas clínicas, em contexto urgente, intensivo e pós-operatório, deparei-me com doentes em situação crítica e embora os contextos sejam diferentes, os doentes têm características comuns. Nomeadamente, necessitarem de cuidados “altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018).

O Serviço de Urgência (SU) é uma porta de entrada de doentes em situação crítica. De acordo com Noivo (2015), neste contexto de intervenção impera a imprevisibilidade e a adaptação constante, exigindo aos enfermeiros, nomeadamente os especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma resposta eficaz, eficiente e em tempo útil visando permanentemente a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, consideram-se situações de urgência e emergência, aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios adequados, exijam uma intervenção imediata. Em função das suas características, o SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) (local onde realizei a prática clínica I) é denominado de Serviço de Urgência Polivalente, sendo considerado o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (Despacho n.º 10319/2014).

No ano 2018 foram atendidos no SU do HNM 113 456 clientes, pelas mais diversas razões, nomeadamente doença aguda ou crónica agudizada, acidentes (viação, trabalho, domésticos, lazer e outros), lesões auto provocadas, agressões, e outros (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2019).

Os doentes que dão entrada neste serviço de urgência provêm dos domicílios, dos internamentos, urgências periféricas, centros de saúde e instituições privadas (incluindo Ilha da Madeira e Porto Santo).

O Manual do Serviço (2008) do HNM define como missão do SU, o assistir os clientes que a ele recorrem, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade, segurança pela sua pessoa e situação de saúde.

O atendimento eficiente passa por uma triagem eficaz que consiga definir prioridades e, conseqüentemente, as respostas iminentes e necessárias para salvar uma vida. A palavra “Triagem” tem a sua origem no verbo Francês *trier*, que significa separar.

De acordo com o despacho n.º 10319/2014 (Diário da República, 2.ª Série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014), a implementação de sistemas de triagem em serviços de urgência é obrigatória, exigindo que sejam estabelecidos critérios de atendimento.

No SU do HNM é utilizado o sistema de triagem de Manchester. Este tem como objetivo a identificação clara e sistematizada de critérios de gravidade, indicando a prioridade clínica de atendimento do doente e o respetivo tempo recomendado até à primeira observação médica (Norma nº 000/2018, Direção-Geral da Saúde (DGS)).

O protocolo de triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, e adveio da necessidade de aperfeiçoar e dar qualidade à assistência nos serviços de urgência e emergência. Em Portugal foi implementada no ano de 2000 (Norma nº 002/2015, DGS). Segundo a mesma fonte, a triagem de Manchester identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos.

O método do Sistema de triagem de Manchester consiste em identificar a queixa apresentada e seguir o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). Este fluxograma surge baseado num sistema de algoritmos, constituído por cinco níveis de urgência (associados a cores) que refletem as várias condições e classificações de risco, incluindo a explicação dos critérios de aplicabilidade, facilitando e orientando desta forma o profissional de saúde e determinando o tempo estimado e prioridade para o atendimento inicial (Norma nº 002/2018, DGS).

A utilização deste sistema classifica o cliente em uma das 5 categorias, identificadas por um número/nome/cor/tempo estimado para a observação médica inicial:

- 1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos
- 2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos
- 3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos
- 4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos
- 5 = Não urgente = Azul = 240 minutos

Durante o turno que passei na triagem apercebi-me da grande afluência das pessoas ao serviço de urgência. É fundamental o profissional ter experiência suficiente em cuidados de urgência e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e suas famílias (Grupo Português de Triagem, 2002). Desta forma a triagem é feita de forma rápida e correta.

Alguns casos foram considerados urgentes e muito urgentes, mas muitos foram também classificados como pouco urgentes. Algumas pessoas “saltam” a ida ao centro de saúde, passando diretamente ao serviço de urgência, referindo dificuldades em ser atendidas nos cuidados de saúde primários.

O citado vai ao encontro do referido por Campos (2014), que existe um excessivo recurso às urgências, denunciado pelo número de doentes classificados em verde e azul na triagem de Manchester.

Apercebi-me também da importância da adequada avaliação da dor, constituindo esta avaliação também um desafio. Normalmente é utilizada a escala numérica.

O Grupo Português de Triagem (2002) considera que o enfermeiro é o profissional de saúde mais indicado na avaliação e classificação dos riscos exibidos pelos doentes que recorrem às urgências, sendo fundamental que as suas ações sejam orientadas por protocolos de avaliação, identificando a gravidade, as prioridades de atendimento e qual a área de tratamento, visando cuidados de saúde seguros e competentes.

Um dos locais privilegiados para o tratamento dos doentes em estado crítico é a Unidade de Cuidados Intensivos. As primeiras unidades em Portugal surgiram no final da década de 50 do século passado (Paiva et al., 2017). Segundo os mesmos autores, a Medicina Intensiva é uma área que “aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que

apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s) ” (p. 6).

Melo et al., (2014), citando Gomes (2011), realçam que as Unidades de Cuidados Intensivos surgiram para o tratamento dos doentes graves, que necessitem de cuidados altamente complexos e controlo rigoroso, constituindo áreas hospitalares para doentes críticos.

Há uma crescente procura de Medicina Intensiva nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo Portugal. Tal facto deve-se ao envelhecimento da população e à expansão das chamadas “doenças da civilização”, como a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Paiva et al., 2017). Os autores supracitados salientam que atualmente na Europa são:

- a) ventilados em Serviços de Medicina Intensiva por doença crítica entre 990.000 e 1.500.000 doentes/ano;
- b) internados com lesão pulmonar aguda entre 85.000 e 410.000 doentes/ano;
- c) admitidos com sepsis entre 1.100.000 e 1.400.000 doentes/ano.

Tive oportunidade de realizar a prática clínica II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM), também conhecido por Serviço de Medicina Intensiva (SMI) – a única unidade pública de Medicina Intensiva da RAM.

O SMI tem por missão “melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivíssimo.” (SESARAM, 2020). Os doentes aí internados provêm tanto do exterior, através do SU, como de outros serviços do Hospital. O SMI tem uma equipa própria constituída por médicos (alguns com subespecialidade em Medicina Intensiva e com dois médicos permanentes em regime de presença física), enfermeiros que asseguram cuidados 24 horas por dia (de destacar 16 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica) e assistentes operacionais que cumprem horário diurno.

O SMI é considerado desta forma uma unidade fechada, uma vez que tem a sua própria equipa médica. Os intensivistas são os responsáveis pela assistência e gestão dos doentes, decidindo também as admissões e transferências. As unidades de cuidados intensivos fechadas estão associadas a melhores *outcomes*, internamentos de menor duração, melhoria na eficiência e redução dos custos. Por outro lado, é considerado

polivalente, uma vez que recebe doentes de várias especialidades. Este facto foi uma mais-valia pois permitiu-me conciliar as várias patologias com o doente crítico.

Manter o *cuidar* nos cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos é um grande desafio, atendendo à alta tecnologia, monitorização e necessidade de manter a estabilidade fisiológica do doente (Urden et al., 2008). Os mesmos autores acrescentam que a enfermeira em cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade, com a maior competência, usando as tecnologias apropriadas e incorporando as abordagens psicossociais e holísticas, tendo em conta o tempo e a situação do doente.

Nesta perspetiva, o Parecer n.º 15/2018 da OE salienta que profissionais de enfermagem com formação específica e especializada são justificados, nos serviços de medicina intensiva, pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos. Acrescenta ainda que “a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização do conhecimento.” (Parecer n.º 15/2018, OE, p.2)

Indo ao encontro do atrás citado, sem dúvida que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atendendo às suas competências específicas, é o profissional mais qualificado para a prestação de cuidados a estes doentes. Desta forma, são otimizadas as competências daqueles que estão melhor habilitados para implementar cada intervenção, tendo em conta os benefícios para a população (Parecer n.º 15/2018, OE).

A nível hospitalar, além das Unidades de Cuidados Intensivos, existem Unidades de Cuidados Intermédios. De acordo com a definição da DGS (2003), áreas de cuidados intermédios são locais com capacidade humana, física e técnica para monitorização e tratamento, que permitem cuidar de doentes instáveis, com disfunção de órgãos e em risco de falência de funções vitais. Os doentes, embora não estando em estado grave, necessitam de vigilância organizada e sistemática 24 horas por dia.

Para a última prática clínica escolhi os cuidados intermédios, mais concretamente a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) do HNM.

A escolha por esta unidade deveu-se ao interesse pela área cirúrgica, por acreditar que estes doentes beneficiam de cuidados especializados e por querer desenvolver competências nesta área de cuidados. Além disso, considerei ser pertinente conhecer o

doente crítico em vários contextos da prática. Como anteriormente tinha conhecido o contexto urgente e intensivo, conhecer o contexto cirúrgico, mais concretamente o pós-operatório, foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências comuns e específicas na área do doente crítico.

A especificidade do doente cirúrgico exige ao enfermeiro uma atualização teórica e prática contínua (AESOP, 2006). Os mesmos autores acrescentam que estes doentes necessitam de monitorização e vigilância sistemática, e de uma prestação de cuidados altamente especializada.

A enfermagem perioperatória, assim como a enfermagem no geral, tem-se desenvolvido ao longo dos anos, e de acordo com Rothrock (2008), atualmente engloba todos os cuidados prestados ao doente nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, tanto na cirurgia como noutros procedimentos invasivos, com a utilização do processo de enfermagem.

A funcionar desde 2011, a UCIC permite a prestação de cuidados aos doentes em contexto pós-operatório com necessidade de vigilância rigorosa, até se encontrarem estáveis para ser transferidos para a enfermaria. A abertura desta unidade permite uma melhor gestão dos cuidados, na medida em que a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) fica mais disponível para receber os doentes no pós-operatório imediato.

Segundo as Estatísticas da Região Autónoma da Madeira (RAM), em 2018 foram realizadas uma média de 32,4 cirurgias/dia (exceto pequenas cirurgias) nos vários hospitais da região, onde 23,5 foram no hospital público.

Os doentes que dão entrada na UCIC provêm:

- a) do bloco operatório, mais concretamente da UCPA – para vigilância no pós-operatório;
- b) da UCIP, após melhoria da situação clínica – os doentes provenientes da UCIP são doentes que foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica e pela sua instabilidade fizeram o pós-operatório imediato nessa unidade;
- c) do internamento cirúrgico – quando há agravamento da sua situação clínica.

Não sendo comum, observei alguns doentes vindo diretamente do serviço de urgência uma vez que necessitavam de vigilância contínua.

Desde a entrada no hospital até ao regresso a casa, a pessoa submetida a uma cirurgia passa por um processo longo e complexo, em que vários fatores têm de se alinhar para se obter os resultados desejados. Segundo a AESOP (2006), não há outra área da

prestação de cuidados onde, a situação de saúde, o bem-estar do doente, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exigem tanto da enfermagem como na perioperatória.

As várias práticas clínicas por mim vividas complementaram-se, proporcionando um vasto leque de experiências com doentes em situação crítica. De facto estes existem em diferentes contextos da prática e beneficiam de um cuidado especializado.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são transversais a todos os enfermeiros especialistas independentemente da área de especialidade, e decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo o mesmo regulamento, estas competências “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

A aquisição das competências comuns é demonstrada através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como, através de um exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inclusive das várias práticas clínicas, fiz por desenvolver as referidas competências, uma vez que se revelam essenciais para o desenvolvimento e aquisição das competências específicas da especialidade.

Posteriormente abordarei com mais detalhe cada competência comum do enfermeiro especialista e como a desenvolvi ao longo do curso.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da competência comum do enfermeiro especialista “responsabilidade profissional, ética e legal”, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745) é esperado que o enfermeiro desenvolva uma prática, na área da especialidade, “agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Pensar em normas legais, ética e deontologia remete-nos para o Código Deontológico do Enfermeiro. Este foi publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril e constitui um pilar fundamental para a prática dos enfermeiros. Nele estão enunciados os deveres profissionais, tendo por base os direitos dos cidadãos e das comunidades, assim como, as responsabilidades que a profissão assumiu (OE, 2015).

O artigo 97º do Código Deontológico vai ao encontro desta competência comum, quando refere que os enfermeiros têm o dever de “1.b) cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão”, assim como, “h) cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do Código Deontológico e demais legislação aplicável”.

A Deontologia, segundo Deodato (2015) citado pelo Código Deontológico (2015), é um valioso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro, sendo essencial a sua utilização para orientar e fundamentar as decisões e atos do dia-a-dia.

Na mesma linha, a referência à ética refere-se ao agir humano. Os padrões éticos profissionais assentam na preocupação e no bem-estar de outros seres humanos, não fossem os enfermeiros “gente que cuida de gente” (OE, 2015).

A enfermagem é uma profissão que diariamente se confronta com situações complexas, exigindo tomadas de decisão fundamentadas. Quer pela decisão, quer pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2010).

Embora existam muitos modelos de tomada de decisão, “na essência traduzem o mesmo percurso de pensamento crítico desde a identificação do problema até à decisão que fundamenta os atos profissionais” (Nunes, 2011, p.149, citando Deodato, 2008). A mesma autora citando Fry (1994), salienta que os diferentes modelos podem ser seguidos e úteis, uma vez que são sistemáticos, no entanto nenhum deles garante a “resposta certa”. Destaca também que cada enfermeiro tem os seus conhecimentos de ética e valores, experiências de vida e motivações, sensibilidade moral, habilidades, capacidades cognitivas e de raciocínio.

O doente em situação crítica é um doente complexo. Por vezes, atendendo ao seu estado clínico, não tem capacidade de decisão, competindo à equipa multidisciplinar fazê-lo. Saliento as situações de emergência em que o doente se encontra em perigo de vida, e as situações urgentes, com risco para a saúde ou vida se for adiada uma intervenção.

Deparei-me com este facto nos vários contextos da prática clínica, SU, UCIP e UCIC. Ou porque os doentes estavam sob efeito de anestesia, em coma, em coma induzido, sonolentos ou confusos, a sua capacidade de decisão estava comprometida, obrigando-me a reger pelos princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) de forma a garantir os melhores cuidados.

Segundo McLeod (2014), o modelo dos quatro princípios éticos de Beauchamp e Childress (2013): **autonomia, não maleficência, beneficência e justiça**, é o mais utilizado

nos cuidados ao doente crítico. Os autores acrescentam que estes permitem respostas satisfatórias para os diversos problemas encontrados.

Nem sempre é fácil decidir pelo doente quando este não é capaz (perda da **autonomia**). O respeito pela autonomia do doente pressupõe que este esteja capacitado para tomar decisões conscientes e esclarecidas. Nesta perspetiva, Almeida (2007), afirma que a aplicação prática deste princípio constitui uma dificuldade para os enfermeiros. Quando a autonomia do doente está em causa, torna-se essencial a sua substituição, ainda que temporária, por um outro que assegurará a defesa dos seus direitos e o protege das consequências potencialmente prejudiciais. A existência de testamento vital deve ser tida em conta nestas situações.

Segundo a Lei n.º 25/2012 de 16 de julho (p. 3728), o testamento vital é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Durante o meu exercício profissional, assim como, durante as práticas clínicas realizadas ao longo do curso, nenhum doente aos meus cuidados possuía o testamento vital. Segundo Ponce (2015), ainda continua por demonstrar que a implementação do testamento vital tenha contribuído para estender o direito da autonomia dos doentes quando estes estão incapazes. Mais recentemente Pirôpo et al. (2018), na sua revisão de literatura referem que o testamento vital ainda é pouco conhecido na população.

De salientar que, em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida, em que o acesso ao testamento vital possa implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou saúde do doente, a equipa prestadora de cuidados não tem a obrigação de consultá-lo (Deodato, 2017).

Por outro lado, quando o doente estava consciente e na plenitude das suas capacidades, pedi o seu consentimento e englobei-o nos cuidados e nas tomadas de decisão. Nestas condições é inequívoco que a pessoa é quem melhor decide sobre tudo o que lhe diz respeito, necessitando contudo de possuir toda a informação necessária.

Aquando da minha passagem pela UCIC, embora com necessidade de vigilância, os doentes encontravam-se conscientes e na sua maioria orientados. Desta forma informava

quais os cuidados que iria realizar e pedia o respetivo consentimento, como por exemplo na realização dos cuidados de higiene, tratamento a feridas, colheitas de sangue ou mesmo na avaliação dos sinais vitais. Em todos os casos houve concordância com os cuidados e colaboração dentro das suas possibilidades. Ao nível do SU, alguns dos doentes internados no SO também se encontravam conscientes e como na UCIC, todos concordaram e colaboraram, com exceção de alguns cuidados de higiene e posicionamentos, sendo respeitada a sua vontade. Mesmo na minha prática profissional, sinto que quando os doentes estão conscientes e informados dos cuidados, a maioria aceita e colabora, uma vez que têm consciência que é para seu benefício.

Associado ao princípio ético da autonomia, está associado o conceito de vulnerabilidade (Silva, 2013). O mesmo autor refere que embora a vulnerabilidade esteja associada a todos os princípios éticos, reflete-se sobre a autonomia, na medida em que esta está limitada nos mais vulneráveis.

A vulnerabilidade é uma característica natural da vida humana que nos faz encarar a nossa dependência dos outros, a nossa fragilidade e limites, e que se estendem ao modo como somos capazes de aceitar a nossa finitude (Silva, 2013). O doente crítico é desta forma um doente vulnerável, não só porque por vezes não tem capacidade de decisão, mas também pela própria situação de doença e dependência. A vulnerabilidade foi visível em todas as práticas clínicas, no entanto destaco a prática na UCIC – muitos dos doentes que eram independentes antes da cirúrgica, vêm-se no pós-cirúrgico dependentes de terceiros praticamente para tudo, desde o cuidar da higiene, comer, mover-se ou mesmo ir à casa de banho. A família por outro lado sente-se impotente perante a situação, necessitando igualmente de cuidados, de informação e de alguém que possa ouvir as suas preocupações.

A UNESCO no Artigo 8º, salienta o respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal. Assim, os indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.

O princípio da **não-maleficência** afirma que independentemente de uma intervenção ter sido pedida pelo próprio ou aconselhada por um familiar, o enfermeiro decide concretizá-la ou não, atendendo aos riscos que daí possam advir (Deodato, 2010). Por exemplo, se essa intervenção prejudicar a sua integridade física, agravar o sofrimento ou colocar em risco o seu bem-estar ou mesmo a vida, não deve ser executada.

A não-maleficência reflete a tradicional noção de ética, "primum non nocere" (não fazer o mal), ou seja, exprime a prioridade de evitar o mal sobre a realização do bem (Martins, 2004). Segundo os mesmos autores, este princípio sendo uma obrigação de

carácter negativo, mantém uma estreita relação com a beneficência (como obrigação positiva), devendo serem avaliadas conjuntamente.

A **beneficência** significa etimologicamente “fazer o bem”. Para a bioética, esta é perspectivada como princípio, ou seja, uma obrigação de promover e até maximizar o bem de outrem (Martins, 2004).

Por outro lado, o enfermeiro deve atuar no sentido das necessidades do doente, ou seja, num dever de **justiça** universal - dar a cada um o que lhe é devido e num dever de equidade (Princípio da justiça). A equidade transporta-nos para um agir que se afasta da regra, que responde ao cuidado a que a pessoa tem direito naquelas circunstâncias específicas (Deodato, 2010). Na mesma linha de pensamento a OE (2015), acrescenta que “dar a cada um o que lhe é devido” não deve ser confundido com “dar o mesmo a todos”.

Falar em justiça leva-nos ao Artigo 99.º do Código Deontológico, n.º 2, o qual refere que a verdade e justiça (alínea c)) são valores universais a observar na relação profissional.

