

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO
AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS À PESSOA
COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
HIPOXÉMICA POR COVID-19**

Válter Miguel Correia Gonçalves

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

Funchal, 2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO
AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS À PESSOA
COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
HIPOXÉMICA POR COVID-19**

Válter Miguel Correia Gonçalves

Docente: Professora Doutora Noélia Pimenta

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

Funchal, 2022

A teoria é linda, a prática intensa

AD

AGRADECIMENTOS

A ti Telma... e aos demais... Eternamente Grato!

RESUMO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, surge o presente relatório que culminará com a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica após sua apresentação e discussão pública.

O relatório projeta o trajeto tido na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica e de Mestre, possíveis pelo desafio e exigência no percurso formativo. Assim, o relatório expõe o trabalho desenvolvido ao longo das práticas clínicas, inicialmente no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça e no Serviço de Emergência Médica Regional, seguidamente, no Serviço de Medicina Intensiva e, em caráter opcional, no Serviço de Medicina Intensiva integrado na Unidade de Internamento Polivalente dedicada à pessoa com COVID-19 do Hospital supracitado.

Da complexidade inerente aos cuidados prestados, resultou a necessidade de compreender o percurso da pessoa, desde o pré-hospitalar, até ao momento em que é referenciado para internamento hospitalar e admitido em unidades diferenciadas. Por isto, os objetivos delineados para este relatório foram: evidenciar o percurso efetuado para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e diferenciados à pessoa com insuficiência respiratória hipoxémica por COVID-19 e como integrar a família no cenário de exceção a fim de acrescentar valor à prática interventiva; refletir criticamente acerca das vivências e experiências dos momentos de prática tutelada e as implicações na prática profissional.

Os contextos enunciados proporcionaram todo o processo que ilustra o desenvolvimento de aquisição das competências de Mestre pelas oportunidades de concretização das atividades identificadas como promotoras de aprendizagem, nomeadamente, no cuidar da pessoa, família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Para a consecução do relatório utiliza-se a metodologia descritiva e reflexiva, baseada em evidência científica atual e nos referenciais da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem; Competências; Cuidado especializado; COVID-19.

ABSTRACT

Within the scope of the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, this report emerges that will culminate in the obtaining of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing after its presentation and public discussion.

The report projects the path taken in the acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse in caring for the person in a critical and Master's situation, made possible by the challenge and demand in the training path. Thus, the report exposes the work developed during clinical practices, initially in the Emergency Department of Hospital Dr. Nélio Mendonça and the Regional Emergency Medical Service, then in the Intensive Medicine Service and, optionally, in the Intensive Medicine Service integrated in the Multipurpose Inpatient Unit dedicated to the person diagnosed with COVID-19 at the aforementioned Hospital.

The inherent complexity of the care provided resulted in the need to understand the person's journey, from the pre-hospital period, to the moment when they are referred for hospital admission and admitted to different units. For this reason, the objectives outlined for this report were: to highlight the path taken to develop skills in the provision of specialized nursing care to the person in a critical situation and differentiated to the person with hypoxemic respiratory failure due to COVID-19 and how to integrate the family in the exception scenario in order to add value to the interventional practice; critically reflect on the experiences and experiences of the tutored practice moments and the implications for professional practice.

The stated contexts provided the entire process that illustrates the development of the acquisition of Master's skills through the opportunities to implement the activities identified as promoters of learning, namely, in caring for the person, family/caregivers experiencing complex processes of critical illness and/or bankruptcy organization, in boosting the response in emergency, exception and catastrophe situations and in maximizing intervention in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance.

For the achievement of the report, a descriptive and reflective methodology is used, based on current scientific evidence and on the references of the profession.

Keywords: Nursing, Competencies, Specialized Care, Covid-19.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARDS - Síndrome de Doença Respiratória Aguda

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CI - Cuidados Intensivos

CIEL - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

cmH₂O - Centímetro de Água

CO₂ - Dióxido de Carbono

CPAP - Ventilação por Pressão Positiva Contínua

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorpórea

ECTS - Sistema Europeu de Transferência de Créditos

EE - Enfermeiro Especialista

EEIH - Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ELSA - Extracorporeal Life Support Organization

EOT - Entubação Orotraqueal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

FFP - Proteção Respiratória Filtrante Descartável

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigénio

FLCCC - Front-line COVID-19 Critical Care Alliance

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de

GPT - Grupo Português de Triagem

HNM - Hospital Doutor Nélcio Mendonça

IASAÚDE, IP-RAM - Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM

Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IR - Insuficiência Respiratória

ISBAR - Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

L/min - Litros por Minuto

mmHg - Milímetros de Mercúrio

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina

O₂ - Oxigénio

OAF - Oxigénio por Alto Fluxo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PaCO₂ - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no Sangue Arterial

PaO₂ - Pressão Parcial de Oxigénio no Sangue

PaO₂/FiO₂ - Razão entre a Pressão Parcial de Oxigénio Arterial e a Fração Inspirada de Oxigénio

PBCI - Proteções Básicas de Controlo de Infecção

PE - Processo de Enfermagem

PEEP - Pressão Alveolar no Final Da Expiração

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Região Autónoma da Madeira

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Rt-PCR - Polymerase Chain Reaction in Real Time

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus dois

SECI - Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos

SESARAM, EPE - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ - Saturação de Oxigénio em Sangue Arterial

SRPC, IP – RAM - Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

TC - Tomografia Computorizada

UC - Unidade Curricular

UIP - Unidade de Internamento Polivalente

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA POR COVID-19.....	16
2. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal.....	22
2.2 Melhoria da qualidade	27
2.3 Gestão dos cuidados.....	36
2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39
3. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	43
3.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	43
3.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima	72
3.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	78
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	88
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (MEMC), 2019-2021, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), realizo o presente relatório de estágio com o objetivo descrever o percurso para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica (PSC) com Insuficiência Respiratória (IR) Hipoxémica por COVID-19 e fundamentar a discussão pública do grau de MEMC.

A execução do relatório de estágio, sistematiza todo o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo das práticas clínicas realizadas no SU (Serviço de Urgência) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira (SRPC, IP – RAM), mais concretamente, a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) e SMI (Serviço de Medicina Intensiva) que confluem no desenvolvimento de competências comuns preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), mas também no desenvolvimento de competências específicas através da prestação de cuidados de enfermagem à PSC.

Todo este percurso em que desenvolvo as práticas tuteladas, coincide em paralelo com todo o expoente máximo do período pandémico, logo, compreender este processo cognitivo de aprendizagem vivido, exige uma correlação da recolha de informação dos conceitos claros e diferenciados, tidos com a pesquisa por novos conceitos e informações, a fim de alcançar a capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento concetual que sustenta a prática de Enfermagem, com domínio da linguagem científica e, estar capacitado para comunicar, de modo claro, conclusões e processos de pensamento subjacentes do cuidar da pessoa diagnosticada com COVID-19.

A escolha do fenómeno de interesse pela problemática COVID-19, além de pessoal, também se deve ao facto de ser uma temática em que o conhecimento existente era escasso e na qual refleti sobre o papel crucial detido pelo EEEMC, pautado pela necessidade de desenvolver conhecimento e compreensão aprofundada sobre a especificidade dos cuidados a prestar a estes clientes, com intuito de dar resposta aos objetivos definidos, ao evidenciar o percurso efetuado para o desenvolvimento de

competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e diferenciados à pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19 e como integrar a família no cenário de exceção a fim de acrescentar valor à prática interventiva, bem como, refletir criticamente acerca das vivências e experiências dos momentos de prática tutelada e as implicações na prática profissional. A finalidade e os objetivos supracitados, pilares cruciais no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEMC implica que, cuidar da PSC envolve a capacidade de, diariamente, fazer face a desafios complexos.

A prática tutelada objetiva que demonstre e desenvolva conhecimentos aprofundados no âmbito da enfermagem especializada ao estar capacitado para adequar os conhecimentos e atuar na resolução de problemas perante situações imprevistas e complexas. O desenvolvimento de competências integrou o processo de prestação de cuidados por meio da avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas da PSC, bem como, pela componente teórico-reflexiva face à complexidade das situações e à necessidade de respostas em tempo útil, adequadas e específicas, neste cuidar à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica desde o pré-hospitalar aos cuidados intensivos (CI).

Para Castellan et al. (2015), os enfermeiros que cuidam da PSC, lidam especificamente com as respostas humanas a problemas ameaçadores da vida e são estes que asseguram que os clientes e as suas famílias recebem cuidados ótimos numa altura das suas vidas em que se encontram particularmente frágeis e requerem avaliações contínuas e complexas, uma grande intensidade de intervenções e vigilância ininterrupta.

Com vista à sua recuperação total, o EEMC procura responder às necessidades afetadas de modo contínuo, prevenir complicações e limitar incapacidades, conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018. Neste sentido, todo o percurso de processo de aprendizagem apoiou-se fortemente na capacidade de dar resposta ao desafio que este tipo de clientes constitui que, segundo Varanda & Rodrigues (2017), requerem necessidades específicas que exigem interpretação de que o seu grau elevado de gravidade não impeça o profissional de projetar intervenções de reeducação e readaptação.

A metodologia empregue na realização deste relatório, descritiva e reflexiva, baseada em evidência científica atual e nos referenciais da profissão, contextura que o relato e análise das atividades e estratégias desenvolvidas atinjam os objetivos preconizados em referência ao nível e modo como foram alcançadas no decorrer da prática clínica. Assim, o presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos:

Dos cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico aos cuidados diferenciados à pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19; Domínio de competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE); Domínio de competências específicas do EE; Competências de Mestre em enfermagem.

A norma utilizada para citações e referências bibliográficas é a preconizada pela ESESJC – propostas pela American Psychological Association, que se encontram expostas no documento normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos.

1. DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÉMICA POR COVID-19

Desde o início do século XXI que temos enfrentado crises sem precedentes de vírus mortais como Zika, Ébola (anteriormente conhecido como febre hemorrágica ébola), Síndrome Respiratória Aguda Grave (ARDS) e a Síndrome Respiratória do Médio Oriente, vulgarmente denominada por MERS (Pokhrel, Hu & Mao, 2020). As epidemias associadas a estas doenças, sejam elas desencadeadas pela evolução de vírus já existentes ou por novas espécies virais, causaram danos colossais à sociedade e a perda de vidas humanas é o culminar deste real e irreparável flagelo.

Desde que Wuhan, em dezembro de 2019, nos assolou, que iremos recordar e ter desejado que essa província da China tivesse permanecido anónima, mas não permanece.

Os primeiros casos de uma pneumonia atípica relatados determinaram um novo coronavírus como sendo a Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus dois (SARS-CoV-2) e, a doença provocada pela infeção deste novo coronavírus como sendo a COVID-19, nome atribuído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), resultante das palavras “Corona”, “Vírus” e “Doença” mais a indicação do ano em que surgiu, baseada no facto de o vírus partilhar aproximadamente 80% do genoma de SARS-CoV (Guo et al., 2020).

Até surgir o SARS-CoV-2 estavam descritas duas outras estirpes causadoras de surtos epidémicos com origem zoonótica: SARS-CoV-1, causador da SARS com origem em morcegos e transmitido à civeta-africana e posteriormente a humanos, e, em 2002, o MERS-CoV, com origem em morcegos e transmitido a camelídeos e posteriormente a humanos, em 2012 (Chandra, 2020). A COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, é um vírus de genoma de RNA simples, de sentido positivo, pertencente à família dos coronavírus.

Das estirpes que circulam continuamente na população humana, frequentemente, causam infeções respiratórias de baixa gravidade, constipação comum, e raramente pneumonias virais (OMS, 2020). No entanto, a COVID-19 provoca uma forma grave de SARS que origina edema pulmonar, resultante depois no aumento do espaço capilar interalveolar e na menor mobilidade pulmonar, que conjugados, comprometem a função

respiratória. Os glóbulos brancos e as citocinas movem-se para as vias aéreas distais e causam uma reação inflamatória intensa pelo que esta resposta imune ao vírus desencadeia edema, fibrose e hipoxemia que culmina numa situação crítica por COVID-19 (Wiersinga, Rhodes, Cheng, Peacock & Prescott, 2020).

Com um amplo espectro de gravidade clínica, os dados classificam os casos diagnosticados como leves (81%), graves (14%) ou críticos (5%) (Wu & McGoogan, 2020). Muito está descrito de que a hipoxemia arterial é pronunciada, mas sem sinais proporcionais de desconforto respiratório, nem verbalizado pelos clientes como uma sensação de dispneia (Xia et al, 2020).

É, após 30 dias do primeiro caso diagnosticado, que a OMS, após interpretar os dados da doença como altamente contagiosa que inicialmente a declara como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional. A 11 de março de 2020, já depois da primeira morte oficialmente registada, datada de 11 de janeiro desse mesmo ano de 2020, na China, a OMS identifica-a como uma doença pandémica após a epidemia de COVID-19 atingir o nível de uma pandemia com mais de 118 mil casos de infeção diagnosticados em 114 países e relatados 4.291 óbitos em sua consequência (OMS, 2020).

Em Portugal, é a dois de março de 2020 que são diagnosticados os dois primeiros casos da doença e, em função da evolução do impacto da emergência de Saúde Pública de interesse Internacional, relacionada com a doença infecciosa e as declarações de risco elevado de disseminação viral e propagação da infeção à escala global, que a 13 de março desse mesmo ano, é assinado pelo Ministério da Administração Interna e o Ministério da Saúde o despacho de Declaração de Situação de Alerta que abrange todo o território nacional. Desde essa data que insurgiu o confinamento geral, que viria a ser descontinuado, progressivamente, a partir de maio (Resolução do Conselho de Ministros nº 33-A/2020).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM) com o intuito de responder à evolução epidemiológica, nos termos do disposto nº2 do artigo 6º do Decreto Legislativo Regional nº 16/2009/M, de 30 de junho, que aprova o Regime Jurídico do Sistema de Proteção Civil da RAM conjugado com o nº5 do artigo 8º da Lei nº27/2006, de três de julho, é aprovada, também a 13 de março de 2020, a Lei de Bases de Proteção Civil que determina a Declaração de Situação de Alerta para todo o território insular por Despacho nº 100/2020.

Quando, a 16 de março de 2020, é detetado na RAM o primeiro caso de COVID-19, importado de um país europeu, já as estruturas da Secretaria Regional da Saúde e

Proteção Civil, em articulação intersectorial, vinham a gerir os recursos necessários para que as mudanças operadas na organização do Serviço de Saúde da RAM (SESARAM, EPERAM) tivessem a melhor resposta a esta emergente infeção.

Se a nível da resposta pré-hospitalar, a EMIR é o primeiro serviço em que foi aplicada a reorganização do Sistema de Saúde com o impedimento da mobilidade entre as unidades de saúde existentes, de forma de evitar a propagação da doença entre os profissionais de saúde, também o SESARAM, EPERAM, integrando a evidência técnica e científica nacional e internacional, implementou um Plano de Contingência com objetivo de garantir a segurança e proteção dos clientes, familiares e profissionais de saúde, tidos como imprescindíveis para garantir o funcionamento dos serviços e a execução do respetivo plano.

O contexto tão particular, único e desafiante, como é este da pandemia da COVID-19, exige que além da reorganização das instituições, haja uma comunicação clara e de consciencialização da população de que o acesso físico aos serviços de saúde dos grupos vulneráveis e de risco sejam sempre priorizados (OMS, 2020).

Patente a esta orientação, a articulação entre as demais entidades é fulcral no correto encaminhamento e identificação precoce de sintomas suspeitos, pelo que é disponibilizado à população uma linha de saúde no Serviço Regional de Saúde, com atendimento e encaminhamento de casos clínicos com a criação da linha 24 Madeira (800 24 24 20) e, por meio do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais (IASAÚDE, IP-RAM), é emitido, em canal de televisão público, no caso pela Rádio Televisão Portuguesa – Madeira, alertas de saúde pública e de sensibilização.

Numa fase inicial e, independentemente do espectro de manifestação do quadro clínico, havia recomendação para que todos os infetados fossem internados na área dedicada, para evitar a progressão da doença e ficarem assim isolados de populações suscetíveis. A fim de evitar transmissão adicional, todo o transporte inter-hospitalar de casos positivos ou suspeitos até à área de contingência, para continuidade de cuidados, ficavam exclusivamente a cargo da proteção civil por meio de células sanitárias móveis.

Esta procura pelos cuidados de saúde aliada à rápida disseminação pela comunidade, acresce numa necessidade de enfermeiros afetos à primeira Área de Contingência do SESARAM, EPERAM.

Desafortunadamente, a rápida transmissão do vírus impossibilitou o internamento de todos os casos diagnosticados, levando à necessidade de adoção de outras estratégias de cuidado. Assim, dada a escassez de instalações físicas, em junho de

2020, criam-se instalações para internamento de clientes positivos à COVID-19 com a Unidade de Internamento Polivalente (UIP) e a CAVE-Poente, ambos no Edifício Anexo do HMM.

O sentido de dever e a necessidade de dar uma resposta eficiente às solicitações, fez-me, a 16 de março de 2020, voluntariar para integrar a equipa de enfermagem da área de contingência dedicada à COVID-19.

Pelas funções que exercia como enfermeiro generalista, desde novembro de 2016, no Serviço de Internamento de Medicina Interna e na Unidade de Cuidados Especiais do Hospital dos Marmeleiros, onde integrava a equipa de emergência interna hospitalar, conciliando a formação do curso Medical Response to Major Incidents, direcionado para a atuação em situação de catástrofe e, não obstante, o facto de frequentar o MEMC, foram fatores que me fizeram crer estar munido com uma base de conhecimentos teórico-práticos válidos, capazes de prover cuidados de excelência e acreditar segurança na resposta à particularidade de cuidados que estes clientes exigem.

Além de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica, anteriormente à carreira de enfermagem desenvolvi características fulcrais para que, na constituição das equipas de trabalho, fosse um elemento válido capaz de assegurar uma comunicação eficaz entre elementos das diversas especialidades de enfermagem que compunham a Área de Contingência, de modo a que os conhecimentos e a responsabilidade fosse partilhada e articulada entre os elementos da equipa em torno do objetivo comum de contribuir para uma assistência à saúde integral, humanizada e eficaz (Peduzzi & Agreli, 2018).

Olhar para este período é fazer ver que “mais importante que a floresta, são as árvores que a compõem” e a resposta a cuidados imprevisíveis e complexos transformam-se em ganhos ao integrar a partilha de valores, objetivos e identidade de cada enfermeiro.

Se a aquisição de competências, adquire-se progressivamente com o tempo, a necessidade de construir estratégias com o intuito de desenvolver e melhorar conhecimento por meio da especialização em enfermagem, é sinónimo de aumentar o acesso e a qualidade dos cuidados e atender à alteração das necessidades dos clientes (Delamaire & Lafortune, 2010) e, ser dotado de conhecimento que permitam estabelecer corretamente prioridades no atendimento no cuidar da PSC, é essencial a aquisição de competências por meio de qualificações académicas e de uma continua aprendizagem (Correia, 2012).

A aprendizagem tida na proximidade com estes clientes, desde o início da pandemia, fez-me naturalmente optar por prestar cuidados diferenciados em enfermagem à pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19.

Este acompanhamento, dedicação e superação no percurso profissional desde que integro as primeiras equipas de trabalho nesta área de exceção, até aos estágios de prática tutelada, procuro investir no sentido de ser um elemento interventivo na continuidade de cuidados pela oportunidade de integrar a abordagem pré-hospitalar até ao intra-hospitalar e, assim, conjugar as bases tidas com as adquiridas, com vista a dar uma resposta efetiva das necessidades, ao estar capacitado para conceber, implementar e avaliar os planos de intervenção à PSC e assim desenvolver os domínios das competências comuns e especializadas.

Assim, o percurso de domínio das competências desenvolveu-se em três distintos campos de estágios clínicos: Estágio I - Urgência, Estágio II - SMI e Estágio III – Opção no SMI da UIP-COVID-19, correspondentes ao total de 35 ECTS (Sistema Europeu de Transferência de Créditos).