Nos cuidados ao doente crítico diversas ações são realizadas em conjunto pelos enfermeiros e outros técnicos (nomeadamente os médicos), de acordo com as respetivas qualificações profissionais. Estas são denominadas de intervenções interdependentes. De salientar que os enfermeiros mantêm-se responsáveis pela sua implementação ou não. As ações realizadas “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (REPE, p. 98, 2015), são denominadas de intervenções autónomas.

No estudo de McLeod (2014), é referido que embora os médicos tenham a responsabilidade legal de retirar ou continuar tratamentos nos cuidados intensivos, os enfermeiros também têm responsabilidade não só legal mas também de consciência (Dawson, 2008). Os enfermeiros participantes salientaram a importância de estarem envolvidos na tomada de decisões sobre os tratamentos (início, continuação ou retirada). O mesmo autor citando Melia (2001), refere que uma terapia intensiva bem sucedida depende da cooperação das equipas médica e de enfermagem. Estou de acordo com o citado pelo autor, porque quando os tratamentos, a realização de técnicas ou exames, entre outros, são discutidos em equipa ou mesmo informados pessoalmente, a sua instituição/realização é mais rápida, uma vez que o doente não espera que seja o enfermeiro a ver a prescrição e as dúvidas, se existiram, são imediatamente esclarecidas. A existência de protocolos na UCIP

que envolvam uma prescrição médica, mas gestão da dose de perfusão para um determinado objectivo (ex. gestão da noradrenalina) por parte do enfermeiro, é um exemplo de uma cooperação. Nos restantes serviços, pela minha experiência, considero que o diálogo entre médico e enfermeiro hoje em dia tem-se intensificado.

O doente em estado crítico, muitas vezes necessita de cuidados em se recorra à alta tecnologia de modo a proporcionar o tratamento mais adequado, e isso foi visível nas várias práticas clínicas. No entanto, os avanços tecnológicos na área da saúde e a necessidade de atuação em tempo útil não podem descurar os enfermeiros da sua relação com o doente.

De acordo com a OE (2005), a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados centra-se em princípios e valores, sendo a dignidade humana um verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e deve estar presente em todas as intervenções.

Dignificar a dignidade humana, segundo Serrão (2010), é desenvolver uma cultura de respeito absoluto pela vida humana, desde o seu início até ao seu fim natural.

Um dos fatores que pode comprometer a dignidade humana é a falta de privacidade. No SU, por exemplo, a dignidade pode estar em risco, não só pela própria vulnerabilidade associada à situação de doença, normalmente instalada de forma súbita, como pelo facto de ter que partilhar uma sala ou corredor com muitas pessoas. Por outro lado, nos cuidados intensivos, atendendo a todos os dispositivos invasivos e não invasivos necessários, os doentes não se encontram vestidos com bata hospitalar, mas sim protegidos com um lençol. A presença de vários dispositivos é evidente e indispensável. Em contexto pós-operatório, embora não vistam roupa própria, os doentes têm bata hospitalar. A presença de dispositivos de monitorização e suporte também é evidente.

Devo realçar que em todos os serviços (urgência e unidades) as camas são separadas ou por biombos, parede/vidro ou cortinas, havendo sempre o cuidado de zelar pela privacidade aquando da prestação de cuidados – indo ao encontro do citado pela OE e da carta dos direitos humanos: "O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana" (Direito 1, Carta dos Direitos do Doente Internado da Direção Geral de Saúde). Reconheço, contudo, que nem sempre é fácil aliar o rápido atendimento à privacidade do doente, ainda mais em situações críticas, onde a exposição corporal é essencial para a avaliação e prestação de cuidados. Apesar de todos os constrangimentos, sempre tentei ter esse cuidado e apercebi-me do esforço diário de todos os profissionais, principalmente dos enfermeiros.

Para Nunes (2011), a dignidade humana é essencial. O ser humano possui uma dignidade absoluta e as intervenções de enfermagem têm "a preocupação da sua defesa". Assim, na sua prática diária o enfermeiro cuida da pessoa sem discriminação, salvaguarda os direitos dos mais indefesos, respeitando e fazendo respeitar as opções de cada pessoa, e cria condições para que ela possa exercer os seus direitos (Artigo 102º OE, 2015).

Nos vários contextos da prática, tive sempre presente os princípios éticos, a deontologia, os princípios legais e a responsabilidade profissional. Não só por já ser enfermeira, mas de uma forma mais aprofundada com o intuito de desenvolver esta competência comum do enfermeiro especialista, essencial e basilar ao exercício profissional.

Em situações complexas, os princípios éticos funcionaram como orientadores nas tomadas de decisão, com responsabilidade e respeito pelos direitos humanos, atendendo à individualidade, defesa da liberdade e a dignidade humana (Artigo 99º, do Código Deontológico, Lei nº156/2015). Saliento o contributo das aulas teóricas de ética, as reflexões desenvolvidas e as discussões em grupo, assim como o processo de reflexão individual com o meu orientador e com as equipas nos vários contextos da prática. Todos estes fatores foram essenciais para o desenvolvimento desta competência comum.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

É esperado que o enfermeiro tenha um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolva uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria e garanta um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Assim, a **melhoria contínua da qualidade** constitui, igualmente, uma competência comum do enfermeiro especialista.

Com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros, publicado o Código Deontológico e aprovado o Estatuto Disciplinar, pelos quais os enfermeiros devem pautar a sua conduta profissional (OE, 2015). A mesma fonte acrescenta que “neles configuram deveres cuja finalidade é garantir a qualidade dos cuidados de Enfermagem ao cidadão” (p. 15).

A Ordem tem como missão promover a “regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que

devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem” (OE, 2015, p.15). Assim, é dever do enfermeiro “a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Artigo 97º). Além disso e indo ao encontro do Artigo 96.º alínea b) o enfermeiro tem o direito de “usar o título profissional que lhe foi atribuído”, sendo que este deve ser correlacionado com a garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem e com a confiança depositada pelo cliente no enfermeiro (OE, 2015).

Dos profissionais de enfermagem, a sociedade espera que, baseadas em fundamentos científicos sólidos e atuais, e em estratégias e procedimentos eficazes, ajudem os clientes e suas famílias na resolução dos seus problemas de saúde (OE, 2015). Por outro lado, face às exigências cada vez maiores dos padrões de qualidade na assistência em saúde, “o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume - se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Padrões de Qualidade, 2015, p.17241). O enfermeiro especialista na sua prática diária procura, a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão” (p. 13551).

O mesmo despacho refere que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. E quando se fala em segurança à que atender aos riscos a que o cliente está sujeito nos vários contextos da prática: risco de úlcera por pressão, quedas, infeção, complicações cirúrgicas, hemorragia, agravamento do estado geral durante transporte intra-hospitalar, entre outros. É fundamental identificar os riscos ou fatores de risco e atuar com medidas preventivas, evitando deste modo o sofrimento acrescido. Silva (2013), citando

Renaud (2009), refere que o sofrimento diminui a qualidade de vida, sendo no fundo incompatível com ela.

Durante as práticas clínicas pude colaborar nos cuidados preventivos, nomeadamente: avaliação das escalas de risco (Braden e Queda) e implementação de cuidados consoante o *score*; implementação de medidas afim de evitar a infeção; separação adequada dos lixos; desinfeção das mãos; prevenção da pneumonia associada ao ventilador, entre outros.

A segurança também recai a nível da administração de terapêutica. Embora sendo enfermeira, existe sempre medicação específica de cada contexto da prática. Desta forma, a sua preparação e administração foi sempre realizada em conjunto com os enfermeiros tutores. Além disso, tive sempre o cuidado de confirmar a prescrição médica (medicamento, posologia, diluição e via de administração), a identificação do doente e permeabilidade dos cateteres, se via endovenosa. Sempre que surgiram dúvidas recorri à pesquisa bibliográfica, assim como, ao diálogo com os enfermeiros orientadores.

Quando se fala em qualidade, há também que atender ao ambiente da prática. É inquestionável que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, resultando num melhor desempenho profissional. Na mesma perspetiva, Jesus et al. (2015) citando alguns autores, realçam que a prática de enfermagem em ambientes saudáveis está associada a melhores resultados para os doentes, tanto na segurança, como em menos quedas, menos erros, menos úlceras por pressão e menos infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Aludindo o Artigo 109º do Código Deontológico, os enfermeiros “d) devem assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” e agir com o máximo de qualidade que as condições permitirem (OE, 2015).

Lopes (2004) refere que as condições das instalações e equipamentos têm que proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra. Assim, caso se verifiquem falta de condições de trabalho, estas devem ser comunicadas superiormente.

Ao longo das práticas clínicas e nos diferentes contextos, apercebi-me de alguns fatores que influenciavam os cuidados, nomeadamente: a falta de enfermeiros (com necessidade de turnos extraordinários), grande número de doentes internados e poucas condições nas instalações (serviço de urgência). Embora não comunicasse superiormente,

dado estar na posição de aluna, muitas vezes debati esse tema com os meus orientadores e restante equipa de enfermagem.

Esta temática leva-nos à competência comum “gestão dos cuidados”, que abordarei no subcapítulo seguinte.

Mantendo o foco na qualidade, são vários os serviços do HNM acreditados pelo Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português. Estes processos de acreditação são conduzidos pelo “Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho) e os procedimentos documentados em vigor no DQS)” (DGS, 2015, p.6).

Dos serviços onde realizei práticas clínicas, apenas o SMI é acreditado, conseguindo a Acreditação de Qualidade de Nível Bom em 2017, pela DGS, baseado no Modelo ACSA. Esta acreditação foi conquistada após um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, envolvendo todos os profissionais do serviço e com a duração de um ano e meio. Esta é válida por cinco anos, tendo uma avaliação externa de acompanhamento passados sensivelmente dois anos e meio, onde é validado o nível de qualidade atingido aquando da atribuição do certificado de acreditação (SESARAM, 2019).

Nos restantes serviços onde realizei práticas clínicas, embora ainda não acreditados, existem projetos de qualidade. Saliento o registo e monitorização das úlceras por pressão, recolha e acondicionamento dos resíduos hospitalares, a higienização das mãos, o controlo da infeção e implementação do processo de enfermagem.

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) tem vários documentos produzidos no âmbito do ciclo da Acreditação anterior (descontinuada no final de 2011). Estes documentos constituem referências de boas práticas, podendo/devendo ser utilizados, a não ser que os seus conteúdos estejam cobertos por evidência produzida no âmbito da Acreditação atual (SESARAM, 2019).

Colaborei nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados ao longo das várias práticas clínicas. Realço o projeto “STOP Infeção!”, no qual estão definidos vários “Feixes de intervenção, os quais pude implementar aquando dos cuidados e que têm por objetivo reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) associadas à intubação endotraqueal, cateter central, cateter vesical e ao local cirúrgico.

Os cuidados de qualidade exigem análise e reflexão da prática, de forma a aperfeiçoar os cuidados do dia-a-dia.

Nesta perspetiva, segundo o Despacho n.º 5613/2015 p. 13551, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.

Por outro lado, uma boa prática de Enfermagem requer respeito pelos valores, costumes, religião dos clientes e todo o descrito no código deontológico (OE, 2015). Assim, na prática diária sempre tive presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, requerendo do enfermeiro sensibilidade para lidar com essas diferenças.

Hesbeen (2001) realça que são componentes essenciais a um cuidar de qualidade: o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados, aliado ao conhecimento científico e competência técnica, sendo aspetos que sempre tive em atenção aquando da prestação de cuidados. A OE (2015), reforça que é necessário que a prestação de cuidados seja zelosa e competente, e não apenas reconhecer que os clientes têm esse direito.

Neste sentido, considero que frequentar o curso de mestrado e investir na formação é uma mais-valia, sendo fundamental a permanente atualização, a investigação, o tirar dúvidas e o querer saber mais.

2.3. Gestão dos Cuidados

A **Gestão dos cuidados** e recursos é fundamental uma vez que permite rentabilizar e organizar melhor o tempo e os cuidados prestados. Neste âmbito é esperado que o enfermeiro especialista tenha capacidade de “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” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Ao longo das várias práticas clínicas geri os meus cuidados, atendendo aos clientes que me estavam atribuídos e tendo por base o processo de enfermagem. Além disso, no SU geri o destacamento para a sala zero. Neste serviço habitualmente o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica fica destacado para a sala de observação (SO), sala de cuidados especiais e sala 0.

Lopes (2004) foca um aspecto que considero pertinente em relação aos cuidados prestados, **as rotinas**. O planeamento das intervenções ao longo dos turnos e alguma rotina é essencial. No entanto, por vezes é necessário “fugir” às rotinas standardizadas de cuidados que por vezes desconsideram o doente como pessoa. Hesbeen, citado por Lopes (2004), acrescenta que a rotina torna os comportamentos rígidos, transformando os prestadores de cuidados em técnicos especializados que vão de cama em cama fazendo o que está no plano. Não devemos deixar que a rotina não permita a atenção mais personalizada ao doente e seus familiares.

Gerir os cuidados não engloba apenas o planeamento dos cuidados a prestar aos doentes que me estão atribuídos, mas também gerir todo o material que necessito para a prestação dos mesmos. De acordo com Lopes (2004), há que associar o pensamento económico à reflexão sobre a realização dos cuidados de saúde. Se todos os enfermeiros devem ter esse pensamento, ainda mais os enfermeiros especialistas, atendendo que a gestão de cuidados é uma competência comum.

Na UCIP e na UCIC aprofundei conhecimentos ao nível da classificação de doentes utilizada nas unidades – *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) 28 – e colaborei na sua realização durante a permanência na UCIC. Esta é uma classificação que tem por base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, o grau de invasão e o tempo dispensado para a realização de determinados procedimentos ao doente crítico. Resultando no número de horas de cuidados de enfermagem necessários por turno.

A gestão dos cuidados envolve tomadas de decisão, baseadas na experiência profissional e nos conhecimentos teóricos, tendo por base o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Os enfermeiros especialistas quando se encontravam a trabalhar, normalmente eram os responsáveis de equipa. Apercebi-me da relevância dos mesmos na equipa, na gestão de cuidados e atribuição de doentes, no esclarecimento de dúvidas quando surgiam, na articulação da equipa e na liderança, na gestão de material e equipamentos.

Uma liderança eficaz é essencial para motivar a equipa. Além disso, para ser um líder bem sucedido é necessário ter capacidade de organização, controlo situacional e decisão.

Tentei sempre dar o meu contributo nos vários serviços por onde passei, quer pela experiência profissional e particularidades do meu serviço, quer pelos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado. Sempre me senti apoiada e valorizada pelas equipas, o que se revelou fundamental para desenvolver esta competência comum.

A gestão dos cuidados deve ter sempre como foco a garantia da qualidade dos cuidados. Nem sempre é fácil tendo em conta os poucos profissionais, falta de material, grande afluência de doentes, incompreensões, cansaço, e outros, mas equipas unidas e bons ambientes de trabalho são essenciais para a prestação de bons cuidados.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** é um processo contínuo. Ao nível desta competência comum do enfermeiro especialista, é esperado que “desenvolva o autoconhecimento e assertividade e baseie a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Ao longo do meu percurso profissional sempre tive interesse em adquirir novos conhecimentos e na atualização permanente, revelando-se sempre uma necessidade de modo a prestar os melhores cuidados – razão pela qual fez-me investir na formação académica. Isto acaba por ir ao encontro de Martins (2004), quando afirma que os enfermeiros são confrontados diariamente com o desenvolvimento do saber e da técnica e com a necessidade da atualização permanente de forma a manterem-se capazes de prestar cuidados de excelência.

Os vários fatores como a bagagem teórica, os diferentes contextos de práticas clínicas, a transmissão de conhecimentos dos vários orientadores, as passagens de turnos e o debate em equipa, contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências, como futura enfermeira especialista na área do doente crítico. Contudo o processo de desenvolvimento e da procura de informação baseada na evidência científica mais atual será contínuo.

Ferreira de Almeida (2003), citado por Bártolo (2007), refere que a autoformação surge quando existe reflexão da ação, isto é, um processo formativo que facilita o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática profissional. Pires (2002),

citado pelo mesmo autor, salienta que é através de um trabalho de reflexão sobre as nossas ações que aprendemos e tornamo-nos mais eficazes e competentes.

Uma das ferramentas que dispomos e que auxiliam na aquisição de conhecimentos é a investigação científica. Segundo Fortin (2009), esta constitui um método de excelência na aquisição de conhecimentos. Estes surgem após examinar fenómenos com vista a obter resposta à questão que se deseja aprofundar.

A investigação científica destaca-se de outros métodos pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin, 2009). Engloba não apenas as investigações objetivas, como também as que se apoiam em métodos subjetivos, sendo simultaneamente rigorosas e sistemáticas. Esta ferramenta permite igualmente validar conhecimentos já adquiridos. A autora supracitada realça que a investigação é necessária a qualquer disciplina para produzir conhecimentos, que irão influenciar a prática, direta ou indiretamente.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e de acordo com a própria designação, são exclusivas da especialidade e são desenvolvidas tendo por base as competências do enfermeiro de cuidados gerais e as competências comuns do enfermeiro especialista – transversais a todas as especialidades.

Segundo o Regulamento nº 140/2019, as competências específicas definem-se por “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745). É esperado que o enfermeiro para se tornar especialista, adquira e desenvolva estas competências, prestando no seu dia-a-dia cuidados de enfermagem especializados e individualizados. O Parecer 10/2017 da OE realça que o especialista é um enfermeiro que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a uma área específica.

De acordo com Nichols e Monahan (2010), a especialidade Médico-Cirúrgica é a “espinha dorsal da enfermagem moderna e a base da prática de todas as instituições de cuidados de saúde” (p.1).

Nas próximas páginas, aprofundarei cada competência específica e como a desenvolvi ao longo do curso de mestrado.

3.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O doente crítico é aquele que tem a sua vida ameaçada por disfunção ou falência de um ou mais órgãos, necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica (Freitas & Gomes, 2015). Cuidar deste doente, ou seja, cuidar da pessoa em situação crítica e sua família/cuidadores, constitui a primeira competência específica da especialidade Médico-Cirúrgica (vertente do doente crítico).

O enfermeiro de cuidados críticos é o advogado do doente, sendo responsável por assegurar que todos eles recebam cuidados excelentes (Smith-Blair, 2010). O autor realça o

juízo clínico, capacidade lógica, reflexão crítica e tomada de decisão, como habilidades desses enfermeiros.

Ao longo das práticas clínicas prestei cuidados de enfermagem ao doente e sua família, com o intuito de desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, sempre com o acompanhamento e orientação de um enfermeiro especialista na área, caminhando progressivamente para a autonomia.

Na prática o enfermeiro deve fazer uma observação, colheita e procura contínua e de forma sistematizada com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil, tendo em vista a recuperação total (OE, 2015). Este atendimento é determinante para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família/cuidador.

O desenvolvimento e aquisição de competências especializadas surgiram progressivamente ao longo das várias práticas clínicas, realizadas no SU, UCIP e UCIC, e sobre as quais abordarei nos subcapítulos seguintes. Farei também referência a algumas situações da prática clínica, colocando o texto em *itálico* como forma de destaque.

3.1.1. Serviço de Urgência

Focando a primeira prática clínica, esta foi desenvolvida no **SU** do HNM. Durante os primeiros três turnos, acompanhei e compreendi o percurso inicial do doente: triagem, sala de tratamento, sala de recuperação e sala de pequena cirurgia. Nos restantes turnos fiquei no SO, estando destacada para a sala de emergência (“sala 0”).

Iniciei o percurso no SU acompanhando e colaborando na **triagem** dos doentes, após conhecer/relembrar a estrutura do serviço e os vários setores. A triagem, como referi anteriormente, é realizada pelo enfermeiro e de acordo com a Triagem de Manchester, implementada em Portugal desde o ano 2000.

De acordo com Santos, Freitas e Martins (2013), vários estudos têm comprovado que a Triagem de Manchester é um instrumento confiável, sensível e amplamente validado (inclui também a pediatria). Estes autores realçam que a utilidade dos sistemas de triagem supera o objetivo para o qual foram construídos.

Após a triagem, o doente aguarda a observação médica, dependendo da cor que lhe foi atribuído pela Triagem de Manchester. Posteriormente a esta observação, o doente chega à **sala de tratamentos**. Esta é uma sala de passagem, onde predominam os exames

complementares e o início de terapêutica. Após esta abordagem o doente segue para a **sala de recuperação** ou sala aberta.

Na **sala de recuperação** encontram-se os doentes que necessitam de vigilância ou terapia de duração média, doentes com alterações da consciência ou os que aguardam internamento. O enfermeiro que presta cuidados aos doentes neste espaço tem de dispor de saberes e experiência de forma a gerir a presença de vários doentes, com diversas situações clínicas e necessidades de cuidados específicos e alguma mobilidade (vai para o internamento, é transferido para outra sala, tem alta). Estes doentes necessitam de vigilância de modo a despistar precocemente sinais e sintomas de agravamento clínico, atuando preventivamente e precocemente. Aquando da minha passagem pelo SU os cuidados eram prestados por enfermeiros generalistas, uma vez que os enfermeiros especialistas na área do doente crítico ficavam destacados para o SO (atendendo ao reduzido número dos mesmos), no entanto, considero que esta sala beneficiava da sua presença. Saliento contudo, que sempre que necessário os enfermeiros especialistas davam apoio. Lembro-me por exemplo que uma senhora que deu entrada com dor inespecífica no peito, após realizar ECG confirmou-se um enfarte do miocárdio em evolução, foi solicitado a colaboração do enfermeiro especialista, neste caso o meu orientador e eu, sendo o transporte para o serviço de hemodinâmica realizado por nós.

No restante estágio permaneci no **SO** e na **sala dos cuidados especiais**, onde colaborei/prestei cuidados aos clientes que se encontram mais instáveis, com necessidade de terapêutica mais complexa (transfusões entre outra) e que necessitam de uma maior monitorização. Permanecem igualmente os clientes que aguardam pela ida urgente ao bloco operatório.

Em termos estruturais, o SO tem um isolamento e uma sala de cuidados especiais com capacidade para dois doentes. Enquanto o isolamento está destinado essencialmente a doentes com patologia infecciosa ou imunodeprimidos, a sala de cuidados especiais destina-se à vigilância intensiva dos doentes e terapêuticas especiais (ex: ventilação mecânica).

Durante a prática clínica no serviço de urgência, mais especificamente no SO, foram vários os diagnósticos dos doentes intervencionados, desde alterações metabólicas, arritmias, bradicardia e taquicardia, intoxicações medicamentosas e por pesticidas, insuficiência respiratória e necessidade de ventilação não invasiva, traumatismos crânio encefálicos (TCE), anemia, aneurisma da aorta abdominal, entre outros. Apercebi-me da necessidade de um vasto conhecimento teórico e prático para cuidar os doentes/família/cuidadores da forma mais adequada. A existência de protocolos de atuação

confirmou ser fundamental na medida em que orienta os cuidados, uniformiza procedimentos e dá segurança.

Nos cuidados diários, após ouvir atentamente a passagem de turno, consultava o processo clínico de forma a me inteirar do estado do cliente, dos exames complementares de diagnóstico, dos registos de enfermagem e dos registos médicos, dos cuidados específicos e da medicação atual e prevista ao longo do turno. Posteriormente e junto do cliente, fazia uma avaliação do estado de consciência, sinais vitais, traçado cardíaco, focos de instabilidade, perfusões e oxigenoterapia, presença de dor ou outras queixas. Após avaliação do estado de consciência, solicitava o consentimento dos clientes e informava sobre todas as intervenções e procedimentos a implementar. Além disso, zelava por prestar cuidados holísticos, atendendo às necessidades e especificidades de cada doente, tendo por base a metodologia do processo de enfermagem.

O Processo de Enfermagem permite perceber a enfermagem e transformá-la em pensamento crítico metódico, orientando assim as nossas ações (Rothrock, 2008). Doenges e Moorhouse (2010) reforçam que o Processo de Enfermagem proporciona um método eficiente de organizar o pensamento para a tomada de decisões, resolução de problemas e prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade. Os autores supracitados salientam que uma linguagem padronizada e comum favorece a precisão diagnóstica e garante a continuidade dos cuidados de enfermagem de forma apropriada.

Uma forma de garantir a continuidade dos cuidados é através das passagens de turno. Estas são momentos de reflexão sobre e para ação, envolvendo o conhecimento global do doente, particularidades, processo de doença e necessidades. São caracterizadas pela análise e reformulação da prática, através da partilha e discussão dos problemas do doente com o grupo, tendo por objetivo a tomada da melhor decisão e a continuidade dos cuidados (Serrano et al, 2011). Concorro com o referido por Serrano e na prática isso foi evidente. De facto só discutindo os problemas e estando munidos de toda a informação do doente é possível a sua resolução e a continuidade dos cuidados.

Uma das razões para que os clientes fiquem no SO em observação são as alterações cardíacas. Embora alguns ritmos regularizem com medicação endovenosa, outros não. Tive oportunidade de assistir e colaborar a uma cardioversão elétrica e todos os cuidados de enfermagem inerentes, antes e após o procedimento. Destaco que foi um procedimento rápido, no entanto muito complexo, com necessidade de sedação e vigilância hemodinâmica apertada. Atendendo à necessidade de sedação, os cuidados com a via área

e o controlo do ritmo cardíaco foram fundamentais. Saliento que o material para reanimação e o carro de urgência estavam preparados e ao alcance.

Sempre que oportuno e pertinente intervirmos em fatores de risco passíveis de mudança (estilos de vida, tabagismo, entre outros). Recordo um rapaz, *com cerca de 20 anos que deu entrada no SO por cetoacidose diabética porque tinha deixado de fazer as insulinas em casa*. Permaneceu no SO alguns dias, até estabilização clínica, e considerei pertinente abordar a adequada adesão ao regime terapêutico e os benefícios no controlo da doença (Diabetes tipo I), na medida em que a descompensação da doença de base e estado crítico em que o doente se encontrava foi resultado de uma má adesão ao regime terapêutico. O doente aceitou com agrado a minha intervenção, reconhecendo que não que tinha tomado a melhor decisão. Enquanto futura enfermeira especialista na área do doente crítico e tendo em conta os conhecimentos mais aprofundados sobre a temática, foi benéfico incentivar o controlo da doença crónica, neste caso a diabetes.

Normalmente os doentes não ficam muito tempo no SO, sendo essencial preparar a alta/transferência. Assim, a equipa do serviço recetor foi sempre contactada tendo sido transmitida a informação pertinente para organizar a sua chegada (por exemplo ter disponível aparelho de ventilação não invasiva (VNI)). O contacto com a família também foi garantido.

O facto do enfermeiro orientador estar sempre destacado para a “sala 0”, ajudou e impulsionou o desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento do modo de atuação perante as situações urgentes/emergentes.

A denominada “sala 0” é a **sala de emergência**. Esta tem por objetivo receber emergências de adultos e pediátricas, possibilitando um atendimento rápido e eficaz. O chefe de equipa, em cada turno, designa três enfermeiros para esta sala, cada um com funções específicas. O enfermeiro da triagem ou do acolhimento, após avaliação cuidada dos doentes, ativa a “sala 0” e faz mobilizar os respetivos elementos. De salientar que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, estando ao serviço, estão sempre destacados para a mesma.

A existência da sala de emergência permite receber os doentes críticos e garantir uma rápida atuação: monitorizar, estabilizar através de meios terapêuticos e materiais específicos, realizar avaliação primária/secundária, identificar focos de instabilidade e realizar exames complementares. Esta abordagem é fundamental para garantir os melhores e céleres cuidados, com todos os benefícios que daí advêm. Quando existem doentes

politraumatizados, a equipa multidisciplinar da sala de emergência segue o protocolo do doente politraumatizado segundo o *Advanced Trauma LifeSupport* (ATLS), que inclui a abordagem ABCDE e a avaliação secundária.

É importante o enfermeiro especialista estar familiarizado tanto com a sala como com os materiais e medicação. A reposição e verificação do material são feitas regularmente.

No serviço de urgência existem **quatro Vias Verdes**: Acidente vascular cerebral (AVC), Coronária, Trauma e Sepsis. Estas funcionam como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado das doenças apresentadas, sendo ativadas de acordo com critérios pré-estabelecidos.

As “vias verdes” são circuitos de encaminhamento que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados, permitindo uma abordagem estruturada e precoce, com benefícios em termos de mortalidade e morbilidade (Silva, 2009). A Norma nº 015/2017 da DGS, realça que é uma estratégia organizada para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

De acordo com o Artigo 13º (Despacho n.º 10319/2014), a implementação das vias verdes deve ser continuada e intensificada. Além disso, o processo de encaminhamento deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação de sintomas, devendo os sistemas, hospitalar e pré-hospitalar, garantir a continuidade e a integração de cuidados.

Associados às vias verdes existem protocolos (alguns expostos na sala zero) que permitem uniformizar procedimentos e garantir a segurança nos cuidados. Ao longo do estágio tive oportunidade de assistir a todas as vias verdes, exceto da sepsis. Em seguida descreverei algumas experiências nas vias verdes do trauma, coronária e do AVC.

*Na **via verde do trauma**, colaborei nos cuidados de enfermagem prestados a um doente com 39 anos que foi vítima de um acidente de moto.*

Chegou no plano duro, com colar cervical, fixadores de cabeça e aranha. Feita avaliação primária: A, B, C, D e E (A – Abertura da via aérea com imobilização cervical, B – Ventilação e Oxigenação, C - Circulação e suporte cardiovascular com controlo de hemorragia, D – Avaliação da função neurológica e E – Exposição com a avaliação de

lesões existente e prevenção de hipotermia). O doente encontra-se consciente e orientado (Glasgow 15), com hipotermia e muita dor. Presença de várias fraturas expostas.

A: Via área permeável, com proteção cervical, presença de colar

B: Respiração espontânea, silenciosa, saturações de O₂ bem

C: Monitorização, colhidas as análises, cateterizadas veias e feito alívio da dor com morfina. Iniciou antibióterapia empírica. Fica com soro.

D: Consciente, Glasgow:15

E: Retirada toda a roupa, avaliado pele e presença de fraturas (alinhamento, estabilização e imobilização), contusões e equimoses, aquecido com manta térmica.

Feita avaliação rápida e sequencial. Posteriormente foi realizada a avaliação secundária. A avaliação secundária permite completar a avaliação primária e reavaliação do ABCDEs.

O trauma continua a ser muito frequente nos dias de hoje. De acordo com o Despacho n.º 8977/2017, em Portugal a sua prevalência e o impacto aconselha o investimento na prevenção e tratamento, tanto na abordagem inicial como no acompanhamento e reabilitação. É um problema com múltiplas repercussões sociais e económicas, sendo um desafio para a medicina de emergência, do doente crítico e de catástrofes com implicações cirúrgicas e médicas (Despacho n.º 8977/2017).

Terminada a avaliação secundária acompanhei o doente ao serviço de imagiologia para realização de Tomografia Axial Computadorizada (TAC) e Radiografias (Rx). Doente foi monitorizado, levei medicação para a dor (morfina), ambu e bala de O₂. Era um doente que se encontrava em estado crítico, com elevado risco de instabilidade. Embora a avaliação primária e secundária forneçam uma visão geral do estado do doente, apenas com exames mais invasivos é possível confirmar lesões internas que poderão se manifestar a qualquer momento e pôr em risco a vida da pessoa. Assim, é fundamental assegurar que o transporte ocorra adequadamente e sem agravamento do estado em que o doente se encontra. Tive o cuidado de conversar e explicar todos os procedimentos ao doente, que se encontrava muito apreensivo com toda a situação. Neste sentido, foi-me possível desenvolver técnicas de comunicação, adaptando a comunicação ao doente crítico e ao contexto. Adequiei a mensagem a transmitir ao doente, de modo a não agravar a ansiedade, e atendendo ao que este demonstrava querer saber. Após o doente estar mais informado revelou ter ficado mais calmo.

Apercebi-me da importância das avaliações primária e secundária serem rápidas e eficazes, e do alívio da dor ser fundamental, mesmo para a estabilidade hemodinâmica.

Embora o TAC tenha revelado várias fraturas e pequenas câmaras de pneumotórax, não revelou nenhuma lesão interna. Após observação pela ortopedia ficou a aguardar cirurgia na sala dos cuidados especiais do SO.

*Numa **via verde coronária** após toda a avaliação primária (A, B, C, D e E), monitorização e alívio de sintomas, com instituição de medicação analgésica e antiagregante plaquetária (ticagrelor, aspirina), acompanhei o cliente à hemodinâmica para realização de angiografia. O doente encontrava-se calmo, consciente e orientado, hemodinamicamente estável. É importante este acompanhamento ser efetuado por profissionais competentes uma vez que o cliente pode agravar a qualquer momento.*

Em 2018, as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa básica de morte na RAM, estando na origem de 788 dos 2 730 óbitos ocorridos na Região no referido ano, cerca de 28,9% do total (27,4% em 2017) (Estatísticas RAM).

Após todo o procedimento inicial, foi permitida à família entrar na sala zero e acompanhar o cliente à unidade de hemodinâmica.

O contacto do doente com o familiar e com a equipa de cuidados é importante porque, não só engloba a família nos cuidados, mas também permite a transmissão de informação relevante sobre o doente. Além disso, a família ao estar informada fica mais calma, e pode transmitir esse sentimento ao familiar doente.

Por vezes é angustiante ver o sofrimento da família, porque além de verem o seu familiar doente, sentem-se impotentes perante a situação. O contacto com a família possibilitou-me desenvolver técnicas de comunicação terapêutica e desta forma adquirir competências na assistência à família/cuidador com perturbações emocionais decorrentes das situações críticas de saúde/doença e/ou falência orgânica, indo ao encontro das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Nesta situação específica, conversei terapeuticamente com a família antes de entrar na “sala 0”, assim como no transporte para a hemodinâmica.

A família, assim como o doente, sofre o impacto da doença e do internamento e deve ser alvo da nossa atenção e cuidados. Sendo a família uma parte integrante do processo de cuidado do doente crítico, os cuidados de enfermagem ao doente crítico devem também enquadrar intervenções orientadas a esta. Os cuidados centrados na família constituem um conceito que encara o doente e a família como uma entidade inseparável, reconhecendo-se assim, que a doença de um membro da família afeta simultaneamente os restantes membros.

*Na **via verde do AVC** tive oportunidade de prestar/colaborar na avaliação primária, com atenção ao estado de consciência, capacidade de deglutição, manter a via aérea permeável, assim como os sinais vitais. É de realçar o registo da hora do início dos sintomas, exames complementares de diagnósticos e avaliação neurológica.*

Assisti à aplicação da escala neurológica NIHSS e posteriormente acompanhei a cliente ao serviço de imagiologia, onde observei o início da trombólise (medicação preparada e iniciada pela colega da Unidade de AVC). Esta deve ser iniciada, quando indicado, logo após a realização de TAC.

A Norma nº 015/2017 define o conceito de “tempo é cérebro”, onde se traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que em cada minuto de isquémia, um número elevado de células é destruído. Em suma, a rápida atuação é importante e a luta contra o tempo é o primeiro objetivo.

Embora os dados atuais sobre a morbilidade e mortalidade revelem um decréscimo da doença isquémica do coração e AVC, nos países ocidentais as doenças vasculares continuam a estar entre as primeiras causas de morte e incapacidade (Norma nº 015/2017, DGS).

Na RAM, em 2018 as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa básica de morte, destacando-se as doenças cerebrovasculares, também designadas por acidentes vasculares cerebrais (AVC), que estiveram associadas a 238 falecimentos (8,7% do total) (Estatísticas da RAM). Nesta perspetiva, enfermeiros dotados de competências na área do doente crítico são imprescindíveis, não só para prestar cuidados quando a doença já está instalada, mas também na respetiva prevenção. Esta deve ser uma preocupação de todos os profissionais de enfermagem e de todos os especialistas, nas mais diversas áreas.

Embora não tendo assistido a uma via verde da sépsis, apercebi-me do cuidado no despiste de sintomatologia na triagem e da antibioterapia precoce, após realização de culturas.

O SU é uma das principais portas de entrada de doentes no meio hospitalar, muitos deles em situação crítica e a necessitarem de cuidados imediatos e especializados, de forma a recuperarem o mais rapidamente possível. Atendendo ao citado, sem dúvida que foi uma prática clínica muito enriquecedora. De acordo com Noivo (2015), é

indiscutível que a formação dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica influência a qualidade e a segurança dos cuidados nos serviços de urgência.

3.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

As práticas clínicas II e III foram realizadas em serviços de internamento de doentes em situação crítica, mais concretamente **UCIP** e **UCIC**.

A **UCIP** situa-se no andar técnico do Hospital Dr. Nélcio Mendonça. É composta por 11 unidades/camas, onde 1 é de isolamento e 3 situam-se na UCIP 2 (situada no 1º piso poente). As unidades são contíguas e cada uma está devidamente equipada com material e equipamento para monitorização, suporte para a via aérea, bombas perfusoras, material de aspiração, material de higiene pessoal, entre outros. Todas as camas têm contacto direto para a mesa de trabalho de enfermagem (situada ao centro da unidade), permitindo desta forma uma vigilância e monitorização contínua.

É um serviço fechado, autónomo e de nível III. Esta classificação deve-se ao facto do serviço cumprir os critérios da DGS:

(...) tem equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (DGS, 2003, p.8).

O enfermeiro chefe da UCIP é o Enf. Abel Viveiros, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sendo que em cada equipa existe um enfermeiro responsável (alguns são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica). O serviço é gerido pelos médicos intensivistas, que poderão pedir apoio a outras especialidades se necessário.

A **UCIC** situa-se no 1º piso nascente do HNM. É composta por 5 unidades/camas, separadas por biombos e também devidamente equipadas. Todas as unidades têm também contacto direto para a mesa de trabalho de enfermagem.

Uma das enfermeiras especialistas em médico-cirúrgica é a responsável pela unidade (Enf.^a Merita Alves). Além disso, os enfermeiros especialistas em Médico-

Cirúrgica são os responsáveis de turno sempre que estão de serviço, ficando igualmente com doentes atribuídos. Desempenham assim um papel importante não só a nível da prestação de cuidados, mas também na gestão.

Olhando para a equipa médica, a UCIC é gerida pelos médicos anestesistas, sendo que o cirurgião do doente visita diariamente o mesmo e monitoriza o seu estado. Também e sempre que necessário poderá ser pedida a colaboração de outras especialidades.

Ambos os serviços são multiprofissionais e trabalham 24 horas por dia. As equipas são constituídas por enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica e por enfermeiros que embora não sejam especialistas são peritos na área de cuidados ao doente crítico.

Saliento que embora cada enfermeiro tenha os seus “doentes atribuídos”, todos os elementos da equipa conhecem os restantes doentes internado no serviço (Informação transmitida nas passagens de turno).