A Unidade Curricular (UC) de Estágio I - Urgência, contempla um total de 250 horas dos quais 140 horas são de contacto (130 horas de Estágio e 10 horas de Orientação Tutorial) e 110 horas de tempo individual do discente, correspondente a 10 ECTS, concretizado no mês de setembro de 2020, no SU do HNM, seguindo-se 28 horas no SRPC, IP – RAM, na EMIR. A UC de Estágio II- SMI, correspondente a 10 ECTS, contempla um total de 250 horas dos quais cumpri com 140.5 horas de contacto (130.5 horas de Estágio e 10 horas de Orientação Tutorial) e 110 horas de tempo individual do discente e, realizou-se entre outubro e novembro de 2020 no SMI do HNM. Por fim, a UC de Estágio III – Opção, corresponde a 15 ECTS, contempla um total de 375 horas: 210 horas de contacto (198 horas de Estágio e 12 horas de Orientação Tutorial) e 165 horas de Tempo Individual do estudante e, foi cumprida entre o mês de janeiro e fevereiro de 2021, no SMI da UIP dedicada à COVID-19.

Posto isto, a competência na arte do cuidar, por parte da enfermagem, é correlacionar os saber da formação académica enquanto processo de transformação individual capaz de envolver a dimensão do saber (conhecimentos), saber-fazer (capacidades), saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (progresso das situações e a contínua atualização e adaptação que estas exigem) com a experiência obtida da prática clínica, evidenciada por situações concretas do dia a dia, mobilizadora de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, a fim de atingir o saber-transformar, que

se entende pela interação entre estes saberes e a adaptação aos contextos de trabalho (Dias, 2004). Integrar os conhecimentos para adotar a conduta à situação complexa além da simples execução ou reprodução de atos é um saber ser profissional de enfermagem (OE, 2017).

Os profissionais de enfermagem asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, como tal, somos tidos como uma peça fulcral em qualquer sistema de saúde. A nossa especificidade justifica um investimento na qualificação e isso implica dotar os enfermeiros de conhecimento, mas também de competências e ferramentas que incorpore, além das responsabilidades acrescidas, a condução de processos de decisão complexos com finalidade de assegurar uma prestação de cuidados mais eficazes (Regulamento n.º 429/2018), de modo que a diferenciação dê resposta à crescente exigência técnica e científica (Regulamento n.º 140/2019).

2. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O domínio de competências é como uma esfera de ação que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante a um conjunto de elementos agregados. Assim, transversal a todos os enfermeiros especialistas (EE), dita o artigo 3.º da Secção II do Capítulo I do Regulamento n.º 140/2019 da OE que, independentemente da sua área de intervenção são demonstradas as competências por meio da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

No mesmo documento, o EE é definido como todo aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que incluem quatro domínios das Competências Comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, domínios cuja análise e interpretação exponho nos subcapítulos imediatos.

2.1 Responsabilidade Profissional, Ética E Legal

O direito internacional dos direitos humanos, em particular com o cumprimento do instrumento multilateral que é o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, faz menção de que restrições aos direitos tem de ser necessárias, proporcionais e legalizadas, justificadas exclusivamente ou por razões de saúde pública ou emergência nacional (Organização das Nações Unidas, 1976).

Em Portugal, o início de vigência data de 1978, quando divulgado em Diário da República I, n.º 133 (Lei n.º 29/78) e, de facto, as restrições com que vivemos este período pandémico, exigiu que em determinados momentos, confinamentos ou quarentenas de pessoas sintomáticas, conduzidos de acordo com a lei e estritamente necessárias para conseguir-se um objetivo legítimo e comum.

É neste âmbito que a enfermagem, disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, onde dilemas e problemas éticos surgem e exigem uma tomada de decisão fundamentada. Existe um campo de reflexão próprio na ação dos enfermeiros, da qual nasce nossa prática, e preocupações profissionais sobre

aqueles a quem prestamos cuidados, denominado por Ética de Enfermagem (Nunes, 2004).

A ética de enfermagem é tida como um espaço de práxis onde se desenvolve a ação e a tomada de decisão ética, baseada em princípio e valores profissionais (Nunes, 2004), enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

A reflexão e a tomada de decisão ética assumem crescente importância na enfermagem, uma vez que esta se centra na relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com a pessoa e/ou grupo de pessoas durante o seu ciclo vital, que possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual (OE, 2001).

A competência ética exige que este profissional comporte os valores humanos universais face aos valores dos atos em presença, com enfoque no respeito pela dignidade humana, traduzida pela fórmula de princípios e valores da profissão. A ética é assim associada a um conjunto de deveres e normas que obrigam um conjunto de profissionais a uma deontologia profissional (Queirós, 2001; Nunes, 2011).

Para o enfermeiro, um problema ético corresponde a uma interrogação colocada a aquando da prestação de cuidados relativa à escolha das intervenções mais adequadas a realizar, tendo em conta a vontade da pessoa/ família alvo dos cuidados, as suas necessidades de saúde, a realidade em que insere e a equipa multidisciplinar que integra. A incerteza sobre o que fazer (ou não fazer) emerge das narrativas como problemática na prática. Deste modo, o enfermeiro mobiliza conhecimentos acerca de premissas como o respeito pela dignidade humana, dos princípios éticos (justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência) e socorre-se de modelos de tomada de decisão ética que sustentam a sua ação.

A decisão assume a designação de processo de tomada de decisão por pressupor um conjunto de fases que levam à realização de uma ação e, o processo de raciocínio que visa a obtenção da melhor solução face ao problema ou dilema ético, definimos de tomada de decisão ética.

Aquando da prestação de cuidados de enfermagem é recorrente que haja problemas/ dilemas éticos, que representam um desafio para o profissional, assim sendo, a Bioética clínica, surge com o principal objetivo reconhecer, estudar, analisar e resolver as questões que surgem no cuidado prestado ao cliente (Insua, 2018).

No sentido de orientar os enfermeiros na procura da resposta mais adequada e justa aos problemas éticos que enfrentam no seu quotidiano, existem modelos que esclarecem o processo de tomada de decisão, diferenciando, essencialmente, no modo

como cada uma das etapas – avaliação inicial, planificação, execução e avaliação - são estruturadas.

Ainda nesta linha orientadora, a construção destes modelos de tomada de decisão vem orientar os enfermeiros para as respostas às várias questões com que se deparam perante um dilema ético, entre as quais: *“O que devo fazer? O que devo decidir? A que critérios obedecer?”*. É em cada uma destas questões que reside o grau de dificuldade e de tensão com que têm de se lidar (Gândara, 2004).

É no decorrer da prática tutelada e na prestação de cuidados à PSC que, consciente da necessidade de uma intervenção imediata e segura, aspetos tangenciais como a formação e o trabalho em equipa assumem proporções significativas a fim de evitar situações potencialmente danosas em que a priorização é o cliente, seja ele ao assegurar a permeabilidade da via aérea, o controlo hemodinâmico, a correção da volémia e prevenção de desequilíbrios hidroelectrolíticos, a gestão de protocolos terapêuticos complexos ou a gestão da dor. No entanto, é na prática clínica e sob a intervenção em situações complexas que os problemas éticos emergem e, para ser um problema ético, basta que ao menos um profissional o considere com tal.

De facto, durante a minha prática de cuidados senti necessidade de reflexão sobre a ação e que partilho, nomeadamente acerca da tomada de decisão pela contenção física em clientes que recusam aderir à terapêutica ventilatória

Oriunda da minha preocupação por um agir ético, a análise e reflexão desta temática torna-se obrigatória por acreditar no cuidado de enfermagem especializado e humanizado. Concretizado na base do Ciclo de Gibbs, a partilha da experiência vivenciada envolve toda a organização e sistematização do pensamento de modo a intervir com o propósito de responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

Se é verdade que o recurso a técnicas de contenção mecânica é uma prática comum, a expressão corriqueira “doente entubado é doente amarrado” deixou-me uma mágoa indelével que, acima de tudo, obrigou-me a entender que intervenções especializadas estão ao alcance para que se projete a uma mudança de paradigma sabendo que esta intervenção está associado a problemas físicos, psicológicos, éticos e legais (Martin & Mathisen, 2005) e tem descrita uma prevalência que se situa entre os 33% e 68% em contexto hospitalar (Hamers & Huizing, 2005).

De acordo com o Parecer do Conselho de Enfermagem nº41/2020, a orientação nº 021/2011 emanada pela DGS, “Prevenção de Comportamentos dos Doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente” prevê medidas de restrição física e de

mobilidade a quem apresente “comportamentos que o coloquem em si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos; recusem tratamento compulsivo nos termos legais; recusem tratamento vital, urgente” (p.1). No entanto, a ambivalência entre o que se entende por fazer cumprir o direito à autodeterminação e a decisão de intervir em prol do que é tido como seguro para o cliente, gera uma preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, tal como consagrado no primeiro princípio geral do CDE (2015).

Em Portugal, e validado em Comissão Parlamentar de Saúde, a contenção física não é crime, mas entenda-se, é abusivo se visar reduzir a vigilância do cliente pelo que deve imperar o princípio de cuidar com a menor restrição possível. Em discussão com os enfermeiros de referência e dada a complexidade da temática, implementamos estratégias que seguissem a linha orientadora da DGS (2011) para que cada vez mais, seja menos vista como uma técnica de eleição.

Intervimos individualmente na validação da necessidade da utilização de dispositivos de imobilização física no cliente que tínhamos atribuído, instruindo-o na adoção de comportamentos seguros, através de uma abordagem clara e concisa. O alívio da pressão exercida pelo dispositivo, a vigilância dos sinais e sintomas de compromisso circulatório e avaliação da limitação causada pelo mesmo, representaram uma preocupação contínua ao longo da prática.

Reitero que, quando surgiu disponibilidade para uma presença contínua, o dispositivo de imobilização foi suprimido e intervimos na gestão do espaço envolvente de modo que proporcionasse um ambiente calmo e seguro com registo ou atualização da avaliação no plano de cuidados, para que se mantenha a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados de saúde, como preconizado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2015, p.6), “...após a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas existentes”.

Estas medidas adotadas revelaram-se importantes, na medida em que acrescentaram valor aos cuidados prestados, trouxeram sentimentos de compreensão por parte dos clientes e famílias, acrescentaram conforto aos clientes não descurando a sua segurança e o cumprimento do tratamento necessário e asseguraram o respeito pela dignidade e autonomia dos clientes.

A título de sugestão de melhoria dos cuidados nestas situações, além das intervenções acima descritas, pode ser acrescido, a exemplo, sensores de pressão

(indolores e impercetíveis) que possam ser aplicados no leito ou no cadeirão, para que emitem alerta quando aliviado uma margem do peso que inicialmente identificava o posicionamento do cliente. Atualmente não se encontram disponíveis nos serviços este tipo de equipamentos.

O processo de tomada de decisão é um instrumento basilar para a resolução de problemas, pelo que o seu estudo nas diversas esferas do conhecimento, resulta em diferentes modelos processuais em que a operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo, gera uma ação por meio de uma sucessão de etapas sistemáticas. Estas são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro e comportam quatro etapas fundamentais, nomeadamente, **avaliação inicial** – a qual compreende os objetivos a atingir bem como a identificação do problema – a **planificação** – que inclui a criação das opções de ação, a avaliação das mesmas e seleção da mais correta – a **execução** da tomada de decisão e, por fim, a **avaliação da decisão tomada**, para correção de aspetos necessários (Dias & Lopes, 2010; Macedo, Petronilho & Cainé, 2015).

Entre os vários modelos existentes para a tomada de decisão em enfermagem: “*Greipps’s Model of Ethical Decision Making*” de Mary Elizabeth Greipp (1992), baseado no respeito pelos princípios éticos inerentes aos cuidados de saúde – justiça, autonomia, beneficência, não-maleficência, responsabilidade; “*Deliberación*” ou modelo da deliberação, inspirado na obra de Aristóteles, visa a tomada de decisões prudentes e razoáveis (prudência como valor), no qual a deliberação é entendida como um processo que objetiva enriquecer a análise a fim de implementar a prudência. No entanto, atualmente é o Processo de Enfermagem e o modelo DECIDE (precedente ao modelo SPIRAL) (Thompson et al. 2004) que pelo seu fácil entendimento e grande aplicabilidade na prática, é o que além das vantagens inerentes, ultrapassam as suas limitações e fazem deste um valioso instrumento para a tomada de decisão ética.

Proposto por Thompson, Melia & Boyd (2004) este modelo, constituído por seis etapas, tem por objetivo a análise e reflexão crítica para uma tomada de decisão assertiva e adequada, por forma a facilitar o processo de tomada de decisão ética e comporta a definição do problema que exigiu análise, o apuramento e priorização dos princípios éticos, a consideração das opções e os meios disponíveis para as empregar, a investigação dos resultados com juízo das suas consequências, a decisão sobre a ação e a deliberação de um plano de ação singular e, por fim, a avaliação dos resultados e consequente monitorização do progresso.

É no cumprimento dos mais elementares princípios éticos que zelo pela priorização do princípio da beneficência em que, na impossibilidade do envolvimento do cliente e sem a possibilidade de inclusão da pessoa significativa por restrição de visitas imposta, é idealmente deliberado em equipa e tomada a decisão, com vista a diminuir os efeitos adversos.

Infelizmente e, perante as fases de mitigação da pandemia, com picos de afluência hospitalar de casos de IR Hipoxémica por COVID-19 a necessitar de cuidados emergentes, determinou um geral desequilíbrio entre a necessidade clínica e a disponibilidade de acesso a CI.

Este cenário, comparável a situações de exceção, dita a consciencialização da responsabilidade da tomada de decisão de admissão ou renúncia a CI. Esta decisão não foi circunscrita a critérios exclusivamente clínicos devido à existência de recursos de saúde limitados (físicos e materiais), pelo que foram definidos, além de critérios clínicos de inclusão para admissão em CI, a alocação de clientes mediante os recursos disponíveis, considerando a sua distribuição geográfica.

Esta alocação e defesa do princípio da proporcionalidade dos cuidados ficou patente quando o SRSPC em articulação com o SESARAM, EPE, no contexto de escassez de recursos do território continental, recebe três clientes transferidos por via aérea, garantindo assim uma linha de continuidade de CI, que embora se tratasse de um transporte de risco, estes clientes teriam probabilissimamente maior sucesso terapêutico na RAM, quer pela disponibilidade de recursos de saúde como de recursos humanos.

O transporte à PSC embora atente a um ato médico a responsabilidade técnica e legal da decisão, é transversal a qualquer âmbito profissional que a equipa que efetua o transporte, crie condições logísticas e humanas capazes de manter assegurado o princípio ético que se coloca na prestação de cuidados - o princípio da beneficência - onde se deve justificar o transporte, com todo o risco existente, com o fim de interferir de forma positiva no prognóstico do cliente (Graça et al, 2017).

2.2 Melhoria da qualidade

O Enfermeiro, enquanto elemento integrante nas equipas de saúde, colabora com a responsabilidade que lhe é inculcada, nas decisões que favoreçam à qualidade dos serviços por meio das intervenções autónomas, exclusivas da iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, consequentes da prescrição, planeamento e implementação do mesmo e, por meio das intervenções interdependentes que resultam de planos de ação antecipadamente

delineados pela equipa multidisciplinar, mas embora careça de prescrição formalizada de outro profissional é efetivada pelo enfermeiro (Estatuto da OE, 2015). Numa leitura transversal, intervir em enfermagem é pensar em executar ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados, com plena consciência que os atos praticados ou delegados pelo enfermeiro tenham o rigor científico necessário para assegurar a dignidade humana, saúde, bem-estar e respeito pela vida.

O conceito de qualidade foi abordado pela primeira vez por Florence Nightingale no século XIX, mas apenas veria uma definição consistente e com ampla aceitação no final dos anos 60, com Avery Donabedian, assente na tríade clássica: resultados, processos e estrutura (Fragata, 2011). A esta tríade foi associada posteriormente uma nova componente da qualidade, a segurança do cliente.

O Institute of Medicine (IOM, 2001) na publicação do relatório “Crossing the Quality Chasm”, documento essencial à mudança paradigmática da qualidade em saúde e da segurança do cliente, enumera como componentes fundamentais da qualidade em saúde: Segurança a fim de evitar danos colaterais; Acesso atempado com intuito de evitar delongas que possam ser deletérias, tanto para o cliente como para o prestador de cuidados; Eficácia pela prática baseada na evidência e orientada para ganhos em saúde; Eficiência no controlo dos gastos evitáveis; Equidade na perspetiva não discriminatória; Centrada no cliente e ajustada às suas necessidades humanas fundamentais.

A publicação do referido relatório do IOM (2001) representou um marco definidor na política de saúde em relação à segurança do cliente, na medida em que identificou e quantificou os custos associados aos erros e eventos adversos e gerou um impulso em torno da segurança do cliente, colocando a problemática como prioritária à investigação considerada um problema de saúde pública por ser um dos mais importantes desafios que os sistemas de saúde enfrentam (Emergency Care Research Institute, 2018).

Surgem, neste contexto, várias iniciativas de âmbito global e europeu de onde se salientam a “*World Alliance for Patient Safety*” (OMS, 2004) e a declaração de Luxemburgo “*Patient Safety – making it happen*” (European Commission DG Health and Consumer Protection, 2005), onde se assume a segurança do cliente como uma prioridade estratégica.

Estas normativas internacionais são modeladas para realidade portuguesa através da publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro) em que se considera a segurança dos clientes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde.

Atualmente, assiste-se à concetualização da qualidade como a triangulação da efetividade (eficácia e eficiência), a experiência e satisfação dos clientes e a segurança (Fragata, 2011). Devidamente balizado no enquadramento concetual referido, a OE, tanto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, como no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (OE, 2015), enaltece a importância da qualidade em saúde.

Becker et al. (2006) referem mesmo que apesar de cada cliente revestir-se de um conjunto individual de características, consistentemente associa-se ao cliente crítico a resiliência, vulnerabilidade, estabilidade, complexidade, disponibilidade de recursos, participação no cuidado, participação na tomada de decisão e previsibilidade.

A tomada de posição sobre a segurança do cliente, refere que no desenvolvimento das intervenções de enfermagem junto do cliente, exista um determinado nível de risco, sendo que este pode ser minimizado com recurso à comunicação, à relação interpessoal estabelecida e aos aspetos processuais e técnicos assente numa comunicação e discussão dos resultados no seio da equipa por ser fundamental que a equipa, de modo claro e objetivo, funcione em pleno sinergismo para mais uma vez atuar em prol da segurança dos cuidados.

Promover a cultura de segurança ao identificar, de modo proativo, os riscos relacionados com falhas de processos, equipamentos, sistemas e práticas de modo a reduzir o erro e responder atempada e adequadamente quando ele ocorre, consciente da importância de sistematizar o relato e a análise de incidentes, e assim melhorar a deteção de falhas. Ao ter consciência desta, cria, inclusive, a oportunidade maximizar a segurança do cliente e reduzir o risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde (OMS, 2019).

Tranquada (2013), constata até que a variabilidade no estilo, qualidade e quantidade da informação transmitida, com potenciais omissões, lacunas, erros, imprecisões e deficits de priorização podem ter consequências para a segurança do cliente.

Entender que as qualidades dos cuidados de saúde têm por base a multidisciplinaridade e, trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde é uma constante, procuro por isso continuar a produzir um discurso pessoal e fundamentado, colaborando, com responsabilidade própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação do cliente.

No meu entender, esta não é uma problemática acometida apenas nas unidades de CI, mas também transversal a um sem fim de serviços. Foi nesta base que, de modo estruturado, intervimos na minimização de dano ao difundir orientações e normas de boas práticas com a informação disponibilizada para capacitar as pessoas alvo de cuidado o melhor atendimento ou, a exemplo, quando referenciei o seguimento de tratamento aos cuidados primários de um cliente, quando no SU solicitei apoio da nutricionista para uma dieta personalizada de um cliente com diversas alterações analíticas e, até quando solicitei colaboração do EE de reabilitação para clientes no SMI que careciam, além da terapêutica inalatória prescrita, de cinesiterapia respiratória.

A qualidade e a segurança são parte de um continuum, enaltecendo-se a interdependência e complementaridade dos mesmos com outras classes profissionais com intuito da redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

O mínimo aceitável é direcionado para o conhecimento, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados, quer isto dizer, que deve-se tratar sem erros ou efeitos adversos desnecessários, embora com a consciência que o processo de prestação de cuidados tem inerente um certo grau de insegurança e admite-se a impossibilidade da eliminação total do erro em saúde (OMS, 2019).