Os doentes são distribuídos pelos chefes de equipa, sendo o método de trabalho individualizado, por enfermeiro responsável. O enfermeiro é assim responsável pelo doente e família no seu todo, pelo acolhimento da pessoa e família, prestação direta de cuidados, promoção da recuperação e preparação para a alta. Assim como no SU é utilizado o processo de enfermagem como guia na prestação de cuidados, tendo por base a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Ao longo das práticas clínicas realizei horário rotativo, o que me permitiu conhecer a estrutura, a organização e gradualmente a dinâmica dos serviços nos vários turnos (manhã, tarde e noite). Além do espírito de interajuda estar muito presente, observei um “bom ambiente” de equipa, tanto entre os enfermeiros, como com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Unidade de cuidados Intensivos Polivalentes

Os doentes admitidos na **UCIP** são doentes em estado crítico provenientes tanto do exterior, através do serviço de urgência, como dos restantes serviços do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Estes chegam sempre acompanhados por profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro.

O acolhimento do doente crítico no serviço é sempre um momento de grande complexidade, uma vez que são necessárias várias intervenções, tais como: avaliar o doente globalmente, transferir, monitorizar, conectar ao ventilador ou entubar se

necessário, colocar cateteres (cateter venoso central, linha arterial, cateter vesical, entre outros), colocar medicação em bombas perfusoras e administrar medicação, entre outras. Realço que as unidades/cama estão devidamente preparadas e limpas para a chegada dos mesmos.

Foram várias as patologias/quadros sintomáticos dos doentes internados na UCIP aquando da minha prática clínica e aos quais tive oportunidade de observar e de prestar cuidados de enfermagem. Nomeio alguns como a sépsis e choque séptico, paragem cardiorrespiratória, insuficiência respiratória, politraumatizados, TCE, estados pós-operatórios, insuficiência renal e intoxicações.

Em 2003 a DGS refere que a medicina intensiva aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. Acrescenta que as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.6).

É consensual o desenvolvimento da medicina intensiva nos últimos anos. Em 2013, Penedo et al., referem que o desenvolvimento da medicina intensiva encontra-se entre os progressos mais importantes ocorridos na Medicina nas últimas décadas. Tem sido fundamental no aumento da capacidade para salvar vidas em risco, assim como na melhoria pronunciada da sobrevida e na qualidade de vida dos doentes portadores de doença grave.

Na unidade todos os clientes encontravam-se monitorizados, revelando-se uma mais-valia no despiste precoce de alterações hemodinâmicas e focos de instabilidade, atuando e/ou comunicando à equipa multidisciplinar (em especial à equipa médica). É fundamental a vigilância contínua, sabendo interpretar o binómio doente – monitor.

Atendendo à importância da monitorização hemodinâmica, Martell e Allen (2013), referem que é uma competência que todas as enfermeiras que cuidam do doente crítico devem possuir. Os autores reforçam que a interpretação da monitorização requer um amplo conhecimento teórico e a habilidade de aplicar o mesmo a cada situação clínica.

Embora em todos os serviços de internamento a vigilância seja fundamental, em unidades de cuidados intensivos esse cuidado toma particular importância, atendendo ao elevado grau de instabilidade dos doentes internados. De salientar que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo junto do doente (24 sob 24 horas), sendo habitualmente

o primeiro a identificar alterações que podem comprometer o estado de saúde e por em risco a vida dos clientes.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica revela-se importante atendendo às suas competências específicas, no âmbito da monitorização, vigilância dos clientes e gestão de medicação, nomeadamente no controlo da tensão arterial (gerindo a perfusão de medicação vasopressora); no controlo da pressão de perfusão cerebral (gerindo os cuidados e os valores de tensão arterial média e pressão intracraniana); na monitorização do traçado ECG e débito urinário (identificando precocemente alterações), e outros. A vigilância, a identificação de alterações e a atuação rápida são fundamentais para a prevenção de complicações que no limite podem comprometer a vida e/ou a qualidade de vida dos clientes.

Na prestação direta de cuidados ao doente em estado crítico, consolidei conhecimentos práticos acerca da monitorização não invasiva e adquiri conhecimentos sobre a monitorização invasiva e seus cuidados, nomeadamente na monitorização da pressão arterial invasiva, pressão venosa central (PVC), *pulse contour cardiac output* (PiCCO) e pressão intracraniana (PIC).

O registo dos dados de monitorização é feito em folha própria. Esta folha permite a visualização em gráfico dos sinais vitais nas 24 horas, assim como a observação de outros dados pertinentes como a diurese, balanço hídrico, medicação realizada, saturação de oxigénio, controlo glicémico, entre outros. É realizada também em folha própria a apreciação inicial, essencial à identificação de diagnósticos de enfermagem e planeamento dos cuidados. Os planos de cuidados e notas de enfermagem são efetuados em suporte digital tendo por base a linguagem CIPE.

Nos cuidados diários, após ouvir a passagem de turno, consultar o processo clínico online e a informação da folha de monitorização, fazia uma avaliação detalhada junto do doente. Esta avaliação era minuciosa, uma vez que avaliava o doente no seu todo: consciência ou grau de sedação, presença de dor, sistema respiratório e cardiovascular (conexão ao ventilador, características de respiração, auscultação pulmonar, saturação de oxigénio (O₂), eletrocardiograma (ECG), pressão arterial (PA), pressão arterial invasiva), perfusões e cateter central ou periférico, nutrição (presença de ruídos hidroaéreos), temperatura, estado da pele e pensos se existirem, eliminação vesical e intestinal, entre outros, de acordo com a especificidade do doente. Esta avaliação era fundamental para a identificação de focos ou possíveis focos de instabilidade e planeamento das intervenções a

implementar. De salientar que a avaliação inicial permite ter um ponto de comparação com o estado do doente ao longo do turno.

Na avaliação global do doente deve fazer parte a avaliação pupilar, com o tamanho, a forma e a resposta pupilar à luz. A reação da pupila é uma função do sistema nervoso autónomo: quando as fibras parassimpáticas são estimuladas as pupilas contraem, por outro lado, quando as fibras simpáticas são estimuladas, as pupilas dilatam. As alterações nas pupilas constituem um instrumento de avaliação valioso, sendo um indicador da função neurológica. Por essa razão deve ser avaliada a todos os doentes e em especial aos que já apresentam lesões cerebrais (Urden et al., 2008). Segundo Amaral e Silva e Alcântara (2015), o exame pupilar fornece informação sobre a localização e natureza da lesão.

Ao longo da prática clínica prestei cuidados de enfermagem a doentes sob ventilação invasiva, oxigenoterapia, ventilação não invasiva e suporte cardiovascular farmacológico, garantindo o desenvolvimento de competências no suporte de funções (SESARAM, 2020). Colaborei também na colocação de dispositivos externos (cateter venoso central, linha arterial, cateter de PIC) e na realização de exames complementares de diagnóstico (Análises clínicas, Gasometrias, Radiografias, TAC, entre outros).

O cuidar do doente ventilado foi uma estreia para mim. Foi necessário aprofundar conhecimentos na área e conhecer todos os equipamentos e procedimentos envolvidos.

A ventilação mecânica pode ser definida como “procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar” (Dias, Caramelo & Marcelino, 2008). Os autores realçam que esta não é uma terapia, mas sim uma medida de suporte com o objetivo de ganhar tempo para que a lesão se repare e recupere.

De acordo com Urden et al. (2008), a ventilação mecânica está indicada por razões fisiológicas e/ou clínicas. Nas razões fisiológicas temos o suporte das trocas gasosas (ventilação e oxigenação arterial), o aumento do volume do pulmão (insuflação pulmonar no final da expiração e capacidade residual funcional) e a redução do trabalho respiratório. A nível clínico estão incluídas a reversão da hipoxémia e da acidose respiratória aguda, o alívio da angústia respiratória, a prevenção ou reversão de atelectasias e fadiga dos músculos respiratórios, permitir a sedação e/ou bloqueio neuromuscular, diminuir o consumo de oxigénio, reduzir a pressão intracraniana e estabilizar a parede torácica.

A necessidade de ventilação invasiva não está isenta de riscos. De acordo com Barsantie e Woeltje (2009), a pneumonia associada ao ventilador ocorre entre 9% e 27% de todos os clientes entubados, com uma taxa bruta de mortalidade que pode exceder os 20% dependendo do risco do agente patogénico.

Embora a maioria dos aspetos técnicos da programação do ventilador seja da responsabilidade da equipa médica, os enfermeiros são responsáveis pelo cuidado ao doente, incluindo o suporte ventilatório mecânico (Rose et al., 2012). Além disso, dão um contributo relevante na prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) através da implementação de várias medidas nas quais pode colaborar, tais como: aspiração de secreções, auscultação pulmonar, higiene oral, posicionamento adequado do doente, otimização do tubo endotraqueal (verificação do posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro, mudança de tubuladuras, verificação da pressão do *cuff*), gestão da nutrição, identificação de fatores de risco e despiste precoce de sinais e sintomas.

Uma forma rápida de avaliar a função respiratória é através da gasometria arterial. Ao longo da prática clínica realizei gasometrias de acordo com a rotina do serviço (de 4/4 horas e SOS), e interpretei os resultados atendendo à especificidade de cada doente. Segundo Marum, Ribeiro e Marcelino (2008), este é um exame de rotina muito importante uma vez que fornece o valor do pH sanguíneo e alterações do equilíbrio ácido-base. A manutenção destes valores dentro dos parâmetros normais é essencial para a osmeostasia do organismo.

De acordo com Urden et al. (2008), todos os doentes críticos, entubados e mecanicamente ventilados, devem ter um objetivo para a analgesia e sedação, devendo ser utilizada a mesma escala de avaliação de forma a facilitar a comunicação entre os vários profissionais de saúde.

Um dos desafios quando se utiliza a sedação profunda, é saber se o doente está realmente sedado e sem dor (Urden et al., 2008). Na tentativa de clarificar a avaliação clínica, alguns hospitais fazem a monitorização contínua do eletroencefalograma (EEG) destes doentes. Na Unidade do SESARAM não é realizado o EEG, a avaliação é efetuada pela Escala de *Richmond Agitation – Sedation Scale* (RASS) e pela avaliação da dor com a Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS).

A escala de RASS permite, através da observação e estimulação do doente, identificar o nível de sedação. Esta vai desde o “não responde” (-5, sem resposta à estimulação física ou verbal) até o “combativo” (4, combativo ou violento, perigo imediato

para o pessoal). Na posição “0” o doente encontra-se “calmo e acordado” (Urden et al., 2008). Os autores supracitados salientam que a sedação é importante para manter a segurança dos doentes, no entanto, se utilizada excessivamente traz alguns efeitos secundários. O objetivo visa encontrar o equilíbrio entre prestar cuidados ao doente calmo e evitar a sedação excessiva.

Recentemente Westphat (2019) no seu artigo de investigação reforça que a crença que todos os doentes ventilados devem receber sedação, uma vez que se o doente “luta” com o ventilador não recebe suporte ventilatório suficiente, deve ser equilibrada com a evidência dos efeitos indesejados da terapêutica sedativa. Salienta que a curto prazo a sedação pode causar depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica ou acidose metabólica, e a longo prazo pode prolongar a duração da ventilação mecânica e o tempo de permanência na unidade. Além disso, o uso de sedativos aumenta o risco de desencadear *delirium* agudo. O autor acrescenta que de modo a evitar estes efeitos secundários, os doentes que necessitam de ventilação mecânica devem ser tratados principalmente com analgesia multimodal e com pouca ou nenhuma sedação. Quando aplicada a sedação deve ser instituída após o alívio adequado da dor.

Avaliar a dor quando os clientes não conseguem falar ou exprimir o que estão a sentir, é um verdadeiro desafio, cabendo a nós enquanto enfermeiros identificar e atuar precocemente.

A escala BPS, utilizada apenas em doentes ventilados, permite identificar a possível presença de dor, através da observação de três itens:

- a) expressão facial (relaxada, parcialmente contraída, completamente contraída e careta),
- b) movimento dos membros superiores (sem movimento, parcialmente fletidos, muito fletidos com flexão dos dedos e retraído, resistência aos cuidados) e
- c) adaptação ao ventilador (tolera a ventilação, tosse mas tolera a ventilação e maior parte do tempo, luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes e incapaz de controlar a ventilação).

Para cada comportamento observado em cada item, atribuíam-se uma pontuação, sendo pontuações mais altas associadas a maior dor (12) e pontuações mais baixas à ausência de dor (3).

Realço que sempre que possível, as escalas de auto-avaliação da dor foram a escolha de eleição. Mesmo que o doente estivesse impossibilitado de comunicar verbalmente, se consciente, indicava a presença ou ausência de dor apontando para a escala ou abanando a cabeça.

Segundo Alderson e Kechie (2013), alguns estudos demonstraram que 70% dos doentes em unidades de cuidados intensivos têm dor não reconhecida ou subtratada. Além da dor interferir na fisiologia cardiovascular e respiratória, pode levar a resultados psicológicos adversos, como ansiedade, depressão e transtorno de stress pós-traumático.

A maioria dos doentes em estado crítico, de acordo com Swearingen e Keen (2003), experienciam algum grau de ansiedade e agitação. Como referido anteriormente, uma das causas pode ser a presença de dor. Os autores acrescentam que a agitação no doente crítico pode ser desencadeada pela situação de doença grave, nos doentes que não estejam profundamente obnubilados, sendo potenciada por fatores emocionais (medo, perda do controlo físico, doença potencialmente mortal, incapacidade de comunicar e sentimentos de abandono), fatores fisiopatológicos (hipoxémia, o compromisso da perfusão cerebral, a infeção, a abstinência alcoólica e a encefalopatia) e por fatores ambientais (ruído, temperaturas extremas e privação do sono).

O ideal será identificar e aliviar as causas potenciais da ansiedade e agitação ou recorrer a medidas não farmacológicas. No entanto, atendendo a que o stress não aliviado pode atrasar a recuperação e aumentar a mortalidade, se tais medidas não forem eficazes, serão necessárias medidas farmacológicas (Swearingen & Keen, 2003). Nestas situações o objetivo será manter o doente calmo mas comunicativo, evitando os efeitos da sedação excessiva (indo também ao encontro dos autores citados anteriormente).

Na unidade a existência de terapêutica complexa é constante. Ao longo da prática clínica preparei e geri terapêutica complexa (barbitúricos, amins, cardiotónicos, vasodilatadores, sedativos, anestésicos, analgésicos, entre outros), tendo por base as recomendações e protocolos, mantendo a segurança, evitando o erro, e estando desperta para possíveis complicações. De salientar que conheci diferentes protocolos/procedimentos existentes na UCIP, nomeadamente: administração de noradrenalina, administração de insulina, monitorização e administração de potássico sérico, monitorização da pressão arterial invasiva, manuseamento do equipamento de PIC e aspiração de secreções ao doente ventilado.

Tive também oportunidade de observar os cuidados a doentes submetidos a *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e a técnicas de substituição renal. São técnicas de suporte complexas que exigem conhecimento teórico e prático aprofundado.

Os cuidados ao doente crítico visam fundamentalmente suportar e recuperar funções vitais, permitindo tratar a doença subjacente e dando oportunidade para uma vida futura com qualidade (Ordem dos Médicos, 2018). É fundamental intervir também na **prevenção**. Destaco a prevenção das úlceras por pressão, uma vez que o enfermeiro desempenha um papel de relevo: nos posicionamentos, cuidados à pele e na gestão da alimentação. Se não for possível evitar a úlcera o enfermeiro é responsável pelos seus cuidados.

De acordo com Swearingen e Keen (2003), os doentes de alto risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão são: os idosos e os que têm a mobilidade reduzida, o nível de consciência diminuído, compromisso sensorial, debilidade, incontinência, sepsis/temperatura elevada e com défice de nutrição. Duque et al. (2009), acrescentam também o estado da pele como fator de risco.

O aparecimento de feridas implica não só o sofrimento dos doentes, seus familiares e cuidadores, bem como elevados custos para o Sistema Nacional de Saúde (Duque et al., 2009). Esses custos englobam a vertente financeira (material profilático e curativo, antibióterapia ou cirurgias), e a parte associada aos internamentos prolongados e ao tempo despendido nos cuidados prestados.

A prevenção das úlceras por pressão passa também pela alimentação adequada. A gestão da mesma, assim como os cuidados inerentes são também competência do enfermeiro. De salientar que a alimentação quando iniciada precocemente (se o tubo digestivo estiver funcional) permite manter a integridade da mucosa intestinal, previne a sua atrofia, o aumento da permeabilidade e a translocação bacteriana (Cardoso, 2016).

Destaco que tive oportunidade de elaborar um estudo de caso fundamentado a uma pessoa em situação crítica que sofreu um TCE.

A elaboração de um processo de enfermagem fundamentado a um doente que prestei cuidados durante a prática clínica revelou-se uma ferramenta essencial, uma vez que me permitiu refletir e planear os cuidados de forma individualizada e personalizada, dado que as necessidades do doente foram vistas de uma forma holística e individual. Desta forma, constituiu um momento de aprendizagem e fundamental ao desenvolvimento

de competências, atendendo à necessidade do doente com TCE de cuidados de enfermagem altamente especializados. O trauma continua a ser muito frequente nos dias de hoje. O Despacho n.º 8977/2017 refere que em Portugal atendendo à sua prevalência e impacto, é aconselhado o investimento na prevenção e tratamento, tanto na abordagem inicial como no acompanhamento e reabilitação. É um problema com múltiplas repercussões sociais e económicas, sendo um desafio para a medicina de emergência, do doente crítico e de catástrofes com implicações cirúrgicas e médicas.

De acordo com Nogueira et al. (2015), o destino do doente traumatizado pode incluir procedimento cirúrgico de emergência e/ou suporte e monitorização em Unidade de Terapia Intensiva. Foco na importância da assistência de enfermagem na especificidade e complexidade do cuidado prestado a essas vítimas, que apresentam condições clínicas diversas decorrentes da gravidade das lesões traumáticas. Uma das principais atividades é a monitorização hemodinâmica, o controle da pressão intracraniana e de perfusão cerebral.

Moore et al. (2006) salientam que os cuidados ao doente neurocrítico têm como principal função a prevenção da lesão neuronal secundária, promovendo um ambiente fisiológico ideal para o processo de recuperação normal do cérebro. Os mesmos autores referem que o indicador mais importante do estado neurológico de um doente é o exame neurológico. No entanto, em doentes comatosos o exame é limitado. Nestes casos podemos avaliar usando outras técnicas de monitorização do metabolismo cerebral, como é o caso da monitorização da PIC, da pressão de perfusão cerebral (PPC) e saturação de O₂.

Quando se suspeita de hipertensão intracraniana, é colocado um cateter de PIC para monitorização da pressão, tendo em condições normais valores abaixo dos 15mmHg, (Urden et al., 2008). O traçado da pulsação intracraniana é observado graficamente de forma contínua e em tempo real, correspondendo a cada batimento cardíaco. Este compreende três ondas: P1 (onda de percussão), P2 (onda de refluxo) e P3 (onda dicrótica), onde em condições normais a P1 é maior que a P2 e a P2 é maior que a P3. Ao longo da prática clínica tive oportunidade de observar a colocação de um (é colocado com a colaboração do enfermeiro), compreender o seu funcionamento e os cuidados na manutenção.

Na prática clínica é difícil medir o fluxo sanguíneo cerebral, mas é possível obter uma estimativa da PPC. Esta corresponde ao gradiente de pressão sanguínea através do encéfalo e calcula-se pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a PIC ($PPC = PAM - PIC$). A PPC deve se manter em valores normais (o médico estabelece uma janela) para assegurar uma adequada irrigação sanguínea ao cérebro. Uma PPC prolongada de 30

mmHg, ou menos, conduz habitualmente a hipoxia e morte celular (Urden, et al., 2008). O fluxo sanguíneo cerebral é proporcional às necessidades metabólicas cerebrais. Embora o encéfalo represente apenas 2% do peso corporal, exige 15% a 20% do débito cardíaco em repouso e 15% do consumo corporal de oxigénio. O encéfalo normal tem a capacidade de manutenção de fluxo sanguíneo constante, independentemente de grandes variações da tensão arterial – capacidade de auto regulação. Fora dos limites de auto regulação (50 a 150mmHg de PAM), o fluxo sanguíneo cerebral torna-se passivamente dependente da pressão de perfusão.

Tanto a hipotensão como a hipertensão podem contribuir para o edema cerebral (Swearingen & Keen, 2003). A hipotensão pode levar à diminuição do aporte de O₂ às células cerebrais, elevando a pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) e causando vasodilatação. Além disso, a hipotensão reduz a PAM e consequentemente a PPC. Ao nível da hipertensão, os autores referem que os efeitos não têm sido bem estudados, apesar do aumento da permeabilidade capilar e hemorragia estarem associados.

Atendendo ao referido, é fundamental o controlo dos valores de pressão arterial e PAM, sendo o enfermeiro responsável por essa gestão. Além disso o enfermeiro deve ter em atenção as trocas gasosas, a ventilação e a PIC. Enquanto a acidose provoca dilatação cerebral e aumenta o volume sanguíneo cerebral, a alcalose leva à constrição cerebrovascular e redução do volume sanguíneo cerebral. De acordo com a bibliografia a tendência atual é para valores de PaCO₂ no normal baixo, monitorizando cuidadosamente os valores dos gases do sangue arterial e ajustando os parâmetros do ventilador (intervenção interdependente). Os valores baixos de pressão parcial de oxigénio (PaO₂) também devem ser tidos em atenção uma vez que provocam vasodilatação e podem contribuir para aumentar a PIC.

As convulsões provocam um aumento das exigências metabólicas, conduzindo a um aumento do fluxo sanguíneo cerebral, do volume sanguíneo cerebral e da PIC, mesmo em doentes sedados. Assim, muitos médicos prescrevem medicação anticonvulsivante profilática, dado o risco de lesão isquémica secundária.

Embora só tenha realizado, formalmente, um processo fundamentado, na minha prática diária a metodologia do processo e o estudo das situações com que me cruzei foi uma constante. A prestação de cuidados baseou-se assim, no processo de avaliação, diagnóstico de enfermagem, planeamento, intervenções e avaliação, tendo por base uma componente teórica-reflexiva.

Saliento que o facto de não ter contacto com pessoas com estas situações de doença no meu dia-a-dia, uma vez que trabalho no serviço de Dermatologia / Pneumologia, permitiu-me colmatar uma lacuna que possuía nesta área.

Mesmo com todos os meios de suporte e terapêutica existente nos cuidados intensivos, por vezes não é possível a recuperação do doente. Nessas situações, a família é informada, sendo permitida a sua permanência junto do doente, assim como é permitida a visita de alguém que preste apoio espiritual, se solicitado. Se o doente estiver sob ventilação invasiva, esta é retirada gradualmente. Infelizmente também se morre em cuidados intensivos, estando igualmente assegurados todos os cuidados ao corpo e proporcionado apoio aos familiares.

A UCIP tem um guia de acolhimento à família e um Procedimento (PO. 01 PRO. 012 Procedimento n.º 012 versão n.º 001) de Acolhimento de Utentes e Familiares/Pessoa Significativa.

Qualquer hospitalização é geradora de *stress*, no entanto, a experiência de internamento no contexto de cuidados intensivos constitui um desafio particular, sendo considerada uma situação de crise que afeta tanto o doente como a sua família (Knapp & Sole, 2013). De acordo com Smith-Blair (2010), o on/off das luzes, o barulho dos equipamentos, os procedimentos dolorosos, as luzes brilhantes, o ruído e hiperatividade, tornam o ambiente de cuidados intensivos confuso e assustador. Desta forma a vida dos doentes e da sua família/cuidadores é afetada de diversas formas, podendo estes fatores de stress e ansiedade prolongar-se além da alta.

Conhecer a estrutura familiar e cuidar da família faz parte da competência do enfermeiro. Por um lado, auxiliamos a família a lidar e gerir a situação, não só na adaptação ao ambiente com grande técnica, como também na comunicação quando o doente se encontra inconsciente e incapaz de comunicar verbalmente (situação muito comum na unidade). Além disso, é inequívoco que os familiares possuem um conhecimento aprofundado sobre os gostos, hábitos e desejos da pessoa, relativamente aos profissionais de saúde (Pereira, 2010).

Martins (2004) realça que embora os enfermeiros tenham uma noção clara da finalidade do seu trabalho, sendo por excelência o bem-estar da pessoa cuidada, podemos questionar se conhecemos o que é melhor para essa pessoa. Assim, conhecer a estrutura familiar permite conhecer melhor o doente (quando este é incapaz de comunicar), prestar cuidados mais individualizados e identificar fontes de apoio, quer do doente quer da

família. Com a colaboração da família poderemos tomar a melhor decisão relativamente à saúde do doente (quando este não é capaz) uma vez que esta poderá conhecer a sua vontade (Davidson et al., 2007), não esquecendo os princípios éticos que regem a profissão.

Durante a prática clínica fiz o acolhimento a várias famílias, e apercebi-me que esta intervenção foi fundamental para que o impacto de ver o familiar no ambiente complexo de cuidados intensivos não fosse tão desolador. Sempre que a família visitava pela primeira vez o doente, recebia-a à porta da unidade e, após me apresentar, acompanhava até ao hall de entrada. Aí, após desinfeção das mãos, explicava a necessidade de utilizar bata para proteção e ajudava na sua colocação. Posteriormente falava sobre o doente e o ambiente de cuidados intensivos, nomeadamente a necessidade de utilizar muitos equipamentos, muitos deles invasivos. Dava a informação de forma gradual, tentando perceber como estava a ser interpretada pela família, e finalmente acompanhava até junto do doente. Sempre que oportuno e se solicitado, informava e esclarecia mais profundamente os familiares do estado do doente, restringindo à minha área de competência. Recordo que alguns familiares não conseguiam comunicar com o doente, uma vez que não obtinham resposta verbal. Nestas situações, informei que embora não obtivessem resposta podiam comunicar verbalmente, ou demonstrando que estavam ali recorrendo por exemplo ao toque da mão.

Após cada situação, debati com a enfermeira orientadora como tinha sido a minha intervenção, pontos a reforçar e a melhorar. Gradualmente aperfeiçoei habilidades no processo de relação terapêutica tendo em conta a especificidade do contexto intensivo.

Além da **UCIP** assegurar cuidados globais aos doentes internados, é responsável pela assistência a todos os doentes admitidos na “sala 0” do serviço de urgência, assim como, aos doentes internados na sala de cuidados especiais do mesmo serviço, se solicitado. Por outro lado, é também responsável pela emergência interna do hospital, isto é, assegura de forma contínua cuidados urgentes e emergentes a todos os adultos internados, assim como aos que circulam no perímetro hospitalar. Para acionar a emergência basta em qualquer local (exterior ou serviço) ligar *3012. Embora não tenha presença do nenhuma emergência interna, questionei sobre os procedimentos e qual o papel do enfermeiro.

Chegada a fase da alta clínica, são os enfermeiros do serviço recetor a acompanhar o doente, à exceção do Hospital dos Marmeleiros que são os enfermeiros da UCIP. A família é informada da transferência.

Em suma, durante a prática clínica cuidei do doente em estado crítico de forma holística atendendo à sua situação clínica e necessidade de cuidados de saúde e de enfermagem. Foi uma prática clínica deveras enriquecedora, uma vez que nunca tinha experienciado muitas das situações e que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista.

Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

Muitas vezes os doentes da UCIP, embora não necessitem de permanecer na unidade, ainda não estão suficientemente estáveis, necessitando ainda de acompanhamento e monitorização. Para colmatar essa situação, existe a **UCIC**, unidade de cuidados ao doente crítico que está apta a receber doentes no pós-operatório.

São várias as cirurgias a que os doentes são submetidos e que necessitam de internamento na **UCIC**. O processo de admissão dos doentes é da responsabilidade do Serviço de Anestesia, tendo em conta que cumpra os seguintes critérios: cirúrgico; pós-operatório exigindo vigilância hemodinâmica; pós-cirúrgico major hemodinamicamente estável, exigindo fluidoterapia/hemoterapia; pós-cirúrgico que exija cuidados de enfermagem permanentes nas primeiras 24 horas e doente cirúrgico que não se enquadre nos critérios anteriormente descritos mas que seja considerado pelas suas co-morbilidades (patologia endócrina, cardiovascular, pulmonar, neurológica, gastrointestinal, entre outras). Em contraponto e como critérios de exclusão saliento doente que necessite de suporte ventilatório; com falência respiratória aguda; com estado epilético; com sofrimento cerebral catastrófico e doente em fase terminal.

Assim que os doentes se encontrem estáveis, são transferidos para as enfermarias respeitando os critérios de alta/transferência, ou seja, estabilização fisiológica e a não necessidade de monitorização constante. Por outro lado, se ocorrer agravamento e necessidade de cuidado intensivo, são transferidos para a UCIP. A alta é da responsabilidade do anestesista.

A UCIC tem uma zona preparada para receber um hemodialisador, caso seja necessário realizar hemodiálise, ficando a unidade 1 reservada para esses doentes (unidade

mais próxima dessa zona). Também possui um aparelho de gasometria que permite a avaliação dos parâmetros respiratórios de forma rápida. Por rotina, estas são realizadas à entrada e às 6 horas da manhã (se presença de linha arterial), podendo, contudo, ser realizada sempre que se justificar.

A cirurgia programada ou não, desencadeia na vida da pessoa desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sociofamiliares. Fernandes e Venâncio, citado por Gomes (2014), referem que a hospitalização e nomeadamente a experiência cirúrgica surgem na vida do homem como um fator adverso, sendo essencial a atenção e o cuidado proporcionado pelo enfermeiro. A pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico, para além de vivenciar os aspetos inerentes à sua doença e a todo o processo de hospitalização, tem de lidar com elevados níveis de ansiedade (AESOP, 2006).

De forma a melhor compreender o doente em contexto pós-operatório, é fundamental conhecer todo o período perioperatório.

O **pré-operatório** é caracterizado pela preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia. Inicia-se no momento da decisão da cirurgia e termina com a transferência do doente para a mesa operatória.

Ao longo da prática observei e questionei acerca dos cuidados/procedimentos prestados no pré-operatório. O doente com cirurgia programada habitualmente fica internado na véspera da intervenção cirúrgica. Nesse dia é feito todo o ensino, preparação e habitualmente a visita pré-operatória.

A visita pré-operatória, segundo Jesus e Abreu (2014), representa o início do processo dos cuidados, permite o contacto prévio com o doente e a sua família através de uma relação de ajuda e promove o seu autocuidado. A avaliação de enfermagem holística, as orientações e intervenções ajudam os doentes a se prepararem para a cirurgia (Hinkle & Cheever, 2016). Os mesmos autores referem que é neste período que se desenvolve um plano de ação para que potenciais complicações sejam evitadas.

A preparação para a cirurgia é fundamental, não só porque ao informar a pessoa do todo o processo cirúrgico e respetivos procedimentos irá diminuir os níveis de ansiedade e promover a sua satisfação, mas também contribui para a prevenção de complicações, nomeadamente a infeção.

A infeção do local cirúrgico (ILC) é uma complicação comum da cirurgia, com taxas de incidência entre os 2 e 20%, encontrando-se entre as três infeções mais frequentes na maioria dos hospitais (PRO.015, SESARAM, 2017). De acordo com a mesma fonte a

preparação do doente faz parte dos fatores extrínsecos que influenciam o aparecimento da ILC.

Atendendo à elevada percentagem destas infeções, morbilidade, mortalidade e custos associados, em 2015, a DGS emitiu uma norma segundo a qual todos os clientes que serão submetidos a cirurgia devem:

- a) no dia prévio à cirurgia (12 horas antes) e no dia da cirurgia (até 2 horas antes), realizar banho com gluconato de clorhexidina a 2%;
- b) sempre que indicado, deve ser administrado antibiótico nos 60 minutos prévios à incisão cirúrgica;
- c) evitar tricotomia, mas quando absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- d) manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) e a glicémia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2015).

No SESARAM existe um procedimento (PRO 015) que teve como referência de suporte a norma da DGS (Norma 020/2015), e é implementado a todos os doentes que serão submetidos a cirurgia.

De acordo com este procedimento a higiene corporal pré-operatória assume-se como uma medida primordial na prevenção da infeção, na medida em que reduz o número de bactérias existentes na pele. Quando o doente tem capacidade de realizar o banho sozinho, é fundamental o ensino, quando não a tem, o enfermeiro presta esse cuidado. Como tal, tive oportunidade de realizar a um doente que se encontrava na unidade e iria ao bloco para o provável encerramento de ferida cirúrgica abdominal.

No seu estudo de investigação, Franco et al. (2015) concluíram que os doentes que não realizaram o banho pré-cirúrgico tinham um risco três vezes mais elevado de contrair infeção, comparando com os que o tomaram.

Abordarei mais em pormenor a ILC no subcapítulo 3.3.

Após conclusão dos procedimentos do pré-operatório, chegamos ao ato cirúrgico em si, designado por **intra-operatório**.

No turno da manhã de 2019/07/02, acompanhei uma doente no intra-operatório. Inicialmente conheci o serviço (Bloco Operatório) no geral, estrutura, salas, programa

diário. Posteriormente fiquei na sala onde a cliente foi submetida a colecistectomia por via laparoscópica.

Na receção da doente destaco *a acolhimento, a transmissão de dados relevantes por parte dos colegas do serviço (por exemplo alergias, medicação habitual e antecedentes pessoais) e o disponibilizar tempo para conversar e apoiar a cliente.*

Já na antecâmara a *doente foi cateterizada e colocado soro em perfusão.* Seguidamente deu entrada para a sala (já preparada) onde *foi monitorizada e avaliados os sinais vitais. Procedeu-se à anestesia e finalmente à intervenção cirúrgica.*

Embora já tenha passado no bloco operatório durante o curso de licenciatura, foi importante relembrar e acompanhar todos estes procedimentos de outra perspetiva. Senti que agora, enquanto estudante de mestrado e já com alguns anos de prática clínica enquanto generalista, prestei mais atenção à intervenção do enfermeiro nos vários cuidados ao doente, como por exemplo na prevenção e deteção de focos de instabilidade. Ferrito (2014) realça que as intervenções do enfermeiro nesta fase focam-se na segurança do doente, na facilitação do procedimento, na prevenção da infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas, em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica.

A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, no entanto, a doente teve um despertar difícil. Foi transferida para a UCPA, ainda entubada. Gradualmente e ao ficar mais desperta foi extubada, ficando em respiração espontânea com aporte de O₂ por máscara. Segundo Odom-Ferren (2008), a prioridade nos cuidados ao doente no pós-operatório é estabelecer uma via aérea permeável.

Tive oportunidade de conhecer a estrutura e funcionamento da UCPA, assim como os cuidados de enfermagem aí prestados. É um local onde a vigilância e a monitorização são fundamentais de modo a despistar precocemente complicações, tais como dor, hipotermia, problemas respiratórios, hemorragia, entre outros. Apercebi-me do esforço de toda a equipa no adequado controlo da dor, com a implementação de analgesia em bólus ou em perfusão contínua.

Relembrar e compreender as fases do pré e intra-operatório foram fundamentais no desenvolvimento de competências na área do doente crítico em contexto pós-operatório, uma vez que são inseparáveis e influenciam-se mutuamente. Em seguida abordarei a ação da prática clínica na UCIC e as várias experiências nesse percurso.

Praticamente durante toda a prática clínica permaneci na UCIC, à exceção do turno que realizei no bloco operatório. O acolhimento na unidade foi realizado e

prestei/colaborei nos cuidados ao doente crítico, na sua maioria em contexto pós-operatório.

A fase **pós-operatória** começa logo após o término do procedimento cirúrgico e o doente é transferido para a unidade de recuperação pós-anestésica (Odom-Forren, 2008). Foram várias as cirurgias realizadas aos doentes que acompanhei, desde correção de hérnia encarcerada, colocação de cateter duplo-J, colecistectomia, craniotomia (para remoção de massa cerebral), bypass aorto-femural, neoplasia do reto e sigmoide (sendo realizada resseção), colocação de banda gástrica, drenagem de abscessos, revisão de laparotomia, gastrectomia total, status pós-craneotomia, entre outros. Além do procedimento cirúrgico muitos doentes apresentavam várias patologias crónicas (Hipertensão arterial, Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), entre outras).

Segundo a AESOP (2006), os doentes necessitam de cuidados que visam não só o tratamento da sua patologia específica, como também, os exigidos por patologias que possam estar associadas.

Todos os doentes da unidade encontram-se monitorizados e necessitam de vigilância contínua. Ao longo da prática clínica consolidei conhecimento na área da monitorização, despistando alterações precocemente e intervindo ou comunicando à equipa médica. Administrei também terapêutica complexa, como perfusão de anti-arrítmicos e sedativos, perfusão de analgesia contínua, antibioterapia segundo protocolo com necessidade de ajuste, hemoderivados (albumina por exemplo), entre outros.

Além da vigilância da monitorização é essencial ter em atenção a particularidade do pós-operatório e dos riscos associados, nomeadamente: a presença de feridas cirúrgicas (risco de infeção, deiscência, hemorragia); a presença de drenos ou ostomias (risco de hemorragia e infeção); dispositivos invasivos (sonda nasogástrica, cateter central e linha arterial, cateter vesical, cateter epidural – risco de exteriorização, infeção, hipoperfusão); complicações devido à imobilidade (Trombose venosa profunda (TVP)) e da própria anestesia (alteração do padrão respiratório, por exemplo).

Fairchild (1993), citado por Ferrito (2014), refere que o pós-operatório diz respeito ao período de tempo para resolução das complicações da cirurgia. Segundo Odom-Forren (2008), uma área designada para os cuidados no pós-operatório é um acréscimo no cuidado ao paciente cirúrgico. Nesta fase, a intervenção do enfermeiro visa a identificação de focos de instabilidade e readaptação funcional, assim como, a prevenção de complicações.

Já em 1863, Florence Nightingale sugeriu que houvesse quartos separados para os doentes que recuperassem dos efeitos imediatos da anestesia. Odom-Forren (2008) realça que ao longo do tempo observou-se que a existência dessas unidades reduzia a morbilidade e mortalidade, assim como diminuía o tempo de hospitalização. A partir da década de 1940 o número de unidades começou a crescer gradualmente.

Em suma e de acordo com cada caso, é fundamental fazer uma avaliação detalhada, atendendo às suas particularidades. Embora a cirurgia como processo seja discreto e transitório, tem um início e fim bem definidos, os seus precursores e consequências são únicos para cada indivíduo (Ward & Morris, 2003).

Nos cuidados diários desta prática clínica, assim como na anterior, após a passagem de turno e a consulta do processo clínico, fazia uma avaliação detalhada junto ao doente. Através desta avaliação foi possível identificar focos de atenção do enfermeiro e planear os cuidados necessários.

Os diagnósticos de enfermagem que mais identifiquei foram: dependência nos auto-cuidados, risco de infeção associada ao cateter central e linha arterial, eliminação vesical comprometida, risco de queda, risco de úlcera por pressão, ferida cirúrgica atual, ferida cirúrgica com dreno, risco de dor, risco de hemorragia, ventilação comprometida e alimentação comprometida.

Um dos meus focos de atenção foi o sistema respiratório, e como tal tentei sempre fazer uma avaliação detalhada do mesmo (conhecer os antecedentes pessoais, avaliar as características da respiração, auscultação pulmonar, saturação de O₂ e nível de aporte suplementar, gasometria) despistando precocemente complicações. No período pós-operatório as causas mais comuns de comprometimento respiratório das vias áreas são a obstrução, hipoxémia e hipoventilação (Lewis et al., 2013). Os clientes considerados de alto risco são aqueles que receberam anestesia geral, os idosos, história de tabagismo, doença pulmonar, obesos ou submetidos a cirurgias envolvendo as vias aéreas, tórax ou abdómen. No entanto, os autores realçam que qualquer cliente submetido a anestesia pode vir a apresentar problemas respiratórios, tendo o enfermeiro um papel fundamental na sua prevenção.