Perante o exposto, considero que a complementaridade e a discussão de pressupostos terapêuticos acrescentariam ainda mais valor aos cuidados prestados. Assim, no decorrer dos estágios refleti e discuti com os colegas a pertinência deste tema, e a importância da implementação de ações que exigem a compreensão da intervenção na sua plenitude. Logo, nos locais de prática tutelada, quis aprender sobre as estratégias de qualidade e respetivos programas de acreditação, particularmente, a acreditação segundo parecer do modelo Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

O ACSA, por meio de critérios e padrões de desempenho complexos e abrangentes, integra na dimensão da qualidade o cliente como foco do sistema de saúde, a organização da atividade centrada neste, nos profissionais e nos processos de suporte até obtenção dos resultados, na perspetiva que a melhoria contínua da qualidade perseguia a excelência organizacional (DGS, 2014). Aqui é importante ressaltar que nos campos de estágio identifiquei realidades distintas, em que no SU o processo de qualificação estava em curso e, o SMI já era acreditado com o nível Bom. Em ambos os casos, desafios e exigências são uma constante e deve incutir uma consciencialização de responsabilidade em cada profissional para que, em qualquer que seja a fase de acreditação, o que

corretamente é feito deve ter um reforço positivo e áreas identificadas com lacunas devem ter espaço de manobra por meio de ações de melhoria com intuito de construir e assegurar um caminho até à excelência.

Acredito que prestar cuidados especializados exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades à PSC e entre equipas multidisciplinares o valor não se anula, mas completam-se.

Manter de uma forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento, pessoal e profissional, demonstrando ainda um nível aprofundado de conhecimentos, consciente da necessidade em aprofundar e cimentar determinadas áreas do conhecimento, a fim de afinar a responsabilidade por uma prática segura em que se intua determinadas situações, antes que elas se instalem, o que só se consegue com um domínio técnico e científico atualizado.

Constitui-se assim uma ligação estreita entre a investigação, a teoria e a prática, uma vez que se baseia no conhecimento teórico para uma aplicação posterior em contexto prático complexo. Estes pressupostos fazem-me entender que quanto maior a complexidade e compromisso clínico do cliente, mais extensas e complexas serão as suas necessidades que exigem um maior grau de proficiência nas intervenções.

Enquanto enfermeiro procuro, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo os deveres associados. Nas práticas clínicas, delimitei a atuação dos cuidados pelos conhecimentos e competências adquiridas, pautada por uma conduta ética, deontológica e profissional distinta, com foco na segurança do cliente. A exemplo, o TIH e, no sentido de redução do risco e na manutenção da qualidade, assegurei normas de boas práticas de cuidados, ao consultar os documentos e normas com orientações legais que servem de base a um transporte seguro de clientes.

Apesar de acarretar em si um leque de fatores que podem pôr em causa a segurança do cliente, não só pelo transporte em si, mas associado também à sua condição de vulnerabilidade aos eventos adversos (Ribeiro, Silva, & Ferreira, 2016), minimizei estes eventos com recurso a ferramentas que acrescenta segurança na padronização das ações, promoção do cuidado baseado na evidência atual, melhoria da comunicação, uso devido de equipamentos, minimização de erros e a mitigação da falta de fiabilidade da memória, como consta De Almeida et al. (2012).

Procurar a qualidade das práticas de enfermagem, é também estar comprometido com os projetos de melhoria continua da qualidade e, elencado pela orientação da OE (2019) em que estabelece a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - projetos,

indicadores e critérios, como área prioritária para a investigação em enfermagem. A implementação dos projetos com o mapa de formação em serviço e o empenho dos pares nas auditorias clínicas, são fatos imputados aos cuidados sensíveis de ganhos em saúde abarcados tanto no SU como SMI. Ao longo da prática clínica pude colaborar na realização de auditorias à técnica e momentos corretos da lavagem das mãos bem como no cumprimento dos critérios de evidência que compõem os feixes de intervenção para prevenção e controlo de infeção.

A procura permanente da excelência exige que esta atividade seja efetivada por intermédio da revisão de orientações sobre as boas práticas à PSC, e assim, o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados integrem todo um sistema de melhoria contínua preconizado por uma política que associa a minha experiência, do tutor, da equipa de trabalho e da inclusão das preferências do cliente e/ou da família.

Transversal aos serviços de prática tutelada, entendo que o domínio de competência do EEMC, ao conhecer e fazer cumprir com objetivos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021-2026), contribui para a uma cultura de segurança no qual o pilar da comunicação é intrínseca por a todo o “ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p.100).

Este pilar, traduzido à luz da prática tutelada, exige compreender que ao transferir a responsabilidade dos cuidados com as passagens de turno, transferências entre serviços ou momento de alta clínica, a comunicação na transição deve ser eficaz, conforme a norma da DGS (2017) em que a metodologia Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, vulgo ISBAR, deve pautar por uma comunicação precisa, isenta de lacunas e atempada a fim de minimizar danos para o cliente na sua continuidade de cuidados.

Por acreditar igualmente nesta metodologia e, claramente nos ganhos inerentes ao cliente, quis garantir que o meu discurso compreendia uma comunicação clara, concisa e compreendida pelo recetor, estruturada sob a mnemónica ISBAR, para que nos momentos vulneráveis ao erro o risco para o cliente fosse reduzido para o mínimo aceitável e assim, dar o meu contributo para uma enfermagem voltada para a excelência do cuidar ao induzir assertividade, valor e confiança na informação transmitida, imagem que pretendo transparecer da enfermagem no sistema de saúde. Esta aplicabilidade foi

concreta tanto na sala de emergência do SU ao momento de contato com a equipa de emergência pré-hospitalar, bem como na passagem de turno de clientes ao meu cuidado no SU, SMI e inclusive na transferência entre os demais serviços.

A verdade é que há momentos em que o contexto e as condições de que o sistema de saúde dispõe interfere na prestação de cuidados e condicionam a segurança e aqui, refiro-me essencialmente ao período pandémico. Se este contexto de exceção poderia facilmente implicar, ou quiçá justificar, um atendimento pejorativo, entenda-se que pelo contrário, evidencio o caminho percorrido pelos elementos que constituem as equipas de enfermagem que uniram esforços para manter a qualidade e segurança nas unidades de atendimento diferenciadas.

Se por um lado reconheço que a necessidade de, repentinamente, converter recursos ao dotar e adequar os profissionais em novas equipas são condicionantes dos ambientes seguros, por outro observei que, a monitorização e implementação de práticas seguras foram salvaguardadas no SESARAM, EPERAM, tanto pelo rápido desenvolvimento e implementação dos Planos de Contingência, como pela presença física de enfermeiros do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) nas unidades diferenciadas.

Obviamente que a valorização pela aposta na formação incute a responsabilidade, em mim e em cada profissional, para trabalhar sob o compromisso de crescimento que consolida a intervenção de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, que as intervenções implementadas cumpram o propósito do European Commission (2009), ao declarar que o cliente não deve ser exposto a um dano dispensável, real ou potencial, associado à prestação de cuidados de saúde e, assim estenda ao objetivo estratégico do PNSD 2021-2026, de modo a que previnam a ocorrência de quedas, de úlceras por pressão (UPP), a identificação inequívoca de clientes e a segurança da medicação.

Implementado desde 2007 no SESARAM, EPERAM pela Direção de Enfermagem, o programa de prevenção de quedas define que a escala de avaliação do risco de quedas (Morse), enquanto medida de avaliação de fatores de risco, deve ser avaliada tanto no momento da admissão do cliente como é exigível monitorização periódicas face a alterações do estado clínico ou após a ocorrência de quedas (SESARAM, EPERAM, 2021). Além de cumprir e partilhar desta orientação com os pares, medidas específicas de ação preventiva também foram uma constante, e incidiram sobre técnicas não farmacológicas com a orientação no tempo, espaço e pessoa com

pensamento distorcido da realidade e a mudanças no ambiente físico com grades de segurança elevadas e colocar a cama ao nível mais raso possível.

A par desta, a prevenção da ocorrência de UPP é mais uma medida, compreensivelmente, integrada no PNSD 2021-2026. O “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada” (CIPE®, 2019) ao maior sistema orgânico do corpo que serve de barreira entre órgãos internos e o ambiente externo, a pele, compromete o desempenho pleno da sua função: proteção contra bactérias e outros organismos, percepção sensorial, equilíbrio hídrico, regulação da temperatura, produção de vitaminas e atuação no sistema imune (Smeltzer & Bare, 2011).

Intervir na sua prevenção é aplicar medidas que visam aliviar o resultado da pressão aplicada pelo peso do corpo a fim de evitar a redução no fluxo sanguíneo arterial e capilar promotora de eventos isquémicos. A lesão tecidular advém da pressão exercida sobre a pele, superior à pressão capilar normal, 32 mmHg que quando superior a essa pressão externa, ocorre uma restrição de fluxo sanguíneo local e interfere na oxigenação e nutrição dos tecidos com consequente hipoxia que claramente delimita a qualidade do cliente e pode, em situações extremas, causar a morte (Halász et al., 2021).

As UPP desenvolvem-se maioritariamente sobre as proeminências ósseas, com maior incidência na região coccígea, calcâneos, cotovelos, maléolos, trocânteres e região occipital mas ao EEMC compete compreender que a sensibilidade, comprometida por causas neurológicas e pelo efeito de sedação, não permitem reconhecer o desconforto de estar na mesma posição por um período continuado, assim como, a circulação comprometida pela insuficiência cardíaca e ou vascular periférica também potenciam o risco de hipóxia dos tecidos.

Posto isto, fui capaz de identificar fatores que contribuem para o aparecimento de áreas de pressão e avaliar sinais de maior risco de desenvolvimento de UPP ao implementar e atualizar plano de cuidados preventivos, individualizado e que permitissem uma contínua monitorização para que o trabalho siga no sentido de manter a integridade cutânea do cliente ao diagnosticar o risco de UPP e garantir nas intervenções o preenchimento e validação de avaliação do risco de UPP (Escala de Braden) no tempo devido, bem como diminuir o tempo programado para o posicionamento do cliente mais suscetível. Também nos cuidados prestados à PSC sob ventilação mecânica invasiva (VMI), além de garantir o adequado material de fixação do tubo endotraqueal, ora por fio de nastro ou de adesivo, vigiei a integridade cutânea e aliviei a pressão exercida com

intuito de prevenir lesões labiais ou auriculares, cujas incidências associadas aos fixadores correspondem a aproximadamente 45% das UPP notificadas em CI (Kuniavsky et al., 2020).

Estas intervenções permitiram prevenir danos tecidulares (evitaram a formação de lesões por pressão, consequentemente preveniram processos inflamatórios decorrentes da contaminação pela flora bacteriana transitória e/ou pelo ambiente hospitalar) além do que promoveram conforto ao cliente, acrescentando qualidade aos cuidados por mim prestados.

No que concerne à segurança da medicação, além de entender que as medidas já adotadas, como a implementação no SU do sistema automático de dispensa de medicação, justificam a redução do erro com a medicação e auferir segurança ao enfermeiro pela escolha do fármaco correto, a minha intervenção focou-se em evitar e prevenir ações que resultem em dano, por meio de uma terapêutica medicamentosa segura e eficiente pela correta seleção e apreciação do fármaco, particularmente na correta identificação do mesmo e o prazo de validade em conformidade, ao validar com a minha tutoria a prescrição terapêutica, o reforço na atenção ao reconstituir/ diluir fármacos e com supervisão quando solicitado ou suscitava dúvidas. Garanti a identificação correta do cliente, a dose, via, frequência e hora de administração com a salvaguarda que administro exclusivamente o que preparo, até por fim, monitorizar os resultados da administração para que possa intervir em caso de algum evento adverso, fossem eles, e a exemplo, analgésicos, antipiréticos, antieméticos, antihipertensores, entre outros.

Atingir o domínio da competência da melhoria da qualidade é uma mais-valia enquanto EEMC face à crescente exigência de padrões de qualidade em saúde e a progressiva diversificação e aumento da complexidade das problemáticas em saúde. Compreendo melhor agora que a qualidade em saúde é um conceito dinâmico, em evolução constante em que a prestação de cuidados acessíveis e equitativos exigem um nível profissional focado na busca incessante pela excelência do cuidar, em que a enfermagem trabalha com foco na satisfação do cidadão, sempre no pressuposto de adequar os cuidados à individualidade do cliente e sua humanização.

Perante o descrito anteriormente, idealmente cada enfermeiro, deve entender a pertinência dos cuidados ótimos pelo que tem ao seu alcance elementos que o diferenciam na promoção da qualidade em saúde, além de que é indissociável da qualidade o impacto em ganhos clínicos e administrativos.

2.3 Gestão dos Cuidados

Os cuidados de enfermagem, avaliados pela aplicabilidade dos seus ganhos em saúde e dos recursos a que se socorre, englobam todo um planeamento, execução e avaliação (OE, 2002). Adequar esses mesmos recursos aos cuidados preconizados, integra a esfera do domínio de competência do EEMC em que, no decorrer de qualquer intervenção autónoma ou interdependente, exige uma resposta, humana e material, eficiente (OE, 2018).

Uma vez mais, espelhado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da OE, o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, refere que na procura permanente da excelência no exercício profissional, é o EE que assegura e garante a eficácia máxima na organização dos cuidados especializados, informação à qual o Regulamento n.º 76/2018 acrescenta que a componente efetiva de ganhos em saúde deriva do exercício de gestão, decisiva para certificar a qualidade e a segurança do desempenho profissional.

No momento do Estágio I, observo como é disposto os profissionais de enfermagem por posto de trabalho, e sempre vi garantida a presença de pelo menos um EEMC na Sala de Cuidados Especiais e outro na Sala de Observação, que quando ativada a Sala de Emergência é este elemento diferenciado que assume funções de coordenador, ou seja, assume a designação de elemento A.

Embora se procure cumprir com a orientação para que a cada turno no SU, 50% do efetivo seja EEMC na área da Enfermagem à PSC, com formação em SAV, as funções de coordenação do turno e do posto de triagem, embora assegurados por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Manchester (STM), nem sempre são atribuídas ao EEMC, contrariamente ao estipulado pelo Regulamento n.º 743/2019.

No entanto, serve-me de reflexão associar esta causa com a gestão particularmente complexa deste serviço, fundamentado pela volubilidade de acontecimentos que decorrem da evolução pandémica, em que os profissionais de enfermagem são em mesmo número à era pré-pandémica, em que além de integrar novas atividades e protocolos, o próprio espaço físico está em mudança e em crescimento.

Com a conceção de um espaço exterior de pré-triagem, a anexação de um contentor para quem aguarda internamento e carece de resultado de teste diagnóstico à SARS-CoV-2 e ainda, a construção de dois andares anexos em que no piso inferior contempla uma ala dedicada a clientes diagnosticados com a doença COVID-19 e, no andar técnico, os Cuidados Especiais da Urgência (CEU) é protelada a abertura deste

último espaço por parte do Enfermeiro-Chefe, ao compreender e justificar devidamente o quão a qualidade e segurança dos cuidados seria prejudicada pelo défice de enfermeiros que não asseguravam uma dotação segura.

A intervenção de liderança e governança pelo enfermeiro-gestor referir que a escassez de enfermeiros, ao abrigo da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019) coloca em perigo a acessibilidade, a qualidade dos cuidados de saúde e sabe que a concretização dos objetivos delineados pelas políticas de saúde são comprometidos e, assim, ao priorizar, desenvolver e criar condições que garantam uma cultura centrada na segurança, conduz a instituição para um nível em que os clientes, famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, conforme alancado pelo PNSD 2021-2026. O resultado das atividades e estratégias defendidas permite-me, adquirir ferramentas para melhor gerir os cuidados de enfermagem ao articular a liderança e a gestão de recursos, adaptada às situações e contextos, em prol da qualidade dos cuidados.

No curso do Estágio Clínico II e III, e ao acompanhar o chefe de equipa de enfermagem, que melhor oportunidade tive de aprendizagem e perceção no que concerne à importância da tomada de decisão por intermédio de decisões eficientes de problemáticas decursivas aos processos de cuidar com o fim de antecipar qualquer problemática de cariz humano e material como exponho seguidamente.

Inerente a uma possível carência de materiais ou equipamentos, é responsabilidade deste, e no qual foi-me permitido acompanhar, a diária validação de inventário e respetiva reposição de matérias de consumo, clínico e não-clínico. De facto, no SMI, o nível perfeccionista da organização de armazém, dividido por seções e prateleiras devidamente identificados por ordem alfanumérica, garante um acesso célere a matérias essenciais. Também a supervisão do manuseio de equipamentos e quando justificado, a requisição para manutenção do mesmo, garante uma equidade de qualidade ao beneficiário.

Além destas, a gestão de recursos humanos requer a distribuição diária dos enfermeiros com as devidas responsabilidades associadas, desde controlo de materiais de esterilização, manutenção do carro de emergência, contabilização dos estupefacientes, e ainda define qual é o EEMC que integra a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH), em conformidade com Regulamento n.º 743/2019.

A seu cargo está igualmente a responsabilidade de distribuir os elementos pelas três áreas distintas de CI (Unidade Central do SMI; SMI - CEU no SU; SMI na UIP dedicada à COVID-19) e, só um criterioso conhecimento da equipa que constitui o serviço, garante uma equipa equilibrada, capaz de assegurar que o nível de qualidade nos cuidados prestados mantém-se em elevados padrões de excelência (Costa et al., 2013).

Ao longo da prática clínica pude colaborar em atividades com o EEMC, chefe de equipa do SMI, que me possibilitaram treinar e desenvolver o raciocínio de tomada de decisão, indispensável à condição de EE, ao permitir que participasse na gestão que é realizada diariamente na planificação e distribuição dos cuidados de modo a potenciar as capacidades de todos os elementos que constituem a equipa de trabalho. Este acompanhamento fez-me entender o raciocínio inerente à distribuição de clientes por cada enfermeiro, consoante as competências e formações individuais acrescido do cuidado em atender às especificidades de cada um.

Desde a primeira divulgação pelo International Council of Nurses (ICN, 2006) e reforçado pela OE (2014), obter tais índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde é exigível uma dotação adequada de enfermeiros. A verdade é que, no corrente contexto pandémico, e de variabilidade de internamentos por COVID-19, no SMI de nível III como é este do HNM, o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem prevê uma distribuição de um enfermeiro para cada cliente.

No entanto, perante a perceção da limitação de recursos humanos de enfermagem, o Enfermeiro-Chefe do serviço, consciente do papel de liderança e governança que assume, reconhece que a possibilidade de ocorrência de maiores índices de transmissibilidade da infeção por SARS-Cov-2, implica uma escalada proporcional de admissão em CI, e por forma a responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde que o SMI oferece tanto em contexto pandémico como fora dele, procurou sempre sustentar a necessidade de integrar EEMC de outros serviços.

Este recrutamento e mobilização interna de EEMC no SESARAM, EPE, exigido e conseguido, serve o propósito de cumprir com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019), que na constituição diária das equipas de enfermagem de CI, 50% do efetivo seja EEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, regra cumprida e contemplada na constituição de cada turno.

Os cuidados diferenciados prestados no SMI, carece de avaliação da carga de trabalho inerente aos cuidados prestados em enfermagem. Inicialmente, avaliada pelo

Therapeutic Intervention Scoring System – 28, conhecida pela sigla TISS - 28, esta demonstrou limitar-se a apenas 43.3% do todo das atividades executada essencialmente por não contemplar a realidade horária que cada cliente exigia e por não ser sensível às intervenções autónomas de enfermagem (Queijo & Padilha, 2009). A exigência por uma escala ajustada à realidade dos préstimos de enfermagem, culminou na transição para a Nursing Activities Score, vulgarmente conhecida por NAS. Atualmente implementada e avaliada diariamente no SMI, é sinónimo de 80,8% das intervenções realizadas pois a sua base é o tempo real de duração na execução (Lucchini et al., 2018).

Foi neste contexto que passei a conhecer a NAS e a aplicá-la diariamente durante a minha prática em CI. Ciente da crescente importância da aplicação desta escala na prática, reitero que jamais o retorno de investimento garantido para o cliente, preconizado no Regulamento nº 533/2014 (OE, 2014), deve ser colocado em causa, pelo que não se pode ler na transversal que aumentar aos rácios de enfermagem é diretamente proporcional ao aumento de gasto em despesa: cumprir e priorizar dotações seguras é sinónimo de cumprir com o princípio da defesa de segurança a todo o cliente.

A liderança, por tudo isto, é vista como uma simetria à qualidade do atendimento e, a exigência de adequar a equipa por cada turno, visa atingir o melhor desempenho face a um menor malefício. Compreendo agora que articular a gestão de cuidados no seu todo implica criar um ambiente organizacional que beneficia a execução das tarefas diárias previstas e, sobretudo as imprevistas, numa resposta garantidamente tida como segura na priorização dos cuidados conforme assumido pela Australian College of Nursing (2015).

2.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A reflexão acerca das vivências, alicerces do produto que é a identidade profissional, são fulcrais ao crescimento e desenvolvimento profissional assente em aprendizagens contínuas.

Do processo formativo consta a valorização das experiências e, para Pereira de Melo & Freitas (2006), são quatro os pilares basilares para a discência e produção de saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em comum e aprender a ser. É nesse modo de pensar que deve assentar a procura pelo desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A construção da aprendizagem na enfermagem preconiza três estadios, em que o primeiro faz menção ao conhecimento teórico necessário para a prática, seguido do conhecimento proveniente da prática, sabido por *know-how*, e por último envolve o

comportamento segundo a ética, com o estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão (Benner et al., 2009).

A construção de um percurso de autoconhecimento e autoformação, faz reconhecer os meus recursos e limites, pessoais e profissionais, pelo que o desenvolvimento das aprendizagens também se estrutura a partir de uma linha pedagógica, sustentado pelos cursos que frequentei em 2015, o Advanced Trauma Life Support e, em 2017, o Suporte Imediato de Vida.

Todo o percurso implica assim mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades para que a competência, inferida pelo desempenho, seja mais do que a diretamente observada por meio do comportamento. A aquisição e consolidação de ferramentas e competências tornam-se deste modo promotoras de autoaprendizagem, conceitos corroborados pela Resolução nº 2018/C189/01 que explica que o EEMC, além de ser detentor dos conhecimentos, detém a capacidade de empregar o conhecimento, aptidões e capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em contextos profissionais para o desenvolvimento profissional e/ou pessoal.

A continuidade de necessidade de aprendizagem possibilitada pelo MEMC, permitiu-me uma prática reflexiva sobre as competências adquiridas que, a par do desenvolvimento de competências surge da capacidade de autoconhecimento, prática central da enfermagem, reconhece que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (Deodato, 2010; OE, 2019f). A verdade é que por meio da reflexão e discussão sobre o planeamento e intervenções adotadas ao longo da prática tutelada, permitiu intervir com base na evidência científica atual, consciente das limitações inerentes ao contexto pandémico atual. Por isto, além de intervir na base protocolar e das normas existentes, impera compreender a aplicação dos mesmos para o desfecho de um completo processo de aprendizagem.

É no contato com os contextos da prática de enfermagem e na integração das equipas que me possibilita, conjuntamente, a descoberta de estratégias ou abordagens válidas e fundamentadas na prestação de cuidados à PSC. De facto, a capacidade de resposta e de adaptabilidade, exigida a nível individual e organizacional, permite que com respeito mútuo, consegui estabelecer uma sólida base de confiança tanto nas equipas de enfermagem integradas como na equipa multidisciplinar, sem descorar, com humildade, a discussão e partilha de conhecimentos.

Particularmente neste período de exceção, em que o cuidado à PSC diagnosticada com COVID-19 que ao momento da prática tutelada ainda se veste de

incertezas pelo risco de infeção a que estamos expostos, partilho e exponho a discussão sobre a evidência científica que suporta a pesquisa do presente relatório, de modo a ser agente promotor de apoio à aprendizagem para que em conjunto se reflita no que pode melhorar e atualizar na prática clínica, de modo que baseado na evidência científica, mantenha a segurança dos intervenientes. De facto, a necessidade de investigação sem precedentes acerca da COVID-19 incide na procura de respostas que previnam, reabilitem e tratem a doença por modo a que a evidência científica sustente a tomada de decisão no que concerne aos cuidados de enfermagem prestados às pessoas e famílias (Froh et al., 2021).

A excelência e qualidade dos cuidados prestados no contexto pandémico, exige por parte do EE, adaptação aos condicionalismos sem descurar a uniformização de procedimentos por meios de protocolos atualizados de modo a minimizar a ocorrência de erro humano e a corrigir as inconformidades, para que os procedimentos realizados proporcionem a maior segurança à pessoa alvo dos cuidados.

De facto, ao longo da prática tutelada tive a oportunidade de consultar e colocar em prática procedimentos protocolizados atualizados ao contexto pandémico, nomeadamente, os EPI adequados à abordagem da pessoa diagnosticada com SARS-CoV-2 bem como dos indicadores de escalada de oxigenoterapia perante uma PSC com IR Hipoxémica por COVID-19. Nesta base de atuação, além de identificação, procurei colaborar e implementar medidas interventivas impulsionado pela pesquisa em base de dados científicas e reflexão junto dos enfermeiros de referência e transmiti a informação e incentivei a discussão sobre a sua aplicabilidade e implicações na prática diária num processo reconhecido de melhoria da qualidade de cuidados.

A capacidade de planeamento e de execução de pesquisas avançadas adquiridas ao longo do curso de MEMC refletem-se na análise das intervenções e as estratégias definidas para o domínio das competências ao longo dos capítulos que integram o presente relatório. Refletir nas palavras de Gomes e Oliveira (2010), implica associar a intervenção holística do cuidar com elevado nível de qualidade, exige a mobilização de um amplo espectro de conhecimentos, aferido no saber agir responsável e reconhecido pelos pares. Por isto, não serve melhor exemplo de aprendizagem profissional que, reconhecidos pelos pares, tanto pela destreza nas intervenções, no desenvolvimento de habilidades e competências como na aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, figura o convite, aceite, em integrar a equipa de enfermagem do SMI do HNM.

3. DOMINIO DE COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EE 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, como descrito no artigo 3.º da Secção II do Capítulo I do Regulamento n.º 140/2019 da OE publicado em Diário da República (2019).

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

Iniciar esta temática requer entender que a PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” como consta do Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018, p.19362).

Esta complexidade exigente e desafiante, é entendida e interpretada desde as origens da enfermagem, pois quem era sinalizado por crítico já requeria a distribuição por espaços que possibilitassem aos enfermeiros um contato mais direto, uma avaliação mais frequente, e uma rápida intervenção se assim o justificasse. Esta base de cuidados de enfermagem na resposta às necessidades de saúde segue em conta com o Regulamento n.º 429/2018 que toda a intervenção é executada no sentido de manter funções básicas de vida ao prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista à recuperação de bem-estar físico, mental, espiritual e social do cliente, sem descorar o rigor e individualidade que cada individuo requer, em plena consciência que este é a soma da parte de um todo, que complementado pelo ICN (2019), é parte integrante de um ambiente que inclui a família.

Abordar esta índole de exigência no SU, é sustentar a afirmação de Pai e Lautert (2008, p.3) quando referem que “as ações de cuidado são dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina”, em que existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida, algo que é traduzido por Martins e Sapeta

(2012) quando se referem que os SU tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de resposta a urgências e emergências médicas por meio de equipas multidisciplinares e multiprofissionais.

Perante a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica conjuntamente com a mobilização de conhecimentos e habilidades do EEMC para dar resposta num tempo adequado e de forma holística (OE, 2018).

A PSC, em simbiose com um ambiente clínico e fisiológico em constante mudança, requer monitorização hemodinâmica, revelando-se a mesma o elemento-chave no cuidado da PSC na medida em que, não sendo curativa, proporciona um auxílio inquestionável para um diagnóstico e para um tratamento adequado (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) & Ordem dos Médicos (OM), 2008).

A capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula. Pequenas alterações induzem grandes instabilidades e consequente agravamento do seu estado, pelo que conhecer a situação em que o cliente se encontra torna-se essencial para o sucesso das nossas intervenções.

Ante o exposto, entende-se que perante alguém instável, cuja sobrevivência está diretamente dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, a identificação, antecipação e atuação do EEMC sobre os focos de instabilidade é fulcral a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, na assistência da PSC e crise familiar consequente da situação crítica e, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família e a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente, os protocolos de administração de noradrenalina, monitorização da glicemia e administração de insulina, nutrição entérica, testes de morte cerebral, monitorização do potássio sérico, heparinização de soros e cateteres, administração de hemoderivados, entre outros.

Lidar especificamente com as respostas humanas aos problemas ameaçadores da vida, implica que os enfermeiros que prestam cuidados à PSC assegurem que os clientes e as suas famílias recebem cuidados ótimos numa altura das suas vidas em que se encontram particularmente frágeis, pelo que requerem avaliações contínuas e complexas, numa grande intensidade de intervenções e vigilância ininterrupta (Castellan et al., 2015).

Perante o exposto, a identificação atempada de situações emergentes e o correto encaminhamento no designado “tempo de ouro”, pode ser assegurado pelo método de STM. Contemplado desde 2005 na instituição, este certifica, por meio de fluxogramas de atuação, apoio à decisão clínica para que situações emergentes tenham sempre prioridade de intervenção em comparação com os menos graves (Despacho n.º 19124/2005). Esta sistematização de procedimentos e responsabilidades patente numa abordagem estruturada, precoce e célere, é decorrente da existência e empregabilidade das Vias Verdes (VV) em suspeitas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), síndrome coronário agudo grave, trauma ou sépsis (Grupo Português de Triage [GPT], 2011).

Em qualquer destes momentos é ativada a sala de emergência, sítio ao qual convergem os profissionais de saúde do SU, previamente destacados, e que após colhida a informação pela metodologia ISBAR, a avaliação primária e estabilização da vítima é seguido pela metodologia ABCDE. A capacidade de liderança na equipa foi assumida pelo EEMC, e assegurou que todos os elementos se complementam no sentido de certificar que após monitorizado o cliente, seguia-se a avaliação secundária no sentido cefalocaudal, e se garantiu a permeabilidade de acessos venosos que permitem a colheita de análises laboratoriais e a administração de terapêutica, com enfoque na importância da avaliação dos resultados e nos registos de enfermagem.

Ainda em sentido complementar desta abordagem, analisei os antecedentes clínicos, fatores de risco e quais os exames complementares de diagnóstico mais pertinentes, fossem radiografias ou tomografia computadorizada (TC), no sentido da continuidade de cuidados, a fim de ser possível uma metodologia de comparação e monitorização da evolução clínica, ao ser mais um adjuvante na identificação de possíveis focos de instabilidade, fulcral para priorizar cuidados.

Toda esta complexidade subjacente à PSC exige que seja o profissional de enfermagem com melhor formação a acompanhar o TIH. Tão verdade que é, que a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica, recomenda a valorização da formação dos enfermeiros em EEMC, para que os cuidados beneficiem os clientes (OE, 2017).

Saber que a maioria dos incidentes relacionados com o transporte são passíveis de ser evitados com um planeamento adequado da equipa selecionada, cuja responsabilidade só termina após a entrega do cliente no serviço de destino ou, no caso de deslocação para realização de exames complementares ou atos terapêuticos, aquando do regresso à unidade de origem, tendo responsabilidades repartidas por igual de entre os elementos da equipa que o transporta.

É o EEMC, enquanto elemento da equipa de transporte, capaz de mobilizar um conjunto de competências necessárias, que presta cuidados diferenciados à PSC de modo a garantir a sua segurança. Com isto, é possível compreender que participar no TIH à PSC é participar na construção da tomada de decisão em equipa e conduz esse processo se necessário; reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco ao promover a adoção de medidas apropriadas com recurso às suas competências especializadas; tem uma conduta preventiva, antecipatória; promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas; colabora na definição dos recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática; tem uma base sólida de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.

Os cuidados pressupõem uma intervenção precisa e eficaz, através do conhecimento da sua situação clínica, da capacidade para reconhecer alterações na mesma e de responder às alterações, sob intervenção adequada e em tempo útil de modo a prevenir e evitar complicações cumprindo escrupulosamente o princípio básico de que para que haja uma transferência entre serviços, é necessário que o cliente se encontre estável para a realização do transporte (OM & SPCI, 2008).

Acompanhei e participei na agilização do processo de transporte à PSC no TIH no Ensino Clínico – I, desde a sala de emergência ao serviço de imagiologia, no Estágio Clínico - II, ter acompanhado o TIH à PSC desde o SMI igualmente ao serviço de imagiologia e até à Unidade de Medicina Hiperbárica, e no Estágio de Opção III – SMI da UIP, acompanhei a PSC infetada por SARS-CoV-2 até ao serviço de imagiologia, transportes que permitiu atuar de forma segura e refletir acerca do grau de importância das fases que compõe o transporte, nomeadamente, a decisão, planeamento e efetivação.

A decisão garante que realizar a transferência do cliente alavanca os benefícios esperados em detrimento do potencial de risco, quer seja ele clínico ou de deslocação, e executá-lo é sinónimo de antecipar intervenções, nomeadamente, garanti o equipamento adequado às necessidades do cliente a transportar e acautelei possíveis complicações ao validar acessos permeáveis e preveni complicações decorrentes do tempo do transporte, como a salvaguarda de oxigenoterapia com capacidade previsível para todo o tempo de transporte e reserva adicional de 30 minutos, fármacos de ressuscitação e terapêutica

suplementar de modo que o transporte seja sempre seguro e não traga riscos nem malefícios ao cliente. Após a decisão, e quando possível, informava previamente o cliente ou o familiar/representante legal do transporte, bem como a razão pela qual é concretizado.

Proceder à realização de um transporte à PSC, pressupõe um planeamento nas quais são exigidas etapas que asseguram que seja o mais segura possível e com o mesmo nível de monitorização da unidade de origem. Nesta segunda fase, planeamento após a tomada de decisão, efetuei um contato telefónico onde confirmei com o serviço recetor o conhecimento da ida do cliente e do horário mais adequado para a transferência, disponibilidade dos meios necessários para a execução de exames complementares, informei detalhadamente o estado clínico do cliente, e fiz menção, no caso da pessoa infetada por SARS-CoV-2, do risco de contaminação, por gotículas e partículas, de modo a garantir que o serviço de imagiologia preparasse as condições mais adequadas para a receção do cliente e, assegurei também a presença de assistente operacional, com o devido EPI, a fim de garantir a desinfeção do espaço físico que inclui trajeto e a sala de exames.

A última fase deste processo, efetivação, corresponde à transferência do cliente e compreende uma ação breve, em que garanti que o processo clínico era transferido para consulta dos registos clínicos e de enfermagem, validei com a tutora as notas de transferência e assegurei que o processo físico do cliente e respetivos exames complementares de diagnóstico e resultados laboratoriais o acompanhavam.

Embora não tenha acontecido, em caso de imprevistos, sejam eles atrasos ou cancelamento do transporte, deve ser efetuado um novo contato a informar o sucedido em que no caso de atraso informar a hora previsível de chegada e, no caso de cancelamento, o serviço de destino deve ser notificado, conforme emanado pela OM & SPCI (2008).

Em todo o TIH à PSC vi assegurado o acompanhamento por uma equipa composta por dois profissionais clínicos com prática, treino, experiência e habilidades necessárias para tomar decisões, avaliar e apoiar um cliente altamente complexo, ativo ou potencial, que sabem atuar perante a falha no sistema de órgãos vitais e /ou, no mínimo, evitar mais deterioração da vida do cliente durante o transporte, exatamente como preconizado pela Association of Critical Care Transport (ACCT, 2016).

Mediante a necessidade de transportar o cliente, abordei sempre com a tutora a identificação dos riscos afetos ao transporte, salvaguardada a logística prevista e assegurados todos os circuitos necessários a prevenir a contaminação cruzada e os aspetos técnicos salvaguardados a fim de reduzir atrasos e minimizar eventuais intercorrências.

Independentemente da não realização do transporte pré-hospitalar, nos que realizei a nível intra-hospitalar, foquei minha intervenção na base da segurança, fulcral à redução de riscos de danos para o mínimo aceitável. Interligar os conhecimentos teóricos com a complexidade da prática, permite-me aferir com certeza de que foi bem-sucedido todo o TIH, e a implementação rigorosa de conhecimentos, garantiu e garantir-me-á um TIH seguro. De facto, ao consultar o registo do número de transportes efetuado no SMI no ano de 2020, observa-se uma taxa de 0.68% de intercorrências, traduzidos por um evento adverso num total de 147 transportes registados.

Como abordado, e salvaguardado pelo artigo 105º (Lei n.º 156/2015), o dever de informação foi outro dos artigos que tive sempre na memória ao longo do estágio, uma vez que a PSC e seus familiares solicitam frequentemente informações atualizadas sobre o estado do seu familiar.

A todo o cliente consciente e orientado forneci informação relativamente aos cuidados prestados e à sua situação clínica, por forma a respeitar a sua autonomia, liberdade e dignidade. Sempre que possível foi feita parceria com o cliente na resolução de problemas diagnosticados, que muitas vezes passa por uma mera explicação que conduz ao objetivo de os capacitar e dotá-los de conhecimentos e perspetivas, para suportarem a sua tomada de decisão (Nunes, 2017), tal como quando na antecipação de IR Hipoxémica, e da instabilidade hemodinâmica que advém, tinha o cuidado de assegurar que o cliente, consciente e sem drogas que alterassem a perceção da realidade, soubesse da importância de assegurar um suporte ventilatório invasivo no sentido de reverter o quadro clínico instaurado.

De facto, a humanização dos cuidados nunca pode ser algo descurado, e há um momento em que no SMI da UIP-COVID-19, questiono a um cliente em particular se pretende escrever uma mensagem ou contactar algum familiar de referência enquanto preparo material e medicação para o procedimento de entubação orotraqueal (EOT) que ele havia consentido.

Este momento que proporciono ao cliente é baseado no facto de antever um caso complexo derivado tanto pelos seus antecedentes clínicos, como pela análise do grau de agravamento analisado por observação direta como a polipneia ($Fr \sim 40\text{cpm}$) tal como por meio de avaliação de exame complementar com deterioração da razão entre a pressão parcial de oxigénio (O_2) arterial e a fração inspirada de O_2 (PaO_2/FiO_2) $< 100\text{mmHg}$ da qual a $FiO_2 > 50\%$, característica associada a um maior risco de mortalidade em clientes diagnosticados com COVID-19 (Lu et al., 2020). Mais que a videochamada, este gesto

infelizmente traduziu o último que teve para com a esposa e o filho, mas guardo em mim o quão sei que foi gratificante para todos os intervenientes.

Agravado pelo imperativo pandémico que impossibilita o acesso do familiar de referência até junto deste, requer a sensibilidade da procura sistemática em apresentar soluções exige que a intimidade dos clientes seja preservada e protegida. O facto de ter promovido a realização de vídeo chamadas entre clientes e familiares, preferencialmente com equipamentos dos clientes ou em alternativa um do serviço , não descurei que o espaço físico adjacente seja ajustado com separação física adicional com a garantia que apagava o registo da chamada de modo a manter salvaguardada a privacidade e dignidade familiar nestes processos de crise familiar atual. Reconheço que manter a confidencialidade nem sempre é fácil, mas quando sou eu quem contactava telefonicamente o familiar e cedia a informação, a atenção ao ambiente circundante era tido em conta e procurava forma isolada e resguardada ou ajustando o tom de voz a fim de garantir a máxima confidencialidade.

A clientes com diálogo comprometido ou que se encontravam desorientados, a conduta não foi alterada no sentido de garantir o seu bem-estar, estabilização, conforto, dignidade e privacidade conforme salvaguardado no Estatuto da OE (2015). A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, indispensável para a manutenção da dignidade pelo que é transversal a todos os profissionais de saúde que a preocupação com a proteção da privacidade do cliente nos cuidados está bem patente (Sousa et al., 2019).