Recordo uma senhora, 72 anos de idade, com úlcera duodenal sangrante sendo submetida a “ráfia de úlcera”. Como antecedentes pessoais tinha DPCO e tabagismo. No pós-operatório apresentou frequentes acessos de tosse, dificuldade em eliminar secreções e por vezes dessaturação, mesmo com aporte suplementar de O₂. Gradualmente ao ficar

mais desperta, a cumprir a medicação e incentivada a tossir, melhorou a parte respiratória. Permaneceu na unidade alguns dias até estabilização clínica. Nesta situação foi importante a avaliação e monitorização frequente (despistando agravamento respiratório e infeção), assim como, o incentivo da tosse, aspirar, gerir O₂, medicação e nebulização. Considerei pertinente abordar os benefícios da redução/abolição do tabaco e senti que a doente aceitou com agrado a minha intervenção, concordando que não era uma prática saudável.

Colaborei na colocação e retirada de dispositivos de monitorização e terapêutica, tais como linha arterial, cateteres venosos, drenos, cateteres epidurais, e outros. Consolidei igualmente conhecimentos práticos e teóricos na monitorização invasiva e não invasiva, no manuseamento de cateteres centrais, linhas arteriais, *Patient Controlled Analgesia* (PCA) e *Drug Infusion Ballon* (DIB), cateter de PiCCO, cateter de PIC, vários tipos de drenos (J-VAC, Kher, Blake, e outros) e na realização de gasometrias.

Os protocolos utilizados na UCIC são os mesmos utilizados na UCIP. Nesta unidade pude implementar os protocolos da vancomicina em perfusão contínua e de hemoterapia.

Ao longo dos vários turnos que realizei consegui estabelecer relação com alguns familiares. De uma maneira geral, a família demonstrou preocupação e alguma ansiedade perante a situação de internamento e cirurgia, mas considero que a relação que estabeleci foi benéfica tendo em conta que a família ficou mais calma e consequentemente transmitiu ao familiar doente.

É frequente o internamento hospitalar predispor o doente a alguma forma de despersonalização, quer seja devido à separação dos seus pertences e remoção do seu ambiente, quer às novas rotinas e procedimentos (Ward & Morris, 2003). Em contexto cirúrgico existe a agravante do medo da cirurgia, e no caso de um internamento de emergência pela falta de preparação e aumento da sensação de vulnerabilidade.

A redução ou perda da consciência como resultado da anestesia leva ao compromisso de quase todas as atividades de vida. A dor, a imobilidade, os efeitos da anestesia e da medicação aumentam a vulnerabilidade e dependência do doente no pós-operatório (Ward & Morris, 2003). Segundo os mesmos autores, a promoção da dignidade e da auto-estima devem estar sempre presentes na mente do enfermeiro de cirurgia, conceções que tentei sempre garantir ao longo da prática clínica.

É fundamental e transversal assegurar a todos os doentes, em todos os contextos, conforto e segurança. É importante atuar preventivamente e precocemente, com especial atenção ao alívio da **dor**. A dor para além de constituir um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, provoca sofrimento e redução da qualidade de vida. Por outro lado, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbilidades e alterações orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2018).

No pós-operatório, a dor pode ter efeitos deletérios no estado do doente e atrasar significativamente a recuperação cirúrgica (Cambitzi, Harries & Raders, 2003). A presença de dor impede a tosse (contribuindo para a infeção respiratória), impede a mobilização (aumenta o risco de TVP), aumenta a tensão arterial, aumenta a atividade do sistema nervoso autónomo (interfere na atividade do músculo liso e esfíncteres) e acentua a resposta ao stress no pós-operatório (diminui o apetite, limita a mobilização, e outros).

Cambitzi et al (2003), acrescentam que uma boa analgesia pós-operatória pode reduzir as respostas do corpo à dor e conduzir a uma melhor e segura recuperação, com menores tempos de hospitalização.

Avaliei a dor em todos os clientes utilizando habitualmente a escala verbal (esta deve ser sempre adequada ao cliente) e geri medidas farmacológicas e não farmacológicas. A maioria dos doentes, além da medicação em SOS, tinha medicação analgésica a horas, sendo que alguns vinham do recobro com perfusão de opióides contínua (PCA e Dib). Observei um cuidado particular nesta temática por parte da equipa.

O uso de instrumentos de avaliação da dor fornece ao doente a possibilidade de intervir ativamente no seu controlo (Cambitzi et al., 2003).

De acordo com a DGS (2018), a abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, com a finalidade de a prevenir e controlar, melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional. Enquanto enfermeiros com nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, este controlo é fundamental, fazendo parte das competências específicas da especialidade em médico-cirúrgica: “competência 1) alínea 3) Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018).

O tempo de permanência dos doentes na UCIC varia de caso para caso (normalmente entre as 24 horas e 5/6 dias). Independentemente do tempo é essencial preparar a alta/transferência. A equipa do serviço recetor é contactada telefonicamente,

sendo transmitida informação pertinente para o transporte do doente (ex: necessidade de oxigénio). A restante informação é transmitida pessoalmente. Numa cirurgia programada, habitualmente o doente regressa ao serviço de origem, sendo também garantido o contacto com a família.

Atendendo às várias situações cirúrgicas, cada um com as suas especificidades, foi necessário aprofundar conhecimentos e realizar pesquisa bibliográfica. Aproveitei todos os momentos para consultar protocolos e esclarecer dúvidas.

A necessidade de **transporte intra-hospitalar** do doente crítico foi transversal a todos os contextos de prática clínica e a todas as vias verdes. Desta forma tive oportunidade de acompanhar doentes a exames complementares de diagnóstico, ao serviço de hemodinâmica, ao bloco operatório, à unidade de AVC e para o SO do SU. Na preparação do transporte destaco os cuidados com a ventilação, monitorização e medicação, sendo fundamental o doente estar estável. É igualmente essencial levar todo o material e medicação caso surja algum agravamento.

O transporte intra-hospitalar é imprescindível, tendo benefícios para o doente crítico (realização de exames, cirurgia, continuidade dos cuidados). No entanto a evidência demonstra que o período de transporte não está isento da probabilidade de ocorrência de eventos que podem agravar o seu estado clínico e inclusivamente provocar a sua morte (Lopes & Frias, 2014). De acordo com o parecer 09/2017 da OE, é fundamental refletir sobre o risco/benefício desse transporte, devendo o nível de cuidados não ser inferior ao verificado no serviço de origem e estar preparado para a eventual necessidade de o elevar.

A Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), nas recomendações em relação ao transporte de doentes críticos, refere que o transporte intra-hospitalar deve ser idealmente realizado por um enfermeiro com experiência em reanimação e com treino neste tipo de transporte. Assim, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica representa o melhor profissional para integrar Equipas de transportes de doentes críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar na vertente da Pessoa em Situação Crítica (Parecer 09/2017, OE).

Em todos os contextos de prática clínica, os enfermeiros tutores e restante equipa demonstraram competências técnicas, relacionais e tutoriais que promoveram todo o processo de aprendizagem. Além disso, todas as equipas facilitaram o meu processo de integração o que tornou a comunicação e a relação na equipa multidisciplinar muito mais fácil. Saliento também que nas várias práticas clínicas elaborei reflexões críticas, segundo

o ciclo de GIBS, refletindo sobre algumas situações mais específicas do dia-a-dia – como exemplo a particularidade do ambiente de cuidados intensivos e o acompanhamento à família neste contexto.

Todas as experiências e oportunidades, a prestação de cuidados ao doente em estado crítico e sua família tendo por base uma componente teórica-reflexiva, a administração de terapêutica complexa e a colaboração em algumas técnicas, assim como toda a pesquisa/estudo, contribuíram para o processo de desenvolvimento e aquisição da competência: **Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

3.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.” (Regulamento n.º 429/2018). O mesmo Decreto define os vários conceitos:

- a) “Emergência resulta da agressão sofrida num indivíduo, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando em risco a vida. Os cuidados devem ser realizados de forma imediata.”
- b) “Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que 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.”
- c) “Catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) catástrofe é qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas, e

deterioração da saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

A OMS recomenda que em todas as nações existam profissionais preparados para as mesmas. Na RAM existe o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil (PREPCRAM), aprovado em setembro de 2015. Este é um plano de âmbito geral, que foi elaborado para a generalidade das situações de emergência, e que podem resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas.

Assim, o PREPCRAM tem como objetivo fazer face a todas as situações decorrentes da manifestação dos riscos naturais (condições meteorológicas adversas, hidrologia, geodinâmica interna, geodinâmica externa), tecnológicos (transportes, vias de comunicação e infraestruturas, atividade industrial e comercial) ou mistos (relacionados com a atmosfera). Infelizmente a RAM já vivenciou algumas situações de emergência multivítima, incêndios, catástrofes e acidentes, necessitando de resposta útil e adequada a vários níveis e de vários profissionais, incluindo os enfermeiros.

De acordo com Loke e Fung (2014), os desastres têm ocorrido com mais frequência em todo o mundo, surgindo uma grande necessidade de preparar os enfermeiros. Salientam que, por serem o maior grupo de recursos humanos das equipas de saúde, os enfermeiros devem estar equipados com os conhecimentos e habilidades para trabalhar nestas situações e atender às necessidades da comunidade.

Já em 2012 Sousa referiu que a imprevisibilidade temporal e física de catástrofes, quer por fenómenos naturais quer provocadas pelo Homem, além da prevenção, obrigam a que os profissionais de saúde estejam continuamente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer.

Esta preocupação foi expressa no *Internacional Council of Nurses* (ICN), em 2009, com o lançamento de uma estrutura de competências de enfermagem em desastres para enfermeiros de cuidados gerais. A estrutura das competências deve ser aplicada globalmente, podendo o seu conteúdo ser modificado atendendo às regiões e culturas específicas (Loke & Lung, 2014). A estrutura do ICN de competências de enfermagem em desastres engloba quatro áreas fundamentais: prevenção, preparação, estágios de resposta e recuperação, servindo como modelo e permitindo unanimidade a nível internacional.

Consciente da importância de desenvolver competências nesta área, entre os dias 12 e 14 de novembro de 2018, frequentei o curso do MRMI (*Medical Response to Major*

Incidents) ministrado nas instalações do SANAS, por baixo do Aeroporto Cristiano Ronaldo e com uma duração de três dias. O curso foi constituído por um dia de formação e nos dias seguintes dois simulacros. Este foi destinado a todos os intervenientes em situações de catástrofe, tais como a proteção civil, bombeiros, polícias, força área, enfermeiros, médicos, psicólogos e todos aqueles que desempenham funções de proteção e socorro às populações.

Esta formação teve por objetivo melhorar a resposta dos profissionais à emergência em situações de catástrofe. Foi baseada num modelo de simulação avançada, treinando toda a estrutura inerente a uma situação de catástrofe, desde o acidente até ao interior do hospital.

O cenário envolvia três hospitais com diferentes capacidades, sendo que fui destacada para o hospital de capacidade média e exercia funções de enfermeira após a triagem. Logo após a fatalidade, todas as equipas do hospital foram avisadas do evento e do número médio de vítimas, de forma a se organizarem para as poder receber. Como no serviço de urgência encontravam-se vários clientes, numa primeira instância, juntamente com o médico foi realizada uma triagem, para definir que pessoas poderiam ser encaminhadas para o centro de saúde, subir para o internamento e as que teriam de lá permanecer, com o objetivo de ganhar espaço. Posteriormente foram definidas áreas recorrendo a cores, consoante a triagem de Manchester.

Entretanto começam a chegar as vítimas da catástrofe, que após a triagem, eram por nós observadas (enfermeiro e médico). De acordo com cada situação e triagem realizada, administrávamos medicação (soro, O2, analgésicos, entre outros), realizávamos tratamentos a feridas, encaminhávamos para o bloco operatório, cuidados intensivos, entre outros.

O simulacro foi dado como concluído quando todas as vítimas foram encaminhadas para os respetivos cuidados, incluindo a casa mortuária.

Ao longo do 1º simulacro foram realizados “pontos de situação” e afinando a organização dos envolvidos e a prestação dos cuidados, destacando os aspetos fundamentais a ter em conta aquando de uma situação real.

No 2º simulacro, mantendo as mesmas condições anteriores, observou-se uma melhoria significativa na organização, comunicação, prestação de cuidados, levando a que o número de mortos reduzisse substancialmente tanto no nosso hospital, assim como, nos outros hospitais e no pré-hospitalar.

Segundo os dados verificados, concluiu-se que a simulação é fundamental para preparar os profissionais, por outro lado, a formação contínua e a participação regular em simulações permite ter mais presente os conhecimentos teóricos e práticos e desta forma ser mais competente aquando de uma situação real.

Foram três dias intensos, que possibilitaram ter uma visão geral de uma situação de catástrofe e qual o papel dos demais intervenientes, nomeadamente o enfermeiro. Torna-se imprescindível a organização, equipas treinadas (com competências teóricas e práticas) e uma boa comunicação, para estarmos preparados para “quando acontecer” e não pensar “se acontecer”.

Loke e Fung (2014) concordam que somente através da educação e treino, os profissionais desenvolvem competências necessárias para atuar em desastres. A simulação permite estar preparado para os desastres, aumenta a capacidade e confiança para lidar com as situações desastrosas, e agiliza a interação da equipa. Salientam, igualmente, que a comunidade deve estar também preparada através da promoção da consciencialização sobre desastres.

Focando nas práticas clínicas, o SU tem um plano de catástrofe, que se encontra nos documentos do serviço PO.01 DAPO. 0022, versão nº 003, tendo sido elaborado pelo gabinete da qualidade e revisto em 2013. Neste estão detalhados todos os procedimentos para os vários níveis de catástrofe e respetivos modos de atuação, número de elementos a mobilizar, organização do serviço e intervenção de cada profissional. Na sala de emergência está definida uma área onde podemos encontrar um *stock* de material para atuação imediata (*kits* para colheita de sangue, *kits* de identificação das zonas, entre outros).

Sousa (2012) reforça que, de modo a manter um nível de resposta adequado, tanto a emergência pré-hospitalar como os serviços de urgência dos hospitais, devem ter planos de catástrofe, uma vez que são ferramentas na organização da resposta à emergência externa, em situações em que é ultrapassada a capacidade de resposta dos meios e recursos disponíveis.

No dia 16 de novembro de 2018 estive envolvida no simulacro realizado no serviço de urgência. Este surgiu logo após a realização do curso MRMI e permitiu-me observar comportamentos e por em prática o que tinha aprendido anteriormente.

Este simulacro teve como objetivo treinar as equipas para a prestação de melhores cuidados aquando de uma situação de acidente em alto mar. O acidente ocorreu no navio “Lobo Marinho”, sendo o cenário do exercício um incêndio simulado na zona de transporte das viaturas, tendo sido necessário resgatar duas vítimas de helicóptero.

Além de observar a comunicação entre a enfermeira chefe de equipa e o gabinete de crise, assim como com os elementos da equipa do SU, colaborei na organização e identificação das salas para a chegada das vítimas e assisti aos cuidados imediatos nas vítimas tríadas com cor amarela (encontravam-se na sala aberta). Um dos aspetos que me marcou foi o facto de algumas pessoas que se encontravam no SU, extra simulacro, não compreenderem a importância do exercício e reclamarem por ter aumentado o tempo de espera. Acredito, contudo, que se fosse uma situação real compreenderiam.

Na UCIP e UCIC informei-me acerca dos procedimentos nas situações de emergência, exceção e catástrofe. Não existe um plano de catástrofe específico para estas unidades, existindo sim orientações no plano comum a todos os serviços do hospital – Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas – PO.01 DAPO.0022 (embora mais focado para o SU, uma vez que é a porta de entrada do hospital e local onde os doentes irão receber os primeiros cuidados). Nestas situações os serviços organizam-se (recursos humanos, materiais e altas de doentes) de maneira a facilitar a entrada dos doentes em estado crítico, nomeadamente do serviço de urgência e bloco operatório.

Em suma, embora não tendo presenciado nenhuma situação real de catástrofe (felizmente), tive oportunidade de realizar o curso de MRMI, o que permitiu ter uma noção do ambiente que se vive numa situação de catástrofe e emergência multi-vítima, e quais os cuidados a ter enquanto enfermeira especialista. A formação, aliada à componente teórico-prática aprendida durante as aulas, assim como, a informação recolhida nos vários contextos da prática e o simulacro no SU, foram contributos fundamentais para o desenvolvimento desta competência específica. Realço contudo, a necessidade de formação contínua nesta área.

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

Em 2013 o despacho nº 15423/2013 refere que de acordo com a evidência, Portugal é um dos países da União Europeia com as mais elevadas taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, que na prática a prescrição de antibióticos não se faz da maneira mais correta e que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante. Atendendo a estes fatores foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, nº 38, de 22 de fevereiro de 2013, resultante da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

De modo a implementar este programa (PPCIRA), foram criados, pelo despacho nº 15423/2013, os Grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

A IACS é uma infeção adquirida em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (OE, 2011, citando a DGS, 2008). Por outro lado, temos as resistências aos antimicrobianos. Segundo a DGS (2018), um dos principais fatores responsável pelo seu desenvolvimento e aumento é o consumo inadequado de antibióticos, sendo atualmente reconhecido como um desafio para a saúde pública.

Segundo Oliveira et al. (2016), para se fazer o diagnóstico de IACS a infeção não pode estar presente nem na fase de incubação, à data em que ocorre a admissão na unidade hospitalar.

No SESARAM, em 2017, as IACS mais frequentes foram a infeção respiratório e a infeção do local cirúrgico, com 26,9% cada, seguidos pelas infeções do trato urinário, com 25%.

A nível europeu os estudos apontaram para uma prevalência entre 5% e 10% de infeções em doentes hospitalizados (Oliveira et al., 2016). Em 2017, de acordo com o 2.º Inquérito Europeu de Prevalência de Ponto de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (DGS, 2018), obteve-se uma percentagem de doentes internados com IACS de 7,8% após validação de dados. A DGS acrescenta que estas infeções têm importância crescente à

escala mundial, estando associado a estas o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos. Salienta que nenhum país e instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as suas implicações e o seu impacto nos clientes, nas unidades de saúde e na comunidade.

Atendendo ao “elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida”, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018).

Não sendo um problema novo, as IACS assumem particular relevância na pessoa em situação crítica. O facto de serem implementadas tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas (levam ao aumento da esperança de vida) e o aumento do número de doentes com necessidade de terapêutica imunossupressora e antibioterapia, resultam num aumento do risco de infeção (OE, 2011). Estas, consequentemente aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde.

Um dos objetivos do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos é a redução das taxas de IACS, através de prevenção e do controlo da sua transmissão (DGS, 2017). Para isso, é fundamental conhecer os riscos de infeção a que o doente está sujeito e implementar medidas adequadas, tais como:

- a) isolamento adequado;
- b) higiene das mãos;
- c) etiqueta respiratória (ensinar os clientes);
- d) utilização de equipamentos de proteção individual;
- e) descontaminação do equipamento clínico;
- f) controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
- g) manuseamento seguro de roupas;
- h) gestão adequada dos resíduos;
- i) práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
- j) prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Oliveira et al em 2016 referem que muitas IACS poderão ser prevenidas, no entanto, desconhece-se a proporção das potencialmente evitáveis.

A DGS (2018) reforça que as precauções básicas de controlo de infeção (descritas acima) garantem a segurança dos clientes e de todos os que contactam com eles, devendo ser aplicadas independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso. A sua eficácia está comprovada na minimização do risco de infeção.