Perante o exposto, ao longo da minha prática tutelada, pautei pelas medidas que implementei ao ajustar o tom de voz de modo que a informação fosse apenas entendida pela pessoa alvo dos meus cuidados e não fosse contemplada por outros clientes. Estas intervenções foram implementadas no sentido de garantir que não coloquei em causa a confidencialidade da informação, além de que salvaguardei a transmissão de informação escrita, oral (nas passagens de turno) e junto do cliente, com o devido sigilo. A título de exemplo, as informações obtidas através do registo informatizado e no recurso a aplicativos informáticos era tratada e transmitida se pertinente, no entanto procurei minimizar sempre a página do ambiente de trabalho para garantir que cumpria o propósito.

No que concerne também à informação escrita, importa salientar que o registo informatizado é transversal a todos os serviços do SESARAM, EPERAM e, tem de ser tido como uma fonte de proteção da informação por serem sinónimos de eficácia,

produtividade, confidencialidade, segurança e facilidade de acesso, traduzido em ganhos em saúde por beneficiarem de um acesso remoto, imediato e simultâneo entre os profissionais de saúde (Vieira, 2018).

Contemplado também neste registo informatizado, dispomos do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre (CIEL), essencial ao respeito pelo direito de decisão do cliente decidir sobre a sua saúde, salvaguardado ao longo da prática tutelada que perante uma PSC incapaz de decidir por consequência da alteração do estado de consciência ou por não ter manifestado previamente o seu CIEL, a intervenção perante uma situação emergente e/ou falência orgânica prosseguiu considerando a exceção do momento por meio de um consentimento presumido (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Ao longo da minha prática tive sempre especial atenção à consulta do CIEL nos clientes que cuidei, porém nenhum destes havia redigido tal documento.

Perante uma situação crítica, compreendo que alterações emocionais não são apenas sentidas pelos clientes, mas também os familiares manifestam sentimentos como angústia, tristeza, medo, desmotivação e ansiedade. Embora na presente realidade a presença de familiares esteja restrita, nem por isso foi descartado o apoio, atenção e o direito à informação atualizada. Nestes casos revê-se no EEMC um elemento promotor das relações, inferindo e mediando o processo de reaproximação cliente-família.

A gestão de todo este processo de crise e ansiedade, depende muito do nível de preparação e comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, o cliente e os familiares/pessoas significativas. É importante ajudar ambos a estabelecerem defesas e estratégias de *coping* para poderem enfrentar positivamente uma doença grave e ameaçadora da vida, pelo que foi o que procurei fazer ao longo do estabelecimento da relação terapêutica durante a prática. De acordo com o Regulamento n.º 361/2015, o EE deverá implementar técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica à PSC através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa, bem como realizar a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica.

O recurso aos serviços de saúde é sempre um momento que fragiliza, tanto o cliente como seus familiares que tendem a sentir-se ansiosos e com medo do diagnóstico clínico, por que, maioritariamente, entendem a imprevisibilidade da doença, principalmente sob uma PSC o que nem sempre contempla uma prognóstico favorável, como passível de evoluir para a morte (Sousa, Almeida & Simões, 2011).

Cuidar dos familiares é também visto como uma necessidade de intervenção (Martins et al., 2012), como tal, sabemos que as notícias nem sempre são de boa índole, porém, esconder um facto não o menoriza ou suprime como que por magia.

Os sintomas de ordem psicológica e social são também alvo de atenção, ou seja, existe uma atenção em entender os motivos que levam a família a fazer chegar o cliente ao SU. Clarificar os objetivos dos cuidados nesta fase da vida, ter acesso a documentos como o CIEL, entender o nível de *coping* familiar e providenciar apoio espiritual ou social, são aspetos fundamentais integrados na minha intervenção, tanto ao referenciar situações sensíveis à intervenção do EE em saúde mental, ao garantir a presença do pároco quando solicitado ou num caso específico, ao identificar um caso social em que o cliente do género masculino, de 78 anos, dá entrada no SU com cuidados de higiene precários, encontrava-se desnutrido e habitava sozinho e que claramente necessitava de ser referenciado para apoio social. Por isto, é pertinente comunicar com o cliente e seus familiares e esta não é uma responsabilidade de um só profissional que deteta o problema, mas sim de toda a equipa, no sentido de atuar em conjunto e em prol do maior benefício para o cliente e sua família.

A comunicação de más notícias na visão de Pereira (2005) é uma situação geradora de perturbações, quer na pessoa que recebe a notícia, quer em quem a transmite, pelo que uma comunicação deste tipo é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do cliente e/ou família, mas também pela dificuldade em gerir a situação.

Como enriquecimento formal, surgiu a oportunidade de, com conhecimento da tutora e após validação desta, comunicar a transmissão de uma má notícia por meio de estratégias desenvolvidas do protocolo SPIKES, uma mnemónica definido por Buckman e comporta seis fases sequenciais (SPIKES: **S**etting: Preparar a entrevista; **P**erception: Avaliar a perceção sobre a doença; **I**nvitation: Convidar para o diálogo; **K**nowledge: Transmitir conhecimento/informação; **E**mpathy: Permitir a expressão de emoções; **S**trategy: Estabelecer estratégias e sumário de informações (Buckman, 2005).

Recorrer a esta estrutura delineada torna a comunicação mais eficaz por estar assente em uma transmissão clara e aberta, sem perder o raciocínio do pensamento reflexivo sobre o fenómeno. A clareza na linguagem utilizada assume a responsabilidade de garantir que outras fontes de suporte sejam desenvolvidas e utilizadas estratégia para que seja selecionado previamente o local onde é fornecida a informação, que permita identificar as pessoas de referência que precisam de estar presente e que existem

oportunidades formais e informais de reflexão e apoio com intuito de atenuar o impacto da notícia (Fontes et al., 2017).

Esta comunicação surge no âmbito de um cliente em fase terminal, transferido do SO para o isolamento do SU na perspetiva de acolher e comunicar à cuidadora informal da do desfecho do familiar que o acompanhava desde há anos. Saber do quão esta pessoa prescindiu para cuidar de outra, permitiu que, sob a orientação deste modelo, fosse capaz de sentir a segurança adicional que proporciona e o quão minora a ansiedade no momento de transmitir as más notícias, resultante certamente num melhor apoio. Se é verdade que o contexto do SU nem sempre pauta pelo ideal à transmissão de más notícias, também é verdade que pequenas atitudes demarcam a diferença, entre o exemplo de assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento 124/2011).

Pela atualidade de exceção vivida, é revogada a Lei n. º15/2014 de 21 de março em que refere que todos os clientes têm direito a um acompanhante no SU. Felizmente, entendemos e refletimos que momentos de exceção requerem excecionais medidas humanizadas pelo que permitimos a este familiar, que se encontrava a vivenciar de modo intenso e emocional este momento pudesse estar presente junto do seu ente, após responder a um inquérito epidemiológico (preconizado pela instituição) por mim aplicado, em que excluí contatos de risco e viagens ao exterior da RAM, monitorizei a temperatura corporal, descartei sinais de dificuldade respiratória e forneci máscara de proteção respiratória filtrante descartável (FFP), a fim de diminuir o potencial risco de transmissão entre outros clientes ou profissionais de saúde.

É de todo crucial e imperativo entender que a avaliação e a intervenção na PSC criam desafios complexos, e os cuidados prestados são organizados e bem fundamentados, mas é com a inclusão da família que se presta cuidados diferenciados com a garantia de qualidade e humanização. E se a profissão de enfermagem tem como princípio a relação com os outros, é por demais evidente, que os atos primordiais se centrem no cuidar (Chambel, 2012).

Cuidar é, segundo Vieira (2010), intervir na dualidade entre salvar uma vida e respeitar os seus valores individuais através do respeito pela dignidade, reconhecimento dos valores e da promoção dos direitos da pessoa e pressupõe, para Silva (2012), que a essência da enfermagem resida na capacidade de estar presente e inteiramente para o outro, numa relação de proximidade e ajuda, caracterizada pela abertura, compreensão e confiança para prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, sã 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.

Entendo quando Sá, Botelho & Henriques (2015) referem que a doença não atinge apenas a própria pessoa que a experiencia, mas também a família ou as pessoas de referência que a acompanha e, numa situação crítica, como a presente, que represente uma séria ameaça à vida, esta pode induzir a alterações emocionais e comportamentais como choque, ansiedade, stress, recusa, raiva e isolamento (Almeida, 2005) às quais Chambel (2012) acrescenta que em casos de vivência de uma situação crítica, a família experiencia uma angústia profunda e necessita, ela própria, do conforto de alguém que a escute e apoie.

O facto de ter impulsionado a presença de familiares no SU é o assumir do papel fundamental defendido na literatura por Almeida (2005), Phaneuf, (2005), e Potter & Perry, (2006) para que, na realidade do SU, tenhamos uma prática centrada não apenas no cliente, mas também na família que evitamos que se sinta negligenciada (Batista et al., 2017), e isto, não pode ser abnegado e deve servir de reflexão para que, no momento pandémico, não se abduquem destes princípios. Assim, o EEMC, na prática profissional, atua em função da excelência do exercício e assume o dever de adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da PSC, igualmente destacado pela OE (2015). A prática competente neste domínio é tão fulcral quanto a tecnicidade e agilidade dos procedimentos imposto por ações complexas.

É certo que ser confrontado com um SU afeta, negativamente ou positivamente, tanto o cliente como os seus acompanhantes (Ferreira, Gomes & Martins, 2016). No entanto, nestes casos, a equipa de enfermagem deve ser capaz de avaliar e intervir nas necessidades dos clientes, e também da família acompanhante, no sentido de diminuir o impacto causado pela transição saúde-doença.

Ferreira, Gomes & Martins (2016) destacam resultados positivos face aos benefícios, tanto para os enfermeiros como para os acompanhantes, quando estes últimos são integrados no SU, assim como, identifica fatores que justificam por que na prática essa inclusão nem sempre é realizada. No entanto, práticas como a escuta ativa, disponibilidade, simpatia, acolhimento e acompanhamento, prontidão de informação e comunicação assertiva contribuem para promover vivências positivas por parte do familiar.

A PSC entende a presença da família como um apoio no sentido de o ajudar a desenvolver capacidades para enfrentar a situação, diminuindo o stress provocado pelo estado de vulnerabilidade e crise que enfrenta, assim como permite-lhes uma sensação de controlo e conforto psicológico (Chambel, 2012).

Neste seguimento há que ter em conta a pertinência do primeiro contacto entre o enfermeiro e o familiar, dado que, e, para Carvalhido (2014), não se pode afirmar de forma absoluta que a família constitui em todas as ocasiões um fator de proteção, podendo esta ser, igualmente, um fator de adversidade no que toca aos processos de saúde e doença dos seus membros. Diagnosticar problemas disfuncionais, crises internas ou até famílias sem estratégias de coping definidas para adversidades revelam-se fatores prejudiciais para a evolução terapêutica da PSC.

A vivência de situações que alteram a rotina quotidiana das pessoas, nomeadamente o seu contínuo saúde-doença podem transtornar o seu equilíbrio ou precipitar uma eventual descompensação. Esta interpretação, aludida por Meleis (2010), acredita que as pessoas sofrem múltiplas transições ao mesmo tempo, sendo a transição saúde doença especialmente importante neste contexto.

A pessoa atravessa um estadio de aparente saúde para uma situação onde o seu controlo sobre a situação está extremamente limitado e, denota-se um aumento da sensibilidade e vulnerabilidade diretamente impulsionados pela doença e pelo ambiente que o circunda. Para o cliente, a experiência de entrar neste tipo de serviços gera sentimentos de perda (do controle sobre a situação, da sua autoimagem), sentimentos de ameaça (da sua integridade, da sua autoestima) e sentimentos de temor (da morte ou de limitação do autocuidado) pelo que é importante a interação com o cliente, explicando-lhe onde se encontra e o porquê de todos os procedimentos a que está sujeito, para que sinta tranquilidade e confiança por meio de uma relação empática que vai além da competência técnica exigível.

Numa outra situação em que na procura por identificar a rede de suporte familiar de um cliente sob O2 por alto fluxo (OAF) internado no SMI da UIP dedicada à COVID-19 com intuito de inteirar a família do estado de saúde deste e, de promover apoio emocional de modo a lidar com a separação física, descobro que na UIP - COVID-19, anexa ao nosso SMI, encontrava-se internada a sua esposa.

Após abordar a proximidade familiar com a esposa e de que o mais sentia falta era da companhia da mulher, foram tidas diligências para que a esposa, após consentir o

interesse em visitar o marido, foi possível garantir o acompanhamento ao longo do internamento num momento raro, até ao momento, de aproximação física e emocional.

Estes processos de prevenir a solidão e integrar o familiar no internamento dedicado à COVID-19 torna perceptível, in loco, de uma mudança no estado anímico e até numa aceitação diagnóstica e numa adesão terapêutica mais eficaz.

Todas as intervenções realizadas, ora por meio de ferramentas tecnológicas, ora presencialmente num momento de exceção, procuraram apoiar o funcionamento psicossocial do indivíduo e de sua família, com intuito de promover o máximo de conforto e diminuir o sofrimento emocional.

Em suma, cuidar da PSC e/ou falência orgânica exige conhecimentos, habilidades e um nível de observação, antecipação, definição de prioridades e destreza manual, traduzido por atitudes dignas de um profissional de saúde em quem as pessoas confiem, que é capaz de agir de forma imediata, segura e eficaz e não descarta a inclusão da família no processo terapêutico.

Combinar todas as habilidades do pensamento crítico e adequar os cuidados de enfermagem a partir de um método ativo de resolução de problemas, dinâmico e cíclico, é fazer referência ao que é o processo de enfermagem (PE) (Doenges & Moorhouse, 2010).

Phaneuf (2011) define o PE como um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada. Por conseguinte, um processo estruturado, que se divide em várias etapas sequenciais, como a avaliação inicial com recurso à observação e a colheita de dados, foco de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Apesar das iniciativas globais de saúde pública focadas na prevenção, contenção e mitigação da propagação e gravidade da pandemia (Vessey & Betz, 2020), é importante interligar o PE com o aumento súbito e crescente da demanda por atendimento em diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Esta abordagem requer dos enfermeiros competências de raciocínio clínico e tomada de decisão baseados em modelos estruturados.

Neste cenário, o PE reafirma-se como forte instrumento para a identificação das necessidades de cuidados, planeamento e implementação de intervenções que colaborem para uma evolução favorável ao longo do internamento no cuidar à pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19.

O PE é tido como um guia sistemático que norteia o raciocínio diagnóstico e terapêutico do enfermeiro, além de orientar a documentação da prática profissional. Os elementos da prática profissional que compõem o PE: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, podem ser documentados por meio da linguagem padronizada veiculada por Sistemas de Classificação em Enfermagem, em particular, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Garcia et al., 2020). A sua aplicabilidade foram uma constante pois permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática atual em que evidencio os cuidados de enfermagem especializado à PSC e diferenciados à Pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19.

É importante ressaltar que os diagnósticos por mim referenciados não são prescritivos e muito menos esgotam a possibilidade de respostas ou de adaptação, pelo que parte essencial da prática colaborativa implica responsabilidades acrescidas, entre as quais o planeamento de intervenções cujas medidas são preventivas e minimizadores de dano para a pessoa com COVID-19.

Concretizar o Estágio Clínico de Opção no SMI da UIP dedicada à COVID-19 proporcionou-me a identificação de focos de atenção e instabilidade, formular diagnósticos de enfermagem e intervenções a um nível de cuidado diferenciado exigem a reavaliação e ajuste das respostas aos problemas identificados. Por não ter anteriormente conhecimentos suficientes para os integrar na minha prática, a aquisição de novos conhecimentos levou-me à reflexão sobre uma série de intervenções que inicialmente não tinha definido como alvo por que nem para elas estava desperto.

A própria progressão da pandemia regista sinais e sintomas que se apresentam em um espectro clínico representativo de diferentes níveis de gravidade, por isso, o quadro clínico da COVID-19 é classificado em: leve, moderado, grave e crítico (Huang et al., 2020). A pessoa com sintomatologia moderada a grave, com risco individual de progressão da doença associado, sugere-se internamento, no entanto, a maior representação de casos que não requer internamento inclui sintomas leves a moderados, descritos como sendo mais de 80% dos casos diagnosticados de COVID-19 (Arashiro et al., 2020).

Ao abordar a IR tipo I, importa identificar que a infeção por COVID-19 manifesta uma variabilidade de sinais e sintomas de espectros leve e moderado, em que é comum a manifestação de uma variabilidade de sinais clínicos associado ao sistema respiratório, mas também alterações do sistema gastrointestinal, cardiovascular, hematológico e neurológico. Entre os diversos sinais e sintomas lidos em literatura e

observado in loco na abordagem inicial fruto da anterior experiência identifico na abordagem inicial sintomas como: dor generalizada, cefaleias, tosse seca, expetoração, anorexia, hiposmia, rinorreia, diarreia e astenia (Lechien et al., 2020).

Ainda segundo Lechien et al. (2020), casos moderados e graves com correlação com comorbidades, acrescentado aos sintomas anteriormente descritos, devemos incluir a dispneia, hipertermia e hipoxemia. A presença de sinais que refletem o compromisso da função respiratória, como dispneia e hipoxemia, têm sido relacionadas com uma célere deterioração clínica (Kumar et al., 2020b).

- Esta degradação associada à Síndrome de Doença Respiratória Aguda, habitualmente designada com recurso ao acrónimo inglês, ARDS, é, segundo Ranieri et al. (2012),

uma síndrome heterogénea cuja incidência e mortalidade são elevadas e, é diagnosticada quando alguém com infeção confirmada de COVID-19 encontra os critérios de diagnóstico: agravamento dos sintomas respiratórios com sete dias de evolução, espaço aéreo bilateral observado em radiografia de tórax ou por TC, que não é totalmente explicado por colapso lobar, pulmonar ou nódulos hipoxemia aguda. A IR Hipoxémica por COVID-19 inicialmente desenvolve sinais clínicos em consequência da destruição da membrana alvéolo-capilar, com hipoxemia refratária a altas concentrações de O₂, infiltrados bilaterais difusos, sem aumento da pressão de capilar pulmonar, caracterizando assim a ARDS.

A função do sistema respiratório consiste resumidamente na mobilização de dois gases, O₂ e dióxido de carbono (CO₂) e, é prejudicada de modo gradual à medida que a SARS-CoV-2 lesiona o parênquima pulmonar, efetuado por gerar vasodilatação, permeabilidade endotelial, recrutamento leucocitário e consolidação extensa (Huang et al., 2020).

Apesar das variáveis que exigem diagnósticos diferenciados, Herisiyanto, Sulistyadi, Ramli & Abdullah (2020), resumem os mesmos a nove diagnósticos de enfermagem como emergentes na resposta a possíveis sintomatologias da doença: Risco de Infeção ¹⁰⁰¹⁵¹³³; Função do sistema respiratório comprometida ¹⁰⁰²³³⁶²; Trocas gasosas comprometidas ¹⁰⁰⁰¹¹⁷⁷; Limpeza da via aérea comprometida ¹⁰⁰⁰¹⁰⁵¹; Respiração Comprometida ¹⁰⁰⁰¹³¹⁶; Intolerância à Atividade ¹⁰⁰⁰⁰⁴³¹; Hipertermia ¹⁰⁰⁰⁰⁷⁵⁷; Diarreia ¹⁰⁰⁰⁰⁶³⁰; Desconforto ¹⁰⁰²³⁰⁶⁶.

Na minha prática tutelada do cuidar da PSC diagnosticada com IR Hipoxémica por COVID-19 permite-me uma reflexão dos mesmos e, ao basear-me no browser da

CIPE® (2019), resumo esses mesmo nove diagnósticos a seis, justificado pelo facto do diagnóstico “Função do sistema respiratório comprometida ¹⁰⁰²³³⁶²” ser mais abrangente, no sentido de, além de incorporar as Trocas gasosas comprometidas ¹⁰⁰⁰¹¹⁷⁷, Limpeza da via aérea comprometida ¹⁰⁰⁰¹⁰⁵¹ e Respiração Comprometida ¹⁰⁰⁰¹³¹⁶, integra também diagnósticos fundamentais no seu cuidar como a Tosse ¹⁰⁰⁴⁷¹⁴³ e a Hiperventilação ¹⁰⁰⁴⁷²²¹.

Variadas sequelas sistêmicas estão presentes no cliente e a exigência de intervenções e procedimentos invasivos, inevitavelmente, o deixam mais exposto a patógenos presentes no antro hospitalar, o que reporta à inferência da importância do diagnóstico de Risco de Infecção.

Na minha avaliação, a necessidade de intervir na minimização de danos foi imperativa na área de contingência, tanto que, a minha intervenção elencou-se na prevenção da infecção cruzada ao garantir o isolamento de contato e inibição de qualquer recurso a aerossóis, restrição de visitas, troca do segundo par de luvas entre clientes e uso de proteção individual descartável sobre o fato integral de proteção na prestação de cuidados individualizados e, na prevenção do risco de infecção associado a dispositivos médicos invasivos ao assegurar técnica asséptica na introdução e, à posterior, no manuseio dos mesmos, como de resto será explanado no ponto devido.

A função do sistema respiratório comprometida exigiu uma reflexão após consulta e exploração dos termos na CIPE®, ao compreender que este conceito surge como o “termo Pai” e abrange várias áreas de preocupação do enfermeiro, ou seja, dá origem a vários outros “termos Filhos” que considero importantes e estão intimamente relacionados com primeiro.

Todos estes diagnósticos desde Trocas gasosas comprometidas ¹⁰⁰⁰¹¹⁷⁷, Limpeza da via aérea comprometida ¹⁰⁰⁰¹⁰⁵¹, Respiração Comprometida ¹⁰⁰⁰¹³¹⁶, Tosse ¹⁰⁰⁴⁷¹⁴³ e a Hiperventilação ¹⁰⁰⁴⁷²²¹ são essenciais no sentido de reverter a causa negativa específica à PSC por IR Hipoxémica, no entanto, dado que o suporte ventilatório está assegurado por meio artificial (VMI) importa olhar sob outros focos inerentes à ventilação e estreitamente relacionados com esta, nomeadamente, as trocas gasosas, a limpeza da via aérea e a avaliação da tosse.

Nesta linha de pensamento, dentro do processo do sistema respiratório, importa-me garantir uma eficaz limpeza da via aérea de modo a manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório” (CIPE®, 2019).

Sabe-se que as trocas gasosas são influenciadas pela situação hemodinâmica e pelos diferentes mecanismos fisiopatológicos que incidem sob a troca alveolar de O₂ e CO₂, ambos funcionam no equilíbrio na perfusão ventilatória associado a efeitos sobre a respiração, cor da pele e nível de energia (CIPE®, 2019).

A intolerância à atividade remete o cliente para a falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades (CIPE®, 2019), ora esta incapacidade, temporária, quando não há outra patologia incapacitante associada, interfere diretamente na capacidade de mobilização, fulcral na prevenção de lesões cutâneas, pelo que adequar o posicionamento e o intervalo de tempo entre eles, necessário para que alivie e redistribua a pressão exercida sobre a pele a fim de evitar o reduzido fluxo sanguíneo na área de contato.

Estas intervenções, além de beneficiarem o maior sistema orgânico do corpo, a pele, também é eficaz sobre a função cardiopulmonar por prevenir e reverter atelectasias e promover a eliminação das secreções das vias aéreas (Morton, Dos Santos & Coote, 2007), pelo que, perante casos de instabilidade hemodinâmica, e por tender a desenvolver mais fatores que afetam a tolerância a mudanças de decúbito, é fator determinante para ser adotado preferencialmente o decúbito dorsal em patologia “não COVID”.

Morton, Dos Santos & Coote (2007) relatam que áreas distintas do pulmão diferem na ventilação e, a posição corporal interfere na ventilação devido a anatomia do pulmão e da gravidade ocasionada pelo decúbito, assim, a circulação pulmonar sofre grande influência da gravidade conforme a posição do cliente. Na posição ortostática a gravidade e o peso dos pulmões criam diferenças na pressão intrapleural do ápice até a base, para melhor distribuição de O₂ nas bases. Na posição dorsal, lateral e ventral a distribuição revela-se mais uniforme (Schell & Puntillo, 2005).

Para a sua prevenção é exigível uma avaliação criteriosa, pois considerar que alterar o plano gravitacional, o sistema cardiovascular tende a ajustar-se ao modificar o tônus vascular pelo que, sujeitar o cliente a posicionamentos desmedidos pode derivar em complicações pulmonares e maior instabilidade hemodinâmica.

Garantir a normotermia é igualmente importante fator para a manutenção da homeostasia corporal à PSC ao tender o organismo para manter um estado de equilíbrio fisiológico. Contudo, é dependente de vários fatores internos e externos, tais como o O₂ disponível no ar ambiente, a temperatura corporal, a respiração e os processos digestivos. Atender a alterações de temperatura pode relevar-se como um sintoma de uma infeção e ser um indicador de mais um foco de instabilidade hemodinâmica se não intervir

devidamente na procura do foco infeccioso ou na administração de terapêutica. Outras vezes impõe-se a gestão do protocolo de temperatura controlado para um valor alvo, prescrito, com o intuito de diminuir o metabolismo cerebral, redução de edema cerebral ou da pressão intracraniana.

Apesar do predomínio de sintomas do foro respiratório, a COVID-19 também está associada a sintomas gastrointestinais, do mais comum a diarreia, como resultado de um decurso clínico de evolução desfavorável (Kumar et al., 2020a; Schmulson et al., 2020; Kopel et al., 2020), traduzido num aumento de clientes com necessidade de CI, até mesmo a maior prevalência de mortalidade, justificado por Musa (2020), pela replicação viral no trato gastrointestinal que é complacente com a forma mais grave da doença. Assim, a diarreia é um diagnóstico de enfermagem considerado como emergente na resposta a possíveis sintomatologias da doença.

Definida pela OMS (2005) esta trata-se da evacuação de fezes líquidas, de pelo menos três vezes, num período de 24 horas, associada a pelo menos um sintoma de distúrbio gastrointestinal. Associado à diarreia, outro sintoma tem sido identificados tais como, dor abdominal, vômitos e presença de sangue e/ou muco nas fezes e, outros sintomas adicionais como diminuição da produção de urina, fadiga, tonturas e fraquezas indiciam a uma desidratação moderada.

Foco de atenção do EEMC, é importante identificar precocemente a desidratação moderada, para que, resultante da perda de água e eletrólitos continua esta não derive em diarreia severa que ao não ser tratada, pode desencadear um comprometimento da função renal, consequente falência de órgãos e, em última instância, levar à morte (Diemert, 2006; Sell & Dolan, 2018). Apesar do mecanismo fisiopatológico subjacente às manifestações gastrointestinais impelidas pelo SARS-CoV-2 não se encontrar plenamente esclarecido, sabe-se que a contaminação viral das células ocorre pela interação entre a proteína Spike do vírus com o recetor da enzima conversora da angiotensina II e a serinoprotease TMPRSS2, presentes nas células do sistema respiratório e também no trato gastrointestinal.

A COVID-19 é uma doença clínica causada pelo SARS-CoV-2, vírus de genoma de RNA simples, de sentido positivo, pertencente à família dos coronavírus. Das estirpes que circulam continuamente na população humana causam mais frequentemente infeções respiratórias de baixa gravidade, constipação comum, e raramente pneumonias virais (OMS, 2020).

Diagnosticar a doença no contexto hospitalar é, uma ação de enfermagem conseguida por intermédio de exame laboratorial denominado polymerase chain reaction in real-time (Rt- PCR). Tido como um teste de elevada especificidade, quanto maior carga viral (mais frequente no decurso da doença) maior probabilidade de ter um teste positivo. No entanto, em clientes com suspeita de COVID-19 e uma Rt-PCR inicial negativa a repetição (conversão ao longo de dias) da Rt-PCR deve ser realizada e estudo revelam uma taxa de 23% de casos, o que aponta para uma sensibilidade inferior a 80% (SPCI, 2020). Nestes casos, e sempre que possível, deve ser efetuada uma TC- torácica que mostre evidência de doença prévia à Rt-PCR, por que frequentemente a presença de choque séptico está diretamente relacionada com diagnósticos de coinfeção por outros agentes microbiológicos, sejam eles bacteriológicos ou fúngicos (Bouadma et al., 2020).

Com um amplo espectro de gravidade clínica, a hipoxemia arterial pronunciada, mas sem sinais proporcionais de desconforto respiratório ou de dispneia é um fenómeno referido como hipoxemia silenciosa ou 'feliz' (Xi et al, 2020). Tobin, Laghi & Jubran (2020), relatam casos de hipoxemia feliz com PaO₂ variável de 36 a 45 mmHg na ausência do aumento da ventilação alveolar (pressão parcial de CO₂ no sangue arterial (PaCO₂) variado entre 34 e 41 mmHg).

A gravidade da hipoxemia está independentemente associada a mortalidade intra-hospitalar e pode ser um importante preditor que o cliente corre o risco de necessitar de internamento em CI, uma vez que o reconhecimento correto da hipoxemia tem grande impacto no prognóstico e decisões de tratamento (Siddiqi & Mehra, 2020).

A saturação de O₂ em sangue arterial (SpO₂) medida pela oximetria de pulso, é frequentemente usada para detetar hipoxemia. No entanto, devido à alcalose respiratória induzida (diminuição valores da PaCO₂), e à taquipneia impelida pela hipoxemia, a saturação de O₂ aumenta para um determinado grau de PaO₂, efeito que explica por que a SpO₂ pode ser bem preservada em detrimento de uma PaO₂ profundamente baixa como variadas vezes detetada, tal como descrito por Ottestad e Sovik (2020).

A hipoxemia silenciosa é equiparável à hipoxemia de grandes altitudes, na qual a hipocapnia altera significativamente a curva de dissociação O₂-hemoglobina e melhora a saturação de O₂ no sangue (Ostergaard & Gassmann, 2016). A equação do gás alveolar também prevê que a hiperventilação e a sua descida, resultante na pressão parcial alveolar de CO₂, leve a um aumento na pressão parcial alveolar de O₂ e, conseqüente aumento da SpO₂ (Dhont et al., 2020).

Posto isto e, percebido o mecanismo de afeta a função respiratória, a intervenção na PSC por IR Hipoxémica, segue em linha com recomendação da SPCI (2020) em que a terapêutica inicial em caso suspeito ou confirmado com pneumonia grave recebam oxigenoterapia, iniciada com cânulas nasais a 4 litros por minuto (L/min) e titulada para $SpO_2 \geq 92\%$, sem uso de humidificação. A OMS (2020) reforça que não é necessária humidificação para fluxos de $O_2 < 4$ L/min, e que o uso de humidificadores com fluxo de $O_2 \geq 5$ L/min produz aerossóis com risco de transmissão de microrganismos e isso foi cumprido ao longo da prática tutelada. A necessidade de aporte de O_2 na apresentação inicial do COVID-19 raramente é choque séptico e a causa de morte mais frequente é por IR Hipoxémica agravada pela fluidoterapia, daí a recomendação de integrar uma estratégia de fluidos conservadora (Yang et al, 2020).

Perante uma PSC com diagnóstico de COVID-19 que apresente IR Hipoxémica persistente, incapaz de manter saturações de O_2 dentro do alvo definido pela OMS (2020) com $SpO_2 > 90\%$ se hemodinamicamente estável, $SpO_2 > 94\%$ se instabilidade hemodinâmica com ou sem IR associada e $SpO_2 \sim 92-95\%$ em grávidas, a administração de O_2 administrado por cânulas nasais ou máscara facial de alto débito, conjuntamente com sinais de polipneia ($FR > 35$ cpm), são sintomas que recomenda a aplicação de ventilação por pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), que embora ajustada individualmente, a maioria dos clientes requer pressões de 10 a 12 cmH₂O. O CPAP faculta maior quantidade média de oxigenação das vias aéreas e consequente maior recrutamento alveolar pelo que fornece maior vantagem entre a ventilação mecânica não invasiva (VNI), comparativamente com a pressão positiva nas vias aéreas de dois níveis, vulgarmente conhecido por BiPAP, tal como descrito por Dudaryk & Blanco (2020).

Ao longo do estágio clínico na área dedicada à COVID-19 observei casos particulares de pressões mais elevadas ou excessivas. Por saber que isso aumenta exponencialmente o risco de pneumotórax hipertensivo, mantive monitorização de sinais clínicos sugestivos, nomeadamente, sinais de dificuldade respiratória traduzido por assimetria ou abolição pulmonar, distensão das veias jugulares, adejo nasal, tiragem respiratória associados a hipoxemia, instabilidade hemodinâmica e alterações do estado de consciência.

A intolerância dos clientes com a inadaptação à interface permite que a OAF deva ser implementada com recurso a cânula nasal de largo diâmetro com o O_2 oferecido devidamente humidificado e aquecido em sistema fechado. Se inicialmente gerava controversa devido ao seu potencial de dispersão de partículas, esta técnica mostrou-se

segura e com uma dispersão de bio-aerossol não significativamente diferente das cânulas nasais (Li et al., 2020).

Não é de todo incomum que haja uma evolução desfavorável apesar de implementadas as medidas de VNI anteriores, a passo que quem mantenha saturações de O₂ a mínimos de 88%, associado o risco de hipercapnia (avaliado pelo controlo gasométrico), monitorizado no mínimo a cada quatro horas. Nestes casos reportados, o suporte respiratório escalou para a VMI em que idealmente, a técnica de intubação endotraqueal, executada com os Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) recomendados tinham lugar na sala de pressão negativa, ou, no caso da VMI a um cliente em PCR numa enfermaria partilhada, foi possível intervir num ambiente mais seguro exequível ao confinar este cliente em coorte.

Além deste cenário de assegurar a via aérea, a tomada de decisão de recurso a VMI deve ser tida o mais célere possível, independentemente do fenótipo da pneumonia por COVID-19, quando os sinais de desconforto respiratório estão associados a hipoxemia severa.

No fenótipo tipo 1, com o cliente entubado, a hipoxemia deve ser direcionada para melhorar a incompatibilidade ventilação/perfusão por volumes correntes dentre 7-8 ml/kg de peso corporal ideal, para evitar atelectasias de reabsorção, níveis limitados de PEEP (8- 10cmH₂O) e frequência respiratória fisiológica < 20 respirações por minuto (Gattinoni et al., 2020).

À medida que a nocividade pulmonar progride, surge o fenótipo tipo 2, similar a um padrão semelhante de uma típica ARDS (bilateral infiltrados, diminuição da complacência do sistema respiratório e aumento do peso pulmonar). A abordagem padrão de ventilação protetora pulmonar faz-se pelo ajuste de parâmetros com baixos volumes correntes (seis ml/kg de peso corporal ideal), níveis de PEEP (<10centímetros de água [cmH₂O]), níveis de FiO₂ tolerados a fim de evitar má perfusão tecidual e pressões de plateau <30cmH₂O, associados a uma hipercapnia permissiva (Pan et al., 2020).

Nos casos em que a hipoxemia é refratária e o uso concomitante de terapias alternativas falha, o uso de manobras extracorpóreas torna-se apropriado. Assim, a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), considerada uma terapia de resgate a ser utilizada na ARDS mais grave, segue as diretrizes provisórias da OMS (2020) para o tratamento de clientes com COVID-19 na ressalva que dados sobre o recurso ao ECMO na atual pandemia disponíveis são de curto seguimento (Jacobs et al., 2020).

Em 2018, Combes et al., referem no seu estudo que o benefício da ECMO na ARDS permanece controverso na medida que não tem um impacto significativo na mortalidade. Diante desses resultados controversos e em meio a uma pandemia mundial causada pelo COVID-19, o Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) emitiu uma diretriz de consenso para o uso de ECMO. O ELSO enfatiza que a experiência da equipa multidisciplinar do próprio meio hospitalar é o fator mais importantes para determinar o uso de técnicas extracorpóreas em clientes com COVID-19. No respeitante à priorização, foi seguida a diretriz de consenso recomendada na empregabilidade de PSC com comorbidades menores ou sem comorbidades, pelo que clientes com idade avançada e múltiplas comorbidades foram excluídos desta técnica.

Embora não tenha as horas de contato necessárias a manusear a ECMO, participei juntamente com a tutora na interpretação e mecanismo da técnica. Isto permitiu-me entender que por estar associado a um risco elevado de complicações trombóticas e hemorrágicas, metas de anticoagulação mais elevadas do que os habituais são prescritas, baseado nos dados que temos acesso, de que uma alta percentagem de clientes com COVID-19 desenvolveu complicações trombóticas com risco de vida associado, defendido pelas autopsias realizadas em que foram diagnosticadas trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, causa secundária à principal resposta inflamatória sistêmica juntamente com disfunção endotelial (Wichmann et al, 2020).

Apesar de ser uma técnica facilitadora que objetiva uma ventilação protetora, com diminuição da pressão de plateau e da frequência respiratória em clientes com COVID-19 e ARDS refratária, vi ser empregue esta técnica a clientes com relação $PaO_2/FiO_2 > 150$ mmHg, mas com sinais de tecido necrótico por hipercapnia, a ECMO. Em qualquer dos casos e, até ao término da prática tutelada, nenhum caso esta relatado de sobrevivência na RAM.

A minha prática clínica, sustentada pela pesquisa disponível, antes de se proceder a qualquer intubação endotraqueal, foi considerado um teste de resposta a OAF perante clientes com hipoxemia moderadamente grave, com relativo sucesso, embora não tenha dados objetivos que o sustentem. Certo é que quando a EOT é imprescindível à segurança do cliente, há a ter em conta uma base protetora pulmonar que passa pelo uso de baixo volume corrente (6 a 7 mL/kg por peso corporal previsto) com pressão de plateau nas vias aéreas inferior a 30 cmH₂O e aumento da frequência respiratória para 35 respirações por minuto.

Se não houver melhora na oxigenação ou estivermos perante um quadro contínuo de hipotensão ou presença de barotrauma, as manobras de recrutamento devem ser descontinuadas e, na possibilidade de dessincronização com a ventilação pelo recurso a elevadas PEEP, acompanhada de aumento das pressões de plateau nas vias aéreas e hipoxemia refratária, então deve-se interpretar com a necessidade de aumentar a sedação para RASS de -5, seguida da administração de bloqueio neuromuscular.

A intervenção na abordagem clínica da PSC com IR Hipoxémica por COVID-19 por meio da consulta de fluxogramas, refere já esquemas detalhados de intervenção de suporte ventilatório não invasivo, OAF e de VMI pelo que a sua consulta e divulgação traduz-se num potencial ganho em saúde. No entanto, e embora sirva de guia orientador, ressalvo que a hipoxemia por si só não constitui indicação para intubação se a mecânica pulmonar estiver preservada, antes pelo contrário, esforços respiratórios prolongados, espontâneos ou assistidos com VNI, enquanto o estado mental se deteriora e se desenvolve acidose respiratória, são prejudiciais.

Todos os esforços devem ser direcionados para identificar quem apresente desconforto respiratório significativo que necessite de VMI pois o atraso nessas intervenções pode estar associado a piores *outcomes*.

A inserção de um balão esofágico para medir as pressões transpulmonares para definir uma PEEP foi considerada e aplicado o procedimento pela equipa médica num cliente obeso, embora, um estudo de 2019 dite que a clientes com ARDS não haja benefício desse procedimento (Beitler et al., 2019), o mesmo foi concluído após a intervenção, sem alteração dos parâmetros ventilatórios e sem se repetir o procedimento em outras ocasiões.

Além de todo o *modus operandis*, não se descartou a importância do posicionamento em decúbito ventral ou posição *prone* (PP), pelo que este foi instituído a par de todas as medidas de intervenção para auxiliar na melhoria da oxigenação e troca gasosa, conseguido ao distribuir melhor o volume corrente e auxiliar na drenagem postural de secreções (Dardeir et al., 2020; Pan et al., 2020). No entanto, quando executei esta intervenção em equipa multidisciplinar, entendi o quão é uma intervenção complexa e a exigência pelo grau de compreensão e interpretação do risco/benefício.

Aplicar esta técnica espera-se um alívio da hipoxemia grave conseguido por meio da redução das áreas pulmonares hiperinsufladas, ao promover o recrutamento alveolar por diminuir a incompatibilidade ventilação/perfusão, em relação aos riscos ressalvo um caso em que o cliente estava munido de diversos dispositivos médicos

invasivos, nomeadamente, TOT, Dreno torácico, Hemodiálise VenoVenosa Contínua, Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial e Cateter Vesical (CV), bem como salvaguardei que as contra-indicações emitidas pela OMS (2020) não se impunham, nomeadamente: Síndrome compartimental abdominal; Queimadura (>20% da área corpórea); TVP com tratamento nos últimos dois dias; Fratura instável da pelve, fêmur e coluna; Implante cardíaco nas últimas 48 horas; Trauma da face; Hipertensão intracraniana; Ascite volumosa; Hemoptise maciça; Feridas abertas na região abdominal.