Desde março de 2015 que o SESARAM aderiu ao Projeto “STOP Infeção Hospital!”. Este tem por objetivos implementar um modelo que incentive a segurança e a redução das taxas de infeção; prestar aos clientes o cuidado apropriado, oportuno, baseado em evidência, de forma confiável e integrar utentes e familiares na equipa de cuidados (SESARAM, 2019).

Para a implementação do projeto, foram selecionadas quatro infeções nosocomiais em alguns serviços piloto:

- a) *Infeção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central*, no Serviço de Medicina Interna e na Unidade de Cuidados Intensivos;
- b) *Infeções Urinárias Associadas a Cateter Vesical*, no Serviço de Medicina Interna e na Unidade de Cuidados Intensivos;
- c) *Pneumonias Associadas à Intubação*, na Unidade de Cuidados Intensivos;
- d) *Infeções do Local Cirúrgico: cólon e reto, vesícula biliar*, nos Serviços de Cirurgia Geral e prótese da anca/joelho no Serviço de Ortopedia.

Saliento que para cada infeção existe um conjunto de “Feixes de intervenção” que deverão ser implementados aquando da prestação de cuidados. Estes têm como objetivo assegurar que os doentes recebam os tratamentos e cuidados recomendados, baseados na evidência e de uma forma consistente, sendo que quando agrupados e implementados de forma conjunta têm melhores resultados (Norma nº 021/2015, DGS).

Aquando da prática clínica no SU senti que a prevenção da infeção é um desafio. Se por um lado, existe a necessidade de atuação em tempo útil, por outro há a necessidade de prestar cuidados a vários doentes com patologias diversas, e desta forma necessidade de cuidados e precauções diferentes. No entanto, aquando da prestação de cuidados, implementei sempre medidas preventivas de acordo com a situação: utilizei os equipamentos de proteção individual, mantive distância entre as camas e macas (a possível), recorri aos biombos (quando necessário) e mantive o cuidado no acondicionamento de roupas. Foco o cuidado com as distâncias e as roupas, uma vez que

este é um serviço com muito movimento de pessoas e macas. Segundo a norma nº 007/2019 da DGS, diariamente cerca de 106 escamas da pele contendo microrganismos são libertadas, resultando na contaminação das roupas e do espaço circundante.

Além disso, tendo em conta que o SO da urgência é uma sala aberta e separada por biombo, nos cuidados diários foi fundamental aliar o saber ao saber-fazer e à organização dos doentes, considerando por exemplo, os doentes em risco de contrair infeção daqueles que a possam transmitir (p.e. presença de febre, tosse, entre outros). Recordo um senhor que precisava de internamento em SO e ficou no isolamento do mesmo por se encontrar imunodeprimido.

Na UCIP e UCIC verifiquei que a prevenção da infeção é uma área em que há muito investimento. Realço que a UCIP foi um dos serviços piloto no projeto “STOP Infeção Hospitalar!”. Nestas unidades a presença de vários dispositivos invasivos, associado ao estado clínico debilitado dos doentes são fatores de risco para o aparecimento de infeções. Assim o enfermeiro na prestação dos cuidados, além de implementar medidas preventivas, deve estar desperto para sinais e sintomas de infeção.

Em todas as práticas clínicas geri o equipamento de proteção individual de acordo com cada procedimento clínico e os riscos inerentes, tendo em atenção o doente e a transmissão da infeção. Um ponto fundamental e pelo qual sempre zelei, foi a lavagem e desinfecção das mãos. Segundo a Norma nº 007/2019 os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde. É um ato simples e se integrado no conjunto das Precauções Básicas no Controlo da Infeção (PBCI), constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção (Norma nº 007/2019, DGS). A lavagem das mãos deve ser realizada em “5 momentos” preconizados pela DGS (Norma nº 007/2019):

- a) antes do contacto com o doente;
- b) antes de procedimentos limpos ou assépticos;
- c) após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- d) após contacto com o doente;
- e) após contacto com o meio envolvente do doente.

Como referi anteriormente a ventilação invasiva é uma terapia de suporte comum na UCIP. Segundo Marcelino (2008), a PAI é a infeção nosocomial mais frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica, tendo uma prevalência entre 9% e 27%. O citado vai de encontro à norma nº 021/2015, atualizada em 2017 da DGS, referindo que a

PAI é a infeção mais frequente em UCI. De acordo com a mesma norma, esta infeção define-se como uma “pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas” (p.5). A infeção está relacionada com a exposição ambiental (equipamento contaminado), destruição dos tecidos (aquando da entubação) e procedimentos invasivos (entubação, aspiração de secreções e presença do tubo endotraqueal) (Swearingen & Keen, 2003).

Mais recentemente Keane e Martin-Loeches (2019) reforçam que as infeções do trato respiratório inferior, traqueobronquite ou pneumonias, todas elas associadas ao ventilador, são as complicações mais comuns nos doentes ventilados. Os clientes que desenvolvem pneumonia associada ao ventilador têm um tempo superior de ventilação mecânica e de permanência no hospital. A aspiração de bactérias da orofaringe pode ser a principal causa (Swearingen & Keen, 2003). Segundo os mesmos autores, alguns fatores associados à infeção associada à intubação são:

- a) *presença do tubo endotraqueal*: este interfere com os mecanismos de defesas das vias respiratórias superiores da tosse e da ação de limpeza mucociliar;
- b) *secreções contaminadas acumuladas acima do cuff do tubo*: acabam por deslizar para as vias aéreas inferiores;
- c) *posicionamento em decúbito dorsal, a sonda nasogástrica ou o refluxo de bactérias do estômago*: contribuem para a colonização da orofaringe;
- d) *uso de equipamentos/dispositivos contaminados, a lavagem das mãos de forma inadequada ou práticas deficientes de controlo de infeção*.

Barsanti e Woeltje (2009) acrescentam outros fatores de risco: presença de falência múltipla de órgãos, clientes pós-cirúrgicos, idade superior a 60 anos, diminuição do pH gástrico, ressuscitação cardiopulmonar, reentubação, presença de sonda nasogástrica, alimentação enteral, sinusite, doentes transportados para fora das unidades de cuidados intensivos, algumas doenças pulmonares, coma, TCE e clientes do sexo masculino.

No cuidado diário ao doente ventilado mantive a cabeceira $\geq 30^\circ$ e despistei sinais e sintomas de infeção. No início de cada turno, aquando da avaliação do doente, auscultei o tórax, aspirei as secreções subglóticas e brônquicas, observei as características da expectoração, determinei a posição do tubo e monitorizei a pressão do *cuff* (deve estar

entre 20 e 30 cmH₂O), realizei a higiene oral com clorhexidina, troquei o nastro do tubo endotraqueal (de manhã e SOS) e mantive o circuito de ventilação fechado. Além disso, avaliei a motilidade intestinal e ajustei o ritmo e volume da alimentação. Desta forma fui ao encontro dos “Feixes de intervenção” preconizados pela norma nº 021/2015 da DGS.

Na minha prática diária, enquanto enfermeira de cuidados gerais, zelei por implementar os “Feixes de intervenção” da infeção associada ao cateter vesical e ao cateter central, normas nº 019/2015 e nº 022/2015 da DGS, respetivamente. Sendo estes dispositivos invasivos uma realidade diária nas unidades de cuidados críticos, durante os estágios consolidei conhecimentos teóricos e práticos na colocação integral de cateteres vesicais, no colaborar na colocação de cateteres centrais e manutenção de ambos.

A presença de cateter venoso central muitas vezes está na origem da infeção da nosocomial da corrente sanguínea. De acordo com o SESARAM (2019), estas infeções são as que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade hospitalar, assim como para o aumento de custos na prestação de cuidados. Neste sentido a sua prevenção é fundamental.

A grande diferença experienciada entre a minha prática anterior e a prática clínica enquanto futura especialista, é que passei a ter presente o “porquê” de cada intervenção, baseada na evidência.

O aprofundar conhecimentos e a prática reflexiva nesta área, além de me tornar mais competente, permite-me uma orientação mais assertiva dos colegas e ainda ser uma referência na equipa onde trabalho.

Na prática clínica realizada na UCIC, por ser uma unidade pós-cirúrgica, destacou-se a Infeção do Local Cirúrgico (ILC). É um facto que o doente cirúrgico, além dos riscos do próprio internamento e da presença de dispositivos invasivos, tem um risco acrescido pela presença das feridas cirúrgicas e drenagens.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* a infeção da ferida cirúrgica ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dele, nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano quando existe colocação de prótese (Norma nº 020/2015, DGS; PO.01 PRO.015 Versão.02, SESARAM, 2019).

A ILC além de ser uma complicação comum da cirurgia, está entre as três infeções hospitalares mais frequentes na maioria dos hospitais. Está associada à elevada morbilidade e mortalidade, assim como a custos elevados (SESARAM, 2019). Segundo a

norma nº 020/2015 da DGS, cada ILC leva a um aumento entre 7 a 11 dias de internamento adicionais, e a um aumento de 2 a 11 vezes do risco de morte.

A ILC depende de vários fatores e segundo a AESOP (2006), temos o período de internamento; idade; patologias associadas (diabetes, doença hematológica, desnutrição, e outros); tipo de cirurgia e técnica cirúrgica (duração, experiência da equipa, e outros). Já as feridas cirúrgicas podem ser classificadas em ferida limpa, limpa/contaminada, contaminada e suja/infetada, aumentando o risco de infeção de acordo com o grau de contaminação inicial.

O PO.01 PRO.015 Versão.02 (SESARAM, 2019) acrescenta que o sucesso da prevenção da infeção do local cirúrgico depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada no pré-operatório, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios.

De modo a diminuir a incidência da ILC, a norma nº 020/2015 da DGS enumera o conjunto de “Feixes de intervenções” a implementar:

- a) realizar banho com Gluconato de Clorhexidina a 2%;
- b) administrar antibiótico para profilaxia, se indicado;
- c) evitar tricotomia;
- d) manter a normotermia perioperatória;
- e) manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

Assim como nas restantes IACS, quando agrupados e implementados de forma integrada, promovem melhores resultados, com maior impacto do que a mera adição de efeito de cada um deles individualmente.

Ainda de acordo com a norma da DGS, estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis se forem utilizadas normas baseadas em evidência e os “Feixes de intervenção”.

É fundamental que o enfermeiro perioperatório conheça o ciclo geral da transmissão dos microrganismos, aplique as precauções básicas, cultive uma consciência cirúrgica e pratique os princípios da técnica assética (AESOP, 2006). Se ocorrer infeção esta deve ser notificada.

Como referi anteriormente (subcapítulo 3.1.2) prestei cuidados pré-operatórios a um doente internado na UCIC. Aquando da realização de tratamento a feridas cirúrgicas zelei pelo uso de equipamento de proteção individual, execução com técnica assética, respeitei o tempo de tratamento e despistei precocemente sinais e sintomas de infeção.

Além dos tratamentos às feridas cirúrgicas, saliento os tratamentos aos locais de inserção dos drenos.

Também considero pertinente abordar os cuidados de enfermagem perante os casos de *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), uma vez que na atualidade, o *Staphylococcus aureus* permanece como uma das principais causas de infeções da comunidade, sobretudo associadas a cuidados de saúde (PO.01PRO.005V.002, SESARAM). Segundo a mesma fonte, em Portugal as taxas de infeção por *Staphylococcus aureus*, em particular por MRSA, mantêm-se muito elevadas.

A prevenção da infeção por este microrganismo tem sido uma preocupação da instituição e dos profissionais de saúde. Na UCIP todos os doentes realizam banho com toalhetes de clorhexidina durante cinco dias após a admissão, independentemente de terem ou não fatores de risco. Se estes se confirmarem, é realizada uma zaragatoa nasal e implementadas medidas de isolamento. Durante a minha prática, apliquei o banho com os toalhetes aos doentes que estiveram ao meu cuidado. O facto de realizar este procedimento mais assiduamente (no serviço onde exerço não é tão frequente) permitiu a consolidação de conhecimentos e consequentemente maior confiança na sua implementação e na transmissão de conhecimentos à equipa.

Num estudo recente, envolvendo 7727 utentes internados em unidades de cuidados intensivos ou unidades de transplante de medula óssea, a higiene diária corporal dos utentes com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2%, levou a uma redução significativa da aquisição de microrganismos multirresistentes (PO.01 PRO.05 V.02, SESARAM, 2019).

A DGS, em 2018, no Relatório Anual do Programa Prioritário salienta que entre 2014 e 2017 a percentagem de isolados de MRSA sofreu uma diminuição significativa de 8,2%.

No SESARAM observou-se igualmente uma diminuição da taxa de MRSA nas estirpes invasivas de 55,3% em 2014, para 33,3% em 2018, e no global das estirpes (invasiva e não invasivas) de 57,7% em 2014, para 43,4% em 2017. Estes dados levam-me a acreditar que os cuidados de prevenção estão a ter visibilidade. No entanto, a instituição tem como objetivo acentuar a redução da taxa de MRSA em, pelo menos, 50% nos próximos três anos (SESARAM, 2019).

Segundo a DGS (2018), em Portugal, entre 2013 e 2017, os resultados melhoraram na área do controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. De acordo com o Relatório Anual do Programa Prioritário da DGS de 2018, atualmente 30 unidades de cuidados intensivos realizam vigilância epidemiológica das infeções. Destaco a redução da densidade de incidência da PAV e da bacteriémia entre 2013 e 2017. Relativamente à ILC, a sua incidência variou muito, no entanto é de referir uma redução de 12,8%.

No HNM também se verificou uma redução das IACS entre 2012 (14,4%) e 2017 (8,3%). Estes dados levam-me a acreditar que os profissionais estão mais conscientes da importância do controlo da infeção, sendo fundamental manter as boas práticas e melhorar as menos boas.

Dada a importância do projeto do “STOP Infeção Hospitalar!” e os resultados promissores, a sua ampliação encontra-se em curso, contando em dezembro de 2018 com 50 novas equipas e até à data deste relatório 60 equipas (SESARAM, 2019).

Quando se fala em resistência aos antimicrobianos, o primeiro pensamento vai para a prescrição de antibióticos, e sendo esta uma competência do médico, aparentemente o enfermeiro não tem muito contributo a dar. A realidade é que o enfermeiro dá o seu contributo também neste aspeto, na medida em que promovendo as boas práticas de prevenção e controlo da infeção, é possível reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessária a prescrição de antibióticos e consequentemente reduzir a geração de resistências. A DGS (2018) pretende reduzir a emergência de resistência aos antimicrobianos, podendo ser alcançada com a redução do seu consumo (diminuindo a prescrição).

Tal como as infeções, o consumo global de antimicrobianos em meio hospitalar reduziu entre 2013 e 2017, em cerca de 4,96%, especialmente devido à redução de quinolonas e aminoglicosídeos (DGS, 2018). Também no HNM observou-se uma redução na taxa de utilização de antimicrobianos entre 2017 (29,8%) e 2012 (43,4%). Contudo é fundamental continuar a investir na área.

Os vários contextos da prática clínica alinharam-se e proporcionaram-me um vasto leque de experiências, não só com os doentes em estado crítico, mas também com situações que exigiram cuidados de saúde de excelência de forma a evitar a infeção. Não restam dúvidas que para desenvolver estratégias de prevenção baseadas na evidência, é fundamental compreender as IACS e como são transmitidas.

Diariamente implementei as medidas de prevenção e controlo da infeção aquando dos cuidados de enfermagem aos doentes e família, tendo em conta a especificidade do doente e o contexto urgente/emergente, intensivo ou pós-operatório. Se por um lado, tentei intervir o mais rapidamente possível de modo a evitar complicações, por outro mantive o cuidado para não aumentar o risco do cliente contrair infeção. Também orientei os auxiliares de ação médica na limpeza da unidade e cuidados a ter.

Todas as experiências ao longo das práticas, assim como a componente teórica tornaram-me mais confiante na prestação de cuidados de enfermagem, tendo consciência que os estou a prestar da forma mais adequada e baseada na evidência. Além disso, posso dar o meu contributo à equipa onde exerço funções, tanto no reforço dos cuidados, como na sugestão de mudanças em algumas práticas menos adequadas.

Em suma, em alguns casos aprofundei conhecimentos, noutros foram adquiridos, e no final posso afirmar que dei um contributo importante nesta área, não só ao doente, mas também à instituição.

4. DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, além das competências de enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, visa simultaneamente a atribuição do grau académico de mestre. Este grau é adquirido pelo aprofundamento das competências de especialista, com foco na área de investigação e partilha de conhecimento.

Ao longo dos vários contextos da prática clínica prestei cuidados de enfermagem de forma diferenciada, o que contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas no contexto da pessoa em situação crítica. Perante as várias situações complexas do dia-a-dia, desde doentes politraumatizados, doentes com necessidade de ventilação mecânica e vasopressora, doentes com risco de desenvolver lesões cerebrais secundárias devido a TCE, doentes no pós-operatório, entre outros, além da componente teórica, necessitei de aprofundar conhecimentos na mais recente evidência científica de modo a prestar os melhores e adequados cuidados de enfermagem. A nível técnico sem dúvida que os vários campos de estágio me proporcionaram uma panóplia de experiências, desde a algaliação, cateterismos venosos, entubação nasogástrica, colaboração nas mais variadas técnicas, colocação de cateteres centrais e linhas arteriais, intubação orotraqueal, colocação de cateter de PIC, entre outras. Muitas delas novas para mim, como por exemplo a colaboração na intubação orotraqueal, no entanto, em todas as técnicas tive por base a componente teórico-prática, assim como o porquê de ser realizada e todos os cuidados inerentes à otimização dos procedimentos respetivos.

A nível ético e deontológico foram também vastas as experiências, o que permitiu aprofundar competências nesta área: decidir perante doentes sedoanalgesiados, por exemplo se presto cuidados de higiene e como presto, como posiciono, saber se está confortável. Nas diversas situações, tal como em toda a minha prática profissional, regi-me pelos princípios éticos e do código deontológico, saliento, que a aplicação da deontologia na prática, além de exigir bom senso, exige conhecimento e adequação às situações concretas.

Ao longo do curso de mestrado desenvolvi, através de uma prática teórica-reflexiva e tendo por base a evidência científica, as competências comuns e específicas de enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Além disso, demonstrei:

- a) saber aplicar os conhecimentos adquiridos às situações complexas do dia-a-dia, à pessoa e família em situação crítica. Por exemplo, interpretando os valores de tensão arterial e ajustando a dose de vasopressor num doente sob ventilação mecânica, atendendo à particularidade de cada situação clínica. Sabendo também se tenho necessidade ter duas seringas preparadas de vasopressor de maneira a diminuir o tempo em que se realiza a troca, de acordo com o grau de instabilidade do doente.
- b) lidar com situações complexas e desenvolver soluções perante as mesmas, tendo por base a responsabilidade profissional e ética. Lembro que lidei com a família do doente em estado crítico, acolhendo-a e informando, de acordo com a minha área de intervenção. Nem sempre é fácil ajudar o doente e família a ultrapassar as transições que enfrentam, neste sentido senti necessidade de aprofundar conhecimentos sobre comunicação terapêutica e de conhecer o doente e família de modo a prestar os melhores cuidados. Destaco a importância das aulas teóricas de ética.
- c) Capacidade de comunicar conhecimentos e raciocínios de forma clara, em equipas alargadas e multidisciplinares – ao transmitir o turno na UCIP, ao explicar as intervenções implementadas às equipas e alguns aspetos que desenvolvi durante o curso, quando pertinente. Neste sentido as apresentações em aulas e a discussão em grupo contribuíram positivamente para melhorar a minha capacidade de comunicação e apresentação de ideias.
- d) aquisição de competências que permitem uma pesquisa e aprendizagem mais autónoma ao longo da vida. Atualmente estou mais desperta para o acesso à informação fidedigna e baseada na evidência de modo a acompanhar o desenvolvimento social e da ciência, em particular na área da saúde.