Antecipar a instabilidade deste cliente neste procedimento, fez-me questionar da gestão mais criteriosa de fármacos e assim foi executado com recurso a drogas sedativas e analgésicas, além de bloqueadores neuromusculares para facilitar a proteção pulmonar e, assim obter máxima eficácia conseguida por se cruzar alvéolos com capilares oxigenados, bem como antecipei a necessidade de suporte vasopressor (noradrenalina) e preparei para início de infusão antes do início do procedimento pelo potencial risco de hipotensão pós EOT.

Essas intervenções, embora terapêuticas e necessárias, levam ao acúmulo de secreções no trato respiratório, dependência total para higiene/alimentação/mobilização com consequente aumento do risco de desenvolver feridas de pele e córnea, pelo que a intervenção passou por aliviar as zonas de contato, hidratar a mucosa ocular no sentido de prevenir a úlcera da córnea, manter um sistema de cateter de sucção com manutenção da ventilação em circuito fechado, permeável, que salvaguarde ao mínimo a mobilização de gotículas e adequar o suporte nutricional à condição do cliente.

A evidência científica consultada como forma de estruturar a aprendizagem foi importante e, procurei oportunidades de consultar sempre o plano de cuidados dos clientes internados em estrita colaboração com os enfermeiros responsáveis.

A oportunidade de discutir a individualização do plano de cuidados e, refletir sobre a adequação dos focos e das intervenções, autónomas e interdependentes, permite-me aferir que, na área de contingência de CI, o plano teria necessidade de estar mais individualizado, mas com um rácio enfermeiro/utente comprometido, contrariamente à base definida pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (SECI) que classifica os SMI em três níveis de cuidados, validada pela DGS, que assume que para o cálculo da dotação de enfermeiros deve atender-se aos rácios expressos para nível III, que por definição são unidades designadas por SMI ou unidades de CI, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica e compostas por equipas multidisciplinares dedicadas em assistência contínua, 24 horas por dia, isto traduz-se na capacidade de

assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os clientes num rácio enfermeiro/cliente de um para um (OE, 2014).

Perante o exposto, é de considerar que fator secundário a esta situação advém do facto de existir um conjunto de atitudes, focos e diagnósticos tipificados com intervenções pré-definidas em que se identificam focos e associam intervenções sem evidência de problema real o que constituí um tema de reflexão com a maioria dos enfermeiros que acompanhei, compreensível ainda assim pelo contexto claramente desfasado e com equipas emocionalmente e psicologicamente exaustas.

De entre as atividades planeadas tive necessidade de realizar outras atividades que surgiram como essenciais ao processo análise em causa, nomeadamente, o planeamento de intervenções essenciais na antecipação de focos de instabilidade com aprofundamento de conhecimentos sobre a fisiologia e metabolismo respiratório e da dinâmica sintomatológica. Estes conhecimentos estruturam e dão suporte à aplicação da metodologia do PE com vista ao planeamento de intervenções e a um processo de tomada de decisão especializada e fundamentada.

No conjunto, o desenvolvimento das atividades já mencionadas demonstrei adequar os diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente segundo uma perspetiva académica avançada, refletir de forma crítica na e sobre a minha prática e demonstrar consciência crítica para os prolemas da prática profissional numa clara situação de exceção provocada pela COVID-19.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, considero que o EEMC promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e ou falência orgânica adequando o planeamento de intervenções por meio da aplicação do processo de enfermagem com conhecimentos especializados.

Além do tecido pulmonar, a SARS-CoV-2 invade outras células do organismo, desencadeando uma resposta inflamatória e alterações hematológicas típicas, elevando, dessa forma, o risco de infeção e a expressão dos outros diagnósticos supracitados como resposta característica fisiológica da dor aguda.

Um foco de atenção do EEMC prende-se exatamente com a gestão da dor, 5º sinal vital, e como implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. O recurso à escala numérica da dor em clientes orientados e com capacidades de resposta, e sempre que identificadas situações de dor e mal-estar, era facilmente aplicada. Não obstante, quando esta não era adequada devido ao status neurológico comprometido por administração de sedoanalgesia, o plano de avaliação da dor era efetuado por meio da

avaliação de sinais fisiológicos e da Behavior Pain Scale (BPS) e da sedação pela escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), constituindo-se a sua compreensão e aplicação um ganho para o cuidado à PSC e praxis futura por toda a intervenção implicar a avaliação de complicações tais como a hipotensão, bradicardias extremas ou inclusive o delírio e assim incluir objetivos terapêuticos a fim de evitar efeitos nefastos da sobresedação.

Procedimentos invasivos a que muitas vezes os clientes são submetidos provocam dor e o tratamento e controlo da dor é primordial à PSC, pois impede que haja repercussões hemodinâmicas tais como aumento da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, aumenta o consumo de O₂ e retenção de CO₂. Em situações de trauma, enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão ou indisposição do adulto, as administrações de analgésicos/opioides foram priorizadas no sentido de influenciar positivamente no prognóstico da PSC.

A administração de analgésico e sedativo é fundamental para dar conforto ao cliente, reduz o stresse e evita retardar a sua recuperação (Sakata, 2010). Nesta linha de raciocínio, cimento a importância da ação e atuação como peça fundamental na resposta às necessidades específicas na prestação de cuidados seguros e qualificados no sentido que o controlo da dor tanto é um direito do cliente como um dever absoluto do profissional.

O acolhimento, conforto e a manutenção num referencial biopsicossocial foram pontos de investimento ao longo do estágio, comprovado por ações simples como questionar: “A dor está menos intensa?”, “Quer que ligue a alguém da família de modo a aliviar a inquietação?”. Este sentido de preocupação e entrega aos cuidados são essenciais para que se atinja uma vertente holística, a este cuidar incidido na espiritualidade como procedimento de apoio e ajuda no alívio sintomático da dor, resultante de uma ação empática na manutenção do equilíbrio hemodinâmico, cognitivo e emocional da pessoa, ao compreender os sentimentos e emoções do físico, mental, cultural e espiritual da pessoa (Como, 2007).

É importante clarificar o quanto a espiritualidade difere da religião. A primeira é uma simbólica e subjetiva compreensão usada pelo ser humano a fim de descobrir as vulnerabilidades e fragilidades por que passa no processo saúde/doença, enquanto que a religião é apenas um modo de exprimir a espiritualidade por meio de tradições sagradas transportadas culturalmente por intermédio de doutrinas (Gonçalves et al., 2015).

Considerado como um atributo inato, atender à espiritualidade é ter intervenções que promovem bem-estar, saúde e estabilidade pelo que os efeitos da sua implementação devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática, altamente humanizante, na abordagem aos clientes, de todas as idades, que sofram de dor, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (North American Nursing Diagnosis Association, 2021).

A par disto, implementei medidas não farmacológicas na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, e que promoveram ganhos em saúde e foram ensinados e instruídos para sua aplicação no domicílio com o propósito de promover o alívio e bem-estar da PSC através de posicionamentos otimizados, massagem e aplicação de frio ou calor, alívio de zonas de pressão, diminuição dos estímulos ambientais (ruídos e luz) e promoção do ciclo circadiano.

A dor, seja ela física, emocional ou da alma, é sentida e vivida de forma única, individual, integral e total pelo cliente, pelo que esta compõe uma tríade que inclui a enfermagem pela relação interpessoal do profissional com o homem na manutenção e equilíbrio das suas energias que, quando negativas, advém de sentimentos de medo, insegurança, intranquilidade, cismas que podem refletir em dor.

Assim, a minha intervenção pautou por estabelecer uma relação empática em que os procedimentos eram explicados atempadamente, na tentativa de o tempo ser um aliado na perceção e aceitação por parte do cliente. Também foquei a minha intervenção na limitação da ansiedade e frustração em casos de clientes sem sedoanalgesia e perfeitamente conscientes, mantidos sob VMI (RASS=0) em que a comunicação verbal é comprometida, a minha incapacidade de compreensão bem patente, e gorada a oportunidade de uma comunicação escrita por limitações miopáticas, procurei que, neste momento de dependência, o facto de manter o cliente informado sobre a hora, dia e ano presente, bem como a orientação do espaço e a referência a chamadas que obtivesse do exterior, serve o propósito de o integrar como agente facilitador do seu processo de recuperação.

Paralelo à dor, observamos uma deterioração clínica que se tem desenvolvido em torno de duas semanas após o início dos sintomas, com uma taxa de admissão de PSC com COVID-19 em CI, variável entre 2% e 32% (Yang et al, 2020), correlacionada a fatores intervenientes como idade avançada e comorbilidades com doenças cardiovasculares e cerebrovasculares associadas (Guan et al., 2020).

Estas comorbilidades da PSC internada em CI, associadas à desnutrição é sinónimo de pior prognóstico tal como defendido por Singer et al (2019) quando referem que o suporte nutricional influencia o prognóstico. Assim, e à luz da evidência científica disponível sobre a terapêutica nutricional em infetados por SARS-CoV-2 baseia-se sobretudo na evidência anterior referente ao risco nutricional em CI. A British Dietetic Association Critical Care Specialist Group (2020) recomenda que o estado nutricional da PSC seja avaliado na admissão hospitalar e que os que apresentem risco nutricional recebam suporte nutricional de forma atempada, nomeadamente, defendido por Caccialanza et al. (2020), ao nível do aporte proteico através de suplementos nutricionais orais, de forma a reduzirem complicações e melhorarem o prognóstico por meio da manutenção da integridade da mucosa, previne a atrofia intestinal e a translocação elevada de concentrações de bactérias e endotoxinas.

No campo de estágio foi abordada a implementação da nutrição entérica na posição de decúbito ventral e, foi mantida por não estar associada ao aumento do risco de complicações gastrointestinais e pulmonares, no entanto, casos de intolerância optou-se pela administração de nutrição parentérica, tal como defendido pela Sociedade espanhola de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronárias (2021) com a aplicação do algoritmo de nutrição publicada com vista à diminuição das complicações, à diminuição dos dias de internamento, mas também na recuperação pós-internamento (Direção Geral da Saúde (DGS), 2020).

Foi também possível abordar a questão da transferência de clientes do SMI dedicado à COVID-19 para outros serviços, que como se sabe, após um período com recurso a VMI, existe uma maior incidência de problemas de deglutição com consequente disfagia que pode comprometer a ingestão alimentar oral. A presença de disfagia severa pode estar associada a complicações como pneumonia, reintubação e mortalidade hospitalar (Barazzoni et al., 2020). Exatamente para o prevenir, a todos os clientes que seguiam para enfermaria sem treino prévio de deglutição, essencialmente por necessidade de gestão de vagas, foi atualizado o plano de cuidados e prestada informação clara para seguimento do treino sem ser descurada a vigilância.

Com o agravamento da infeção por COVID-19, outras complicações podem ocorrer, tais como choque séptico, insuficiência cardíaca aguda com aumento da troponina e sinais de falência ventricular, lesão renal aguda e disfunção multiorgânica, além de anormalidades na coagulação (Xu et al, 2020). Perante este facto e, consoante as complicações clínicas, diagnostiquei também a perfusão dos tecidos periféricos

comprometida, processo do sistema circulatório comprometido e processo do sistema regulador comprometido para que as intervenções de enfermagem obtenham resultados concomitantes com as recomendações vigentes para o cuidado à PSC com distúrbios hemodinâmicos, sob terapia de substituição renal ou com suporte vital extracorporal.

Do painel de especialistas da Front-line COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC) a revisão da literatura científica e discussão clínica em rede com múltiplos profissionais de CI em áreas com surtos ativos, nomeadamente China, Itália e Nova-Iorque, surge o protocolo MATH + que inclui fármacos que têm reconhecidamente um perfil de segurança bem estabelecido.

A MATH+, protocolo de tratamento hospitalar para COVID-19 é projetado para ser iniciado o mais célere possível após desenvolvida a ARDS e a clientes que carecem de O₂ suplementar. Na COVID-19 foram identificados três processos fisiopatológicos principais: hipoxemia grave, hiperinflamação e hipercoagulabilidade pelo que a aplicação deste protocolo de combinação de medicamentos, a todos os clientes internados no SMI da UIP, é projetado para neutralizar esses processos, seja por meio do uso de agentes únicos ou em ações sinérgicas.

A desregulação da inflamação e coagulação por COVID-19 é multifatorial, no entanto, existe uma ampla evidência da capacidade dos corticoides na regulação dessa resposta desajustada, ao acelerar a cura, pelo facto da metilprednisolona ser o corticoide mais frequentemente usado no tratamento das inflamações pulmonares graves ao ter uma maior capacidade de penetração pulmonar que faz aumentar o tempo de permanência, sendo precursor da inflamação pulmonar.

O ácido ascórbico é administrado pelos múltiplos processos biológicos em estados inflamatórios agudos, entre os quais ARDS. A tiamina é administrada para otimizar o recurso do O₂ das células e o consumo de energia de forma a proteger o sistema cardiovascular, cerebral e imunológico. As duas principais terapias que podem reverter e mitigar a inflamação severa que causada pela ARDS é conseguida pela combinação do corticosteroide metilprednisolona e o antioxidante ácido ascórbico. A heparina de baixo peso molecular é utilizada para prevenir e ajudar a dissolver os coágulos sanguíneos que surgem com elevada frequência. Por fim o "+" indica várias intervenções paralelas, mas igualmente importantes pela combinação de fortes fundamentos fisiológicos com dados clínicos, existentes ou emergentes, para apoiar o uso da vitamina D, zinco ou plasmaferese (FLCCC, 2020).

Por isto, e baseada na evidência científica do momento desta prática tutelada, o tempo é um fator crítico na eficácia da MATH+ e para alcançar resultados desejáveis é importante o protocolo ser administrado logo após a necessidade de oxigenoterapia, a fim de atingir a eficácia máxima.

Para que resultados positivos sejam alcançados, uma série de intervenções de enfermagem, presentes nos domínios fisiológicos, que incluem os cuidados que dão suporte ao funcionamento físico e regulação homeostática, imperam na identificação dos focos de instabilidade e atuação de forma antecipatória conseguido pela monitoração respiratória contínua, limpeza das vias aéreas, monitorização da VMI e equilíbrio hidroelectrolítico.

Além de todas as disfuncionalidades ocorridas na PSC com IR Hipoxémica por COVID-19, identifico igualmente situações recorrentes da dificuldade no desmame ventilatório, justificada pela destruição do parênquima pulmonar derivado do agressivo processo inflamatório, de tal modo que as dependências por parâmetros de ventilação agressivos destruíam por completo a capacidade de alguma vez ser reversível o quadro clínico.

Em reflexão final, e após exaustiva pesquisa de uma evidência científica em constante atualização, enfatizo que o acompanhamento e intervenções foram uma mais-valia, embora os dados devem ser interpretados apenas como indicadores cujo impacto no *outcome* não detém ainda evidência científica suficiente. Considero que a estratégia e as atividades planeadas foram adequadas e sem dívida demonstrei capacidade de reagir e intervir perante situações imprevistas e complexas, refletir na e sobre a prática, e aprofundar o nível de conhecimentos nesta área de exceção ao compreender as intervenções do enfermeiro estão intimamente associadas à interpretação de sinais vitais e de outros dados fisiológicos, motivo pelo qual, importa conciliar a recente bibliografia com a individualização dos cuidados de enfermagem.

3.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima

Face ao contexto territorial, nem só a resposta à pandemia vigente importa conhecer e, patente ao processo de aprendizagem do desenvolvimento desta competência de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima é exigível que, perante esta realidade, o EEMC aja de modo consciente, equilibrado e com eficiência (Veenema, 2018), em resposta a uma situação súbita, inesperada e excessiva de procura por cuidados de saúde, que esgote os recursos (AlMaaitah, 2019).

O Regulamento n.º 429/2018 detalha que deter competências na área de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, contempla as seguintes unidades de competência:

“cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (p.19363/4).

A fase pandémica com que os estágios clínicos se deparam, são caracterizados de exceção pelo desequilíbrio das necessidades e os recursos disponíveis pelo que é exigido uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e organizacionais disponíveis (Regulamento n.º 426/2018). Esta oportunidade, permite-me que, além de consultar e acompanhar os planos de contingência adaptados face aos diversos momentos de evolução pandémica, permite-me também seguir o circuito que o cliente infetado por SARS-CoV-2 realiza desde que é referenciado no pré-hospitalar, até ao momento de admissão na unidade hospitalar, sem prejuízo de acesso a cuidados de saúde ótimos.

O conceito de catástrofe é vasto e complexo, com diversas definições na literatura. A OMS citado por Silva, Campos, Reis & Bandeira (2015), define-a como um qualquer acontecimento que acarrete estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excecional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

A Lei nº 80/2015 de 3 de agosto, segunda alteração à Lei nº 27/2006, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, no artigo 3º, alínea 2, define catástrofe como “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 17241).

Segundo a Autoridade Nacional de Proteção Civil (2016), a vulnerabilidade das diversas sociedades aos fenómenos naturais, mas também aos riscos por elas criados, reflete o diferente grau de preparação de cada uma face a estes fenómenos e, toda a preparação deve entender três componentes base: afluxo intenso de vítimas, destruições de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

No âmbito das atividades enquadradas na Estratégia Internacional para a Redução de Catástrofes, a Organização das Nações Unidas lançou a Campanha Cidades Resilientes - “Making Cities Resilient: My City is getting ready!” - para realçar a

importância local no desenvolvimento das comunidades. A campanha promove a implementação de medidas de redução de catástrofes por parte das autoridades locais como um dos seus princípios orientadores (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2016).

Para dar cumprimento às recomendações das Nações Unidas, Portugal constituiu em 2010 a Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes (PNRRC), coordenada pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, encarregue de implementar as ações delineadas para a prevenção de catástrofes.

As catástrofes e emergências multivítimas são acontecimentos imprevisíveis, que envolvem um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e, conseqüentemente a prática de cuidados de saúde. Acarretam uma procura súbita de cuidados de saúde de urgência e, para que se obtenha uma resposta adequada, são necessários profissionais de saúde experientes e especializados, com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando-lhes o melhor tratamento, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (Regulamento 361/2015).

A capacidade de resposta dos profissionais de saúde e das respetivas instituições, só por si, não são suficientes para uma resposta adequada em situação de catástrofe, é necessária a existência de um planeamento, formação e treino, de modo a organizar a capacidade de resposta, de profissionais e instituições, nestas situações.

O Arquipélago da Madeira, situada a Sudoeste de Portugal Continental, no sector Oriental do Atlântico Norte, é uma região autónoma que totaliza uma área de aproximadamente 801 Km², divididos por duas ilhas habitáveis: ilha da Madeira (741,7 Km²) e Porto Santo (42,6 Km²) (PREPC – RAM, 2022), e regista uma população residente de 253.923 (Direção Regional Estatística da Madeira, 2020).

Das diversas cidades mundiais reconhecidas formalmente como “cidades resilientes”, o Funchal é uma das sete cidades portuguesas nas quais foram desenvolvidos projetos, formações e ações de sensibilização pública, comprovado inclusive pela aplicação em cenário real, mas também pedagógico, da metodologia Medical Response to Major Incidents (MRMI), tida como das mais diferenciadas na área da emergência e catástrofe, certificado por entidades internacionais, nomeadamente, a European Society for Trauma and Emergency Surgery e a Board Europeu do MRMI (Sub-Comissão da PNRRC, 2016), da qual realizei a formação, com aprovação, no ano 2017.

Além do interesse pessoal por esta área de intervenção, os conhecimentos que daqui advém, permitem-me compreender o quão importante é partilha de conhecimentos,

de como é coordenado todo o enredo e a importância de cada meio de socorro (terrestres, aéreos e marítimos) em coordenação com as várias instituições de responsabilidade civil.