Todas estas competências pertencem ao enfermeiro mestre e segundo o regulamento nº 658/2016 o grau de mestre é conferido ao enfermeiro que demonstre

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão (...); b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais

que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e e) Competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (p. 21549).

O desenvolvimento de competências especializadas e de mestre na área da pessoa em situação crítica, permitiram-me prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes e suas famílias acometidos de disfunção orgânica complexa em contexto urgente, intensivo e pós-operatório. Na prática mobilizei conhecimentos e habilidades na deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação, perante situações que exigiram meios de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e efeitos adversos. No entanto, saliento que a formação é um processo contínuo ao longo da vida e isso terei sempre presente.

Por tudo o citado considero ter atingido o grau de especialista e mestre, sendo contudo necessário a defesa pública deste relatório.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório foi fulcral para demonstrar como o curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, e em especial os vários contextos da prática clínica, contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas em enfermagem médico-cirúrgica e na consequente atribuição do título de mestre.

O desenvolvimento da profissão de enfermagem nestes últimos anos foi exponencial. O mesmo aconteceu nas restantes áreas da saúde, com novos meios e as mais recentes técnicas terapêuticas e de monitorização, levando a um aumento da esperança média de vida. No entanto, viver mais tempo acarreta novos desafios, nomeadamente o surgimento de patologias crónicas e a necessidade de cuidados de saúde prolongados no tempo. Além disso, a sinistralidade continua a existir, e consequentemente doentes em estado crítico e com necessidades de cuidados especializados. Um especial destaque para a catástrofe e a emergência multi-vítima, embora e felizmente não ocorram com muita frequência, por vezes fazem questão de nos visitar.

Por tudo o citado, aliado ao interesse pessoal na área do doente crítico e a necessidade de formação, e por sentir que possuía uma lacuna nas vertentes teórica e prática, investi na formação, mais concretamente no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

A componente teórica e teórico-prática desenvolvida ao longo das aulas, aliada às várias práticas clínicas experienciadas em contexto urgente, intensivo e pós-operatório proporcionaram-me uma panóplia de vivências com doentes em estado crítico e sua família/cuidador. Destas saliento a necessidade de vigilância e monitorização (por vezes invasiva), doentes com instabilidade hemodinâmica e/ou com terapêutica complexa, situações de agravamento com necessidade de intervenção imediata, acompanhamento de doentes e risco de infeção, e complicações cirúrgicas.

Os cuidados à pessoa em situação crítica deverão ser altamente qualificados e exigem observação, colheita e procura contínua e de forma sistemática, com o objetivo de conhecer continuamente a pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil.

A escolha pelo contexto pós-operatório para realização da última prática clínica resultou do interesse pessoal pela área cirúrgica e pelo desejo de desenvolver competências nesta área. Além disso, considereei pertinente conhecer o doente crítico em três grandes

contextos: urgente, intensivo e cirúrgico, qual a sua transversalidade e o contributo do enfermeiro especialista nos cuidados aos mesmos.

O doente crítico, independentemente do contexto, vivencia uma transição saúde-doença, ou seja, um estado de desequilíbrio que ocorreu na sua vida. De acordo com a teórica de enfermagem Afaf Meleis, transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Assim o enfermeiro, através da compreensão holística das condições que influenciam a transição, auxilia os doentes a transpor esta etapa tendo sido um factor que tive em consideração ao longo das práticas clínicas. Conheci o doente no seu todo, detalhadamente, e intervim de modo a atingir a estabilidade aos vários níveis.

Destaco igualmente o papel da investigação e dos modelos conceituais na conceção da enfermagem da atualidade e no contributo para a prestação de cuidados. Além da teórica Afaf Meleis, tive por base a teórica Nancy Roper, modelo utilizado na instituição onde realizei as várias práticas clínicas. Ambos os modelos funcionaram como guia para a prestação de cuidados de enfermagem personalizados e adequados a cada doente e sua família.

O SU destacou-se por ser uma das principais portas de entrada do doente em estado crítico no meio hospitalar. A imprevisibilidade e necessidade de cuidados urgentes/emergentes foram pontos a destacar. As experiências vivenciadas na sala 0, desde as vias verdes às outras situações que necessitaram de cuidados nessa sala, assim como as do SO, foram vastas. Neste contexto específico da prestação de cuidados, realço que prestei cuidados de enfermagem de forma holística, atendendo a cada situação específica e ao contexto urgente/emergente. Além disso, fiz vigilância e despistei focos de instabilidade e intervim atempadamente. Destaco igualmente, o papel do enfermeiro especialista que pelo pensamento crítico, capacidade de reflexão e adequação à prática, tem uma função decisiva no cuidado ao doente no serviço de urgência.

Em contexto intensivo atendendo ao grande número de doentes em estado crítico e suas família/cuidadores, desenvolvi competências, não só na prestação direta de cuidados ao doente, no suporte de funções e gestão de terapêutica complexa, mas também na comunicação com a família em contexto crítico e intensivo. Por outro lado, aprofundei saberes teóricos e práticos na monitorização não invasiva, na ventilação não invasiva, e em

outras técnicas já executadas durante a minha prática profissional, mas com menos frequência. Desta forma sinto-me mais capaz e competente aquando da sua realização.

Destaco a importância da abordagem holística e a avaliação detalhada do doente, essencial à identificação de focos de instabilidade e atuação preventiva e precoce.

O contexto pós-operatório foi igualmente enriquecedor. O relembrar e aprofundar de todo o perioperatório e da sua importância na prestação de cuidados no pós-operatório, a passagem pelo bloco operatório e a prática clínica na unidade de cuidados intermédios cirúrgicos, asseguraram o contínuo desenvolvimento de competências e o aumento gradual da minha autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Com a passagem pela UCIC consolidei muitos saberes e técnicas desenvolvidas na UCIP, e, atendendo à especificidade do pós-operatório, aperfeiçoei cuidados na prevenção e controlo da infeção.

Em todos os contextos da prática clínica tive por base a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional, e desta forma desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista essenciais à prestação de cuidados.

Saliento a abordagem e o conhecimento sobre os planos de emergência e catástrofe dos diferentes serviços, oferecendo saberes sobre os princípios de atuação numa catástrofe e a importância do enfermeiro especialista na gestão e comunicação, assim como na prestação direta de cuidados.

A realização deste relatório permitiu, através de uma descrição teórico-reflexiva e crítica, reviver todo o percurso desenvolvido, os conhecimentos adquiridos e aprofundados, os cuidados de enfermagem especializados em que colaborei e que gradualmente fiquei autónoma, e a pesquisa científica que realizei. Identifico-me com Bártolo (2007), quando diz que o desenvolvimento da formação em contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa, isto é, a pessoa forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo. Foi isso que senti no decurso das várias práticas.

Tudo o citado proporcionou-me um vasto leque de experiências, que aliado à componente teórica desenvolvida nas aulas, à pesquisa e evidência científica, permitiram

aprofundar e adquirir conhecimentos teóricos e práticos no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, e desta forma adquirir competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do doente crítico. A competência é um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação (Parecer 10/2017, OE). Sinto-me capaz de prestar cuidados de enfermagem diferenciados, no entanto, saliento que a formação e aperfeiçoamento fazem parte do meu dia-a-dia, e por isso irei zelar.

Considero uma mais-valia para o doente em estado crítico, família/cuidador, comunidade e instituição, os cuidados serem prestados pelos enfermeiros especialistas na área, na medida em que o enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (parecer nº 10/2017, OE).

Num futuro próximo gostaria de trabalhar numa unidade específica de doentes críticos. No entanto, enquanto tal não se proporciona, continuarei prestando cuidados no serviço onde atualmente exerço, serviço de Pneumologia/Dermatologia, com foco no despiste precoce/preventivo de sinais e sintomas de agravamento, e quando surgirem situações de agravamento (o que acontece com alguma frequência), darei o meu contributo especializado, esperando resultados satisfatórios para o doente e equipa. Além disso, com a formação adquirida e desenvolvida espero ser um modelo de referência e apoio para os meus pares na resolução e reflexão, principalmente nas situações de maior complexidade.

Tenciono continuar a investir na formação, nomeadamente na área do doente crítico, tanto pela auto-formação como pela frequência de pós-graduações e de outras formações que considere pertinentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderson, S. M., & McKechnie, S. R. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113. Doi: 10.4236/ojn.2013.31014.
- Almeida e Sousa, J.P. (2012). A resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Acta Medica Portuguesa*, 25 (1), 37-43. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6/11>
- Almeida, O. M. O. (2007). *O consentimento informado na prática do cuidar e enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- Barsanti, M. & Woeltje, K. (2009). Infection prevention in the intensive care. *Infectious Disease Clinics of North America*, 23(3), 703-725. Doi: 10.1016/j.idc.2009.04.012.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. (2nd ed). Nova York: Springer Publishing Company.
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrícia, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 129-138. Doi: 10.12707/RIV18062.

- Cambitzi, J., Harries, M., & Raders, E. (2003). O controlo da dor pós-operatória. In K. Manley & L. Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática avançada* (pp. 470-507) Loures: Lusociência.
- Campos, L. (2014). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf
- Cardoso, S. (2016). Quando começar e qual o aporte calórico no doente crítico de risco nutricional elevado?. *Revista APNEP*, 10.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.
- Davidson, J., Powers, K., Hedayat, K., Tieszen, M., Kon, A., & Shepard, E., (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17205007>
- Deodato, S. J. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutor, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Dias, C., Caramelo, N., & Marcelino, P. (2008). As modalidades ventilatórias princípios e terminologia. In P. Marcelino (Ed.). *Manual de ventilação mecânica no adulto: Abordagem ao doente crítico* (pp. 57-85). Loures: Lusociência.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *Relatório da Comissão Internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. Retrieved from https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

- Direção Regional de Estatísticas da Madeira. (2019). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/index.php/component/jdownloads/viewcategory/312-saude-em-foco>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Author.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Documento geral de certificação de unidades de saúde: Ver. 6*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao-documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-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>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M., Matias, A., Romba, R. (2009). *Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3 – 9). Lisboa: Lidel.
- Flórido, T. J. & Martins, J. C. (2015). Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de*

resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (pp. 88-92). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

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

Franco, L. M., Ercole, F. F., & Mattia, A. D. (2015). Infecção cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica com implante. *Revista Sobecc*, 20 (3), 163-170. Doi: 10.5327/Z1414-4425201500030007.

Freitas, P., & Gomes, S. (2015). Transporte do doente crítico. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de medicina intensiva* (pp.529-535). Lisboa: Lidel.

Gomes, J. C. R. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* (pp. 27-30). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Gomes, N. C. R. (2014). O doente cirúrgico no período pré-operatório: que informação?. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos: 1º encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Grupo Português de Triage. (2002). *Triage no serviço de urgência: Grupo de triagem de Manchester: Manual do formando* (2ª ed.). Lisboa: Author.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Jesus, E. R., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática em Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26-44.

Jesus, J. & Abreu, V. (2014). Humanização em bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Coords). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 39-46). Lisboa: Lidel.

Keane, S., & Martin-Loeches, I. (2019). Host-pathogen interaction during mechanical ventilation: systemic or compartmentalized response? *CriticalCare*, 23(Suppl 1), 134. Doi: 10.1186/s13054-019-2410-0.

- Knapp, S. J. & Sole, M. L. (2013). Patient and Family Response to the Critical Care Experience. In M. L. Sole, D. G. Klein, & M. J. Moseley (Eds). *Introduction to critical care nursing* (pp. 14-25). Missouri: Elsevier.
- Lewis, S.L., Heitkemper, M., Dirksen, S., & Bucher, L. (2013). *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica: Avaliação e assistência dos problemas clínicos* (8ª ed.) (Vol. I). São Paulo: Elsevier.
- Loke, A. Y., & Fung, O.W.M. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: Implications for curriculum development and public health. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 11, 3289-3303. Doi:10.3390/ijerph110303289.
- Lopes, H., & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, (6), 55-58.
- Lopes, J. C. (2004). Relação enfermeiro-instituição. In M. C. P. Neves, & S. Pacheco (Eds). *Para uma ética de enfermagem* (pp. 109-127). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.
- Martell, M., & Allen, D. A. (2013). Hemodynamic monitoring. In. M. L. Sole, D. G. Klein, & M. J. Moseley (Eds.). *Introduction to critical care nursing* (6ª ed.) (pp.140-169). Amesterdão: Elsevier.
- Martins, L. (2004). Beneficência e não-maleficência. In M. C. P. Neves, & S. Pacheco (Eds). *Para uma ética de enfermagem* (pp. 229-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.
- Marum S., Ribeiro J. P., & Marcelino, P. (2008). Interpretação da gasimetria arterial e alterações do equilíbrio ácido-base. In P. Marcelino (Ed.). *Manual de ventilação mecânica no adulto: Abordagem ao doente crítico* (pp. 87-103). Loures: Lusociência.
- 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. Doi: 10.12968/bjnn.2014.10.3.131.

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher. (2010). Transition Theory. In A. Meleis. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.52-83). New York: Springer PublishingCompany.
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G. L. F.; Frota, N. M.,...Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência* (1), 55-63.Doi: 10.12707/RIII1316.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Editorial Novembro: Artes Gráficas.
- Moore, E., Mattox, K., & Feliciano, D. (2006). *Manual de trauma* (4ª ed.). Porto Alegre: Armed.
- Nichols, B., & Monahan, F.D. (2010). O âmbito da enfermagem médico-cirúrgica. In F. D. Monahan, J. K.Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green. *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.) (Vol I) (pp. 1-10). Loures: Lusodidacta.
- Nogueira, L., Padilha, K., Silva, D., Lança, E., Oliveira, E., & Sousa, R. (2015). Padrão de Intervenções de Enfermagem realizadas em Vítimas de Trauma segundo o Nursing Activities Score. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 49, 29-35.
- Noivo, C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* (pp. 24-26). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Odom-Ferren, J. (2008). Cuidados ao paciente no pós-operatório e controle da dor. In J. C.Rothrock (Ed.). *Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (13ª ed) (pp. 246-270). Loures: Lusodidacta.

- Oliveira, R., F., Castro, L., Almeida, J. P., & Alves, C.; Ferreira, A. (2016). O impacto da monitorização eletrónica nas infeções associadas aos cuidados de saúde: O papel da plataforma HViTAL. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 734-741. Doi: 10.20344/amp.7388.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico de enfermeiro*. Lisboa: Author.
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva (DOFMI): Critérios de idoneidade e de formação em medicina intensiva*. Retrieved from <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humano* (Comissão Nacional da UNESCO, Trans.). Lisboa: Author.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: Um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência*. Suíça: Author.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina Intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp->

content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf

Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vasconcelos, R.,... Moreno, S. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Retrieved from <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>

Pereira, S. (2010). *Cuidados paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Pirôpo, U. S., Damasceno, R.O., Rosa, R.S.R. Sena, E.L.S., Yarid, S.D., & Boery, R.N.S.O. (2018). Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 505-510. Doi: 10.15446/rsap.V20n4.65009.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 jul 2012). Lei n.º 25/2012. *Diário da República n.º 136, série I*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 jul 2012). Lei n.º 25/2012. *Diário da República n.º 136, 1ª série*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set 2015). Lei n.º 156/2015. *Diário da República n.º 181, série I*.

PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (11 out 2017). Despacho n.º 8977/2017. *Diário da República n.º 196, 2.ª série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (04 set 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República n.º 205, série I-A*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (06 mar 2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República n.º 55, I Série-B*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República n.º 153, 2ª série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (23 mar 2015). Portaria nº 81/2015. *Diário da República nº 57, 1ª série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 nov 2013). Despacho nº 15423/2013. *Diário da República nº 229, 2ª série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 mai 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República nº102, 2ª série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Parecer nº 09/2017. 2017-03-06. Transporte da pessoa em situação crítica. Acessível na OE.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Parecer nº 10/2017. 2017-09-08. Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Acessível na Ordem dos Enfermeiros.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros - Parecer nº 15/2018. 2018-07-02. Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos / serviços de medicina intensiva. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (06 fev 2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº26, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 jul 2018). Regulamento nº 429/2018. *Diário da República nº 135, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República nº 35, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (23 abr 2015). Regulamento nº 190/2015: Competências do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República nº 79, 2ª Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República nº 123, Série II.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun 2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação crítica. *Diário da República nº 123, 2ª série.*

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Documentos transversais. CHKS. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Documento de apoio nº 0022. 2011-03-12. Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas. Acessível no SESARAM, Funchal.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Manual. Medicina Intensiva (UCIP). Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 015. 2017.XX.XX. Modelo de acreditação ACSA. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 012. 2016-06-06. Acolhimento de utente e família/pessoa significativa. Acessível no SESARAM, Funchal.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 15. 2017-08-16. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Acessível no SESARAM, Funchal.

- PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento GCPPIRA.PRO.05. 2019-07-12. Prevenção da Colonização/Infecção Cruzada por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina. Acessível no SESARAM, Funchal.
- PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 02. 2019-07-12. Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Acessível no SESARAM, Funchal.
- PORTUGAL. Serviço Nacional da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 015/2017. 2017-07-13. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acessível na DGS.
- PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 002/2015. 2015/03/06. Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Acessível na DGS, Lisboa.
- PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2018. 2018/01/09. Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Acessível na DGS, Lisboa.
- Proteção Civil da Madeira. (2015). *Plano regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira*. Retrieved from https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf
- Rose, L., Gray, S., Burns, K., Atzema, C., Kiss, A., Worster, A., ... Lee, J. (2012). Emergency department length of stay for patients requiring mechanical ventilation: a prospective observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20, 30. Doi: 10.1186/1757-7241-20-30.
- Rothrock, J. C. (2008). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In J. C. Rothrock, (Ed.). *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª Ed) (pp. 1-14). Loures: Lusodidacta.
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H.M.G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-152. Doi: 10.1136/emmermed-2012-201782.

- 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.
- Serrão, D. (2010). A dignidade humana no mundo pós-moderno. *Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética*, (11), 191-199.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Manual do serviço de urgência*. Funchal: Author.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2020). Serviço de medicina intensiva. Retrieved from <https://www.sesaram.pt/smi/>
- Silva, A.M. (2009). *Triagem de Manchester* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19983/2/Tese%20Mestrado%20%20Triagem%20Prioridades%20%20Triagem%20Manchester%20v.pdf>
- Silva, R. A. (2013). Bioética e fim de vida: Princípios éticos: A intervenção do Enfermeiro no fim de vida. *Percursos*, (28). 56-76.
- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A, Fernandes, J. D, Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*. (16), 147 – 154. Doi: 10.12707/RIV17076.
- Smith-Blair, N. (2010). Cuidados críticos. In F. D. Monahan,, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green. *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8ª Ed.) (Vol I) (pp. 195-207). Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transportes de pacientes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Subtil, C.L. (2017). Preocupaciones e incertidumbres bajo lamirada de la historia de la enfermeira. *Cultura de los cuidados*, (48), 16-22. Retrieved from https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69268/1/CultCuid_48_02.pdf

- Swearingen, P. & Keen J.. (2003). *Manual de enfermagem de cuidados intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ward, K., & Morris, D. (2003). Princípios dos cuidados pós-operatórios. In K. Manley, & L. Bellman. *Enfermagem cirúrgica: Prática avançada* (pp.431-452). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Westphal, M. (2019). Science and fiction in critical care: established concepts with or without evidence? *Critical Care*, 23 (Suppl 1), 125.Doi: 10.1186/s13054-019-2419-4.