Abranger a população insular é igual a ter definidos planos de intervenção em catástrofe, como tal, a responsabilidade pelas atividades de proteção civil no âmbito da RAM é do SRPC, IP – RAM que, segundo o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (2013), tem por missão:

“prevenir os riscos inerentes a situações de acidente grave e catástrofe, a nível da Região Autónoma da Madeira, bem como resolver os efeitos decorrentes de tais situações, socorrendo pessoas e protegendo bens. São ainda atribuições orientar, coordenar e fiscalizar as atividades exercidas pelos corpos de bombeiros, bem como todas as atividades de proteção civil e socorro” (p.180).

Assim, importa saber que é do Plano Regional de Emergência de Proteção Civil (PREPC) (2022) que, de âmbito geral, é “elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da RAM” (p.24).

É este documento, flexível e dinâmico, que:

“define as regras de orientação para as ações de prevenção e resposta operacional, bem como uma adequada articulação e coordenação dos Agentes de Proteção Civil dos organismos e entidades de apoio a empenhar na generalidade das situações de emergência que podem resultar em acidentes graves ou catástrofes afetando populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas” (p.24).

É importante a partilha de que tanto o IASAÚDE, IP-RAM como o SESARAM, EPERAM são ambos os Agentes de Proteção Civil do Sistema de Proteção Civil da RAM em que compete a este último:

“assegurar a prestação dos cuidados de saúde nas unidades do SESARAM, EPERAM (hospitais e centros de saúde), com serviço de urgência, e outras, que embora não disponham deste, possam ser reconvertidas, de acordo com o Plano de Contingência da organização, visando garantir a articulação e a complementaridade do serviço; garantir a articulação com o SRPC, IP-RAM, em particular com o SEMER” (PREPC, 2022, p.52).

O PREPC RAM, ativado na iminência ou evento de acidente grave ou catástrofe, em que se antecipem danos elevados para as populações, animais, bens ou o ambiente, que legitimem adotar medidas imediatas de caráter excecional em prol da prevenção, informação e planeamento, ou quando se valide, a exemplo, a Declaração de Situação de Contingência.

Situações que derivem de acidentes graves ou catástrofes, exigem uma resposta organizada à globalidade dos riscos. Dentro destes, destacam-se pela sua particular incidência, e potencial graveza das suas consequências: inundação e galgamento costeiro,

movimento de massa em vertentes, incêndios florestais/rurais e urbanos, tempestades, sismos, cheias e inundações rápidas e, prevenção de acidentes que envolvam substâncias perigosas (PREPC-RAM, 2022).

Estes planos de Emergência Externos devem ser sempre complementares aos Planos Internos com finalidade de maximizar a resposta sob orientações e reestruturações. Enquanto o primeiro antecipa múltiplos cenários probabilísticos de catástrofe, o segundo, limita as consequências (Mendes et al., 2009).

Minimizar estas consequências é creditar no EEMC a capacidade de integrar a construção de planos de contingência e de formar tanto equipas multidisciplinares como cidadãos (Bandeira, Marin, & Witt, 2014).

No contexto profissional, o planeamento de resposta a catástrofes prevê a atuação do EEMC na triagem das vítimas e, por isso, consultei e verifiquei o material inerente ao Plano de Resposta Hospitalar a Emergências com Vítimas e, procurei conhecer os planos de emergência adaptados ao SU e ao SMI.

O plano de emergência deverá ser do conhecimento de todos os profissionais e, é ativado de acordo com a gravidade da situação por níveis de forma gradual e sequencialmente em três fases: alerta, alarme e execução.

A fase do alerta pode ser declarada quando face à ocorrência de algum acidente grave e/ou catástrofe, ou na sua eminência, é reconhecida a necessidade de tomar medidas preventivas e/ou medidas especiais de reação à situação.

Na fase do alarme, o responsável de turno contacta os vários intervenientes do gabinete de crise e, de forma a atuar prontamente, reúne o kit de catástrofe.

A fase de execução tem em conta o tipo de catástrofe ocorrida, sendo que, a resposta hospitalar poderá ser de 3 níveis definido pelo gabinete de crise ou pelo EEMC até à sua convocação: nível 1 (resposta com meios permanentes disponíveis), nível 2 (resposta com recursos da unidade hospitalar, ativáveis em situações especiais) e nível 3 (resposta com recursos externos mobilizáveis em emergências).

O plano de atuação/evacuação/escoamento de vítimas muda consoante o número de vítimas e o tipo de catástrofe, e a sua classificação tem por base o número de vítimas: nível 1: contempla 10 a 30 vítimas; nível 2: de 31 a 60 vítimas; nível 3: superior a 60 vítimas (SESARAM, EPERAM, 2008).

Compreender o papel diferenciados do EEMC obriga-me a saber que com o propósito de simplificar os processos de identificação e triagem de vítimas, os kits estão numerados de um a 50 (urgência de adultos) e de 51 a 100 (urgência pediátrica) e são

compostos por etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos. Estes encontram-se devidamente identificado e acondicionado na proximidade da sala de triagem, em local de fácil acessibilidade. Quando ativado, o número de profissionais nas áreas de atuação varia consoante a identificação do número de vítimas, distribuídas por base do modelo de Triagem de Manchester em Catástrofe: Azul (área de triagem); Vermelha (área de apoio às vítimas emergentes); Amarela (área de urgentes); Verde (área de não urgentes).

O algoritmo de triagem proposto pelo GPT para este tipo de situações, implica um registo efetuado manualmente e por intermédio da execução de uma triagem realizada em dois momentos: triagem primária e a triagem secundária.

A triagem primária recorre a discriminadores simples com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas com base no modelo “Simple Triage and Rapid Treatment – START”. Identifica e avalia, no local, se a vítima anda, se respira após permeabilização da via aérea e, em caso afirmativo, monitoriza a frequência respiratória, cardíaca e qual o tempo de preenchimento capilar (GPT, 2010).

A triagem secundária baseia-se no modelo “Triage Revised Trauma Score” (TRTS) e sugere que decorra de modo contínuo e preciso, com avaliação da frequência respiratória, avaliação do estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a pressão arterial sistólica. Cada parâmetro é avaliado individualmente e atribuído uma pontuação de 0 a 4 em que a pontuação da TRTS mínima é 0 e máxima 12 pontos. À pontuação de 0, considera-se morto, de 1 até 10 é considerada prioridade imediata, à pontuação de 11 é atribuída prioridade urgente e ao valor 12 é atribuída prioridade pouco urgente (GPT, 2010).

Ao longo dos estágios, embora não tenha tido a possibilidade de participar numa situação de catástrofe, as experiências revelaram-se particularmente ricas pela situação de exceção presente em todos os momentos da prática tutelada, pelo que comprovo e participo *in loco*, das competências que o EEMC possui e desenvolve na conceção, aplicação e atualização dos planos institucionais.

O curso de MEMC proporcionou igualmente panoramas de simulação de emergências, exceção e catástrofe, com a simulação de triagem primária e secundária por zonas de sinistro e zona adequada à instalação de posto médico avançado. Também a partilha de conhecimentos no Congresso Nacional de Emergência Pré-Hospitalar de 2018 a catástrofe foi um tema explorado.

Toda o acompanhamento por experiências relevantes na aquisição da competência e a dedicação e superação das dificuldades desde que constituídas as primeiras equipas de trabalho nesta área de exceção, criaram a oportunidade de querer ser um elemento interventivo na continuidade de cuidados de enfermagem e assim desenvolver conhecimentos ao conjugar as bases tidas anteriormente com vista a dar uma resposta efetiva das necessidades, ao estar capacitado para conceber, implementar e avaliar os planos de intervenção à PSC.

Confrontar-nos com situações complexas exige uma adaptação à mudança, por meio da flexibilidade, autoconfiança, autocontrolo, criatividade, sentido de responsabilidade na tomada de decisão para agir, de forma competente e autónoma, no seio de uma equipa interdisciplinar no domínio da catástrofe.

3.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Recorrer a cuidados de saúde nunca pode ser tido como um ato isento de riscos, seja ele potencial ou real, pela abordagem técnica e prática correlacionada com cuidados imperativos de assepsia.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos prestados pelos profissionais, que pode afetar não só estes, como os profissionais no exercício dessa atividade (DGS, 2007).

Estas correspondem a um conceito que foi desenvolvido para designar a infeção associada à prestação de cuidados, independentemente do nível de cuidados onde estes sejam prestados (agudos, reabilitação, ambulatório, cuidados continuados ou domiciliários) (DGS, 2008).

O risco de adquirir uma IACS é, portanto, transversal a todas as instalações de cuidados de saúde e, em consequência disso, implica um prolongamento do internamento, maior grau de dependência, aumento da resistência de microrganismos a antimicrobianos, custos financeiros elevados, custos elevados para os clientes e suas famílias e a elevada morbimortalidade (OMS, 2009) pelo que facilmente e desde longa data, trabalhar a sua prevenção é fulcral.

De facto, não é um problema novo, desde cedo se desperta para a relevância de minimizar as infeções nos cuidados de saúde prestados, continuando, ainda hoje, dia após

dia, a assumir cada vez mais importância em Portugal e no mundo pelo que têm vindo ser cada vez mais discutida devido ao seu crescimento e impacto e, nenhum país e instituição alguma, prestadora de cuidados de saúde, pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos clientes, nas unidades de saúde e na comunidade (DGS, 2017).

Perante esta problemática e com vista a aumentar a segurança do cliente e a qualidade de cuidados no que respeita a IACS, a OMS iniciou, em 2004, o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo com a criação do programa “Clean Care is Safer Care”.

Mesmo com medidas orientadoras, Portugal era, segundo a DGS (2013) um dos países da União Europeia com mais elevadas taxas de IACS e a maior taxa de resistência a antimicrobianos, pelo que foi criado o PPCIRA, pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, objeto de fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) incidem na redução da taxa de IACS, na promoção do uso correto de antimicrobianos e na diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Além de serem o alicerce das boas práticas clínicas, objetivam ainda a prevenção da transmissão cruzada de IACS que, segundo recomendações da DGS (2018) é conseguido com recurso aos seguintes itens: correta colocação de clientes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos.

Conforme consta do Despacho n.º 9390/2021 (Diário da República, 2021), por se pretender assumir o princípio orientador, os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver, o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021-2026) decorre dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas e, mais recentemente, do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030 da OMS” (p.99).

Com o objetivo de “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos”(p.187), o PNSD 2021-2026, não permite que se negligenciem “os princípios que sustentam a área da segurança do cliente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” num todo

“dinâmico em função das necessidades sentidas ao longo da sua implementação e monitorização (Diário da República, 2021, p.97).

Dos objetivos estratégicos do PNSD 2021 -2026, encontra-se, assente no pilar de práticas seguras em ambientes seguros, o de reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos, através de ações que visam:

“Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em PBCI, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA; Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS; Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das bundles de prevenção de IACS; Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais; Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro; Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicrobianos (CAM) e as resistências aos antimicrobianos, assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade” (p.103).

As IACS são tão mais prováveis quanto maior for o número de procedimentos invasivos e a suscetibilidade da pessoa, como em casos de presença de doença autoimune, toma de medicação imunossupressora, obesidade ou desnutrição e diretamente proporcionais ao aumento da esperança média de vida (DGS, 2007).

As infeções podem se distinguir pela ordem leve a severa e, os profissionais de saúde, podem constituir uma fonte ameaçadora na recuperação do cliente, na medida em que muitas vezes são os principais causadores de eventos adversos durante a sua recuperação, que adiante irei explorar. Para além disto, o próprio ambiente hospitalar, pode favorecer a disseminação de agentes de resistência a antimicrobianos (Padoveze et al., 2019).

A nível hospitalar é o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) a quem está a cabo a responsabilidade da supervisão das práticas locais de prevenção e controlo de infeção e o uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica, garantir práticas locais de isolamento para agentes multirresistentes, promover e corrigir práticas de prevenção de controlo de infeção, nomeadamente, a higiene das mãos e o uso de EPI.

O GCPPCIRA do SESARAM EPE, criado de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Diário da república, 2ª série – Nº 229 – 26 de novembro de 2013), tem em vista a implementação

dos objetivos do PPCIRA e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças que, substituiu a anterior Comissão de Controlo de Infecção e a Comissão de Antibióticos (inexistente na instituição, mas existente no âmbito da atual Comissão de Farmácia e Terapêutica) por Despacho n.º 15423/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Diário da república, 2ª série – Nº 229 – 26 de novembro de 2013).

O GCPPCIRA promove e corrige as práticas de uso de antibióticos e, integra as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança (Ministério da Saúde, 2013) ao estabelecer as principais áreas de intervenção com objetivos de reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, reduzir a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, efetuar a vigilância contínua da infeção hospitalar, efetuar a vigilância do consumo de antibióticos, efetuar a vigilância da incidência de microrganismos multirresistentes, por meio da implementação de feixes de Intervenções na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico; Prevenção da Pneumonia Associada a Intubação; Prevenção da Infecção relacionada com CV; Prevenção da Infecção relacionada com CVC.

Cada momento da prestação de cuidados de saúde é um risco propício de IACS devido fatores decisivos que influenciam este tipo de eventos adversos, uma vez que a PSC apresenta uma instabilidade hemodinâmica que é complacente com a realização de múltiplos procedimentos invasivos que quebram a barreira natural que separa o microrganismo do ambiente interno e faz aumentar a suscetibilidade para a infeção.

Afeto a estes fatores, também as infeções nosocomiais se traduzem numa problemática difícil de combater pelo histórico emprego de antibiótica o que em consequência disso, as unidades de saúde sejam vistas como epicentros de organismos multirresistentes como os observados em contexto de prática tutelada, nomeadamente, as mais comuns como a pneumonia e sepsis até aos microrganismos etiológicamente mais importantes como as bactérias Gram- positivas (*Staphylococcus aureus* resistentes à ampicilina; *enterococci*; *clostridium difficile*) e as Gram- negativas (*Escherichia coli*; *Enterobacter*; *Serratia*; *Pseudomonas aeruginosa*).

O domínio desta competência implica a aplicação de estratégias profiláticas, tão simples quanto fulcrais como a higiene das mãos e no quanto este gesto reduz a transmissão de agentes infecciosos. Aquando do Estágio - I, e perceber o quanto o ambiente do SU é mais hostil, com recursos claramente limitados, maioritariamente socorre-se a solução alcoólica para desinfeção das mãos, mas garanti na minha

intervenção que perante microrganismos que se transmitem por contacto, ao formarem esporos que não são exterminados com solução alcoólica, a higienização foi executada com recurso a água e sabão (*clostridium difficile*). Em complementaridade, garanti o cuidado no tamanho das unhas, sem uso de joalheria, por saber que dificilmente garantia a sua higienização e aumentaria o risco de contaminação.

Apesar das dificuldades, quando é identificado um microrganismo num cliente, este é mobilizado para uma unidade isolada, estrategicamente mais afastada dos restantes para prevenir a infeção cruzada. Quer pelas suas características, quer pela tipologia de clientes, exige estratégias de ação mais eficazes para a deteção e abordagem precoce do cliente com colonização, infeção e assim reduzir a probabilidade de IACS (Domingues et al., 2016).

Nesse sentido além de constatar que o SU implementa o protocolo da Via Verde Sépsis com o objetivo de definir, sistematizar e uniformizar a abordagem inicial aos clientes com sépsis, questionei os clientes e procurei nos antecedentes clínicos critérios de inclusão para aplicar o protocolo de prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à metilicina (MRSA), nomeadamente, todos os que validei que eram transferidos de outra unidade hospitalar com estadia nessa unidade superior a 48 horas e se validava um ou mais dos seguintes critérios: uso de antibióticos nos seis meses anteriores, internamento nos seis meses anteriores, hemodiálise, internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos, presença de dispositivos médicos invasivos, presença de feridas crónicas e colonização prévia por MRSA.

No SMI e ao momento da admissão, garanti que, independentemente da hora de entrada e após estabilizado o cliente, instituí o protocolo em vigor de prevenção cruzada com aplicação de cuidados de higiene com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhletes.

Estas intervenções anteriormente mencionadas e essencialmente preventivas, permitem que medidas de proteção de contacto sejam rapidamente instituídas a fim de impedir a disseminação da colonização ou infeção por MRSA visto que se associa a complicações mais graves e com maior probabilidade de infeções invasivas ou maiores dificuldades na abordagem terapêutica dos clientes. Perante estes factos estou ciente de que a “emergência da resistência a metilicina transformou este agente patogénico ubíquo num desafio terapêutico à escala global” (Norma nº 018/2014, p.13) por ser atualmente o agente etiológico mais frequente de infeções associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos.

É igualmente importante priorizar a atribuição do quarto de isolamento a clientes com antecedentes conhecidos de microrganismos epidemiologicamente importantes, em que precauções adicionais imperam segundo as vias de transmissão dos microrganismos, por exemplo a transmissão por via aérea (*mycobacterium tuberculosis*), transmissão por contacto (MRSA), transmissão por gotículas (*influenza A*) bem como o isolamento a deles imunocomprometidos.

O recurso a VMI, por um período superior a 48 horas, propicia o risco de pneumonia associada à ventilação (Hua et al., 2016), e é uma das razões principais de morbimortalidade em SMI (Souza et al, 2017). Assim, boas práticas da manipulação da via aérea é uma exigência que pautei ao longos dos estágios clínicos ao garantir que os clientes mantinham a cabeceira a um mínimo de 35°, garanti a pressão do balão do tubo endotraqueal mantida entre 20 e 30 cmH₂O e, cumpri com a higienização da cavidade oral antes de aspirar pelo TOT este por meio de técnica assética e empreguei o sistema fechado de aspiração de secreções traqueais em clientes com PEEP $\geq$ 10 cmH₂O ou com risco de transmissão de microrganismos, fosse ele por COVID-19 ou quando identificada *klebsiella pneumoniae carbapenemase*. Outro exemplo de um procedimento invasivo que requer atenção pelo elevado risco de infeção é o manuseio da Derivação Ventricular Externa com cateter de PIC acoplado, consciente de que quando manipulado inadvertidamente pode inferir em lesões no sistema nervoso central, exatamente como defendido por Magalhães et al (2020).

As infeções do trato urinário, associado aos cuidados de saúde ainda se destacam negativamente pela elevada prevalência, tanto que, segundo Lobão e Sousa (2016), em 2013 chegou a atingir valores entre 15% e 20% dos internados submetidos a algaliação de curta duração durante o seu internamento. Conhecer o custo elevado para a instituições e por ser mais uma causa de um significativo peso na morbimortalidade, na minha intervenção garanti o cumprimento do feixe de intervenção ao introduzir o dispositivo com técnica assética, cumpri com a higienização aos genitais, manuseei o equipamento adequadamente com EPI adequados, garanti que quando manuseado o circuito por parte dos assistentes operacionais envergavam o EPI adequado, validava diariamente a necessidade de manter o CV e garanti, em cada turno, a validação da data até nova troca de dispositivo.

O domínio desta competência implica que o EEMC deve cumprir e fazer cumprir com medidas profiláticas de transmissibilidade e, perante a tutora, a supervisão da limpeza e descontaminação no turno de áreas de acesso mais frequentes da unidade do

cliente foi salvaguardada, bem como garanti a desinfecção dos equipamentos e da unidade aquando do momento de transferência e assegurei a sua composição com matérias limpos e asséticos para admissão de novo cliente.

O peso atribuído à responsabilidade de boas práticas, é reforçado no PNSD 2021-2026 e na recomendação de ações que visem reduzir, no mínimo, “30 % a incidência da infeção urinária associada a CV, da infeção da corrente sanguínea associada a CVC, da pneumonia associada à ventilação e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar (p.103).

A monitorização dos resultados, a avaliação de melhorias e a eventual necessidade de introduzir correção de procedimentos serão realizadas mediante a análise dos indicadores de qualidade pois só com a divulgação dos dados se previne o aumento da morbilidade e a mortalidade, o prolongamento dos internamentos e os custos agravados em saúde, e se evita que acentue a pressão geradora de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos, tudo isto gere um estrondoso impacto negativo a nível da qualidade dos cuidados e na saúde das pessoas (DGS, 2007).

Se no contexto profissional observamos deles conformados com a problemática da infeção, outros adotam e partilham conhecimentos para a adoção de mudanças comportamentais que certam por uma prática eficaz e segura (Nascimento & Santos, 2016). Compreender a importância de uma atuação diferenciada neste contexto, é uma exigência do EEMC para que as intervenções pautem pela atenção da prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos de acordo com a exigência da situação com repostas em tempo útil e adequado (OE, 2018).

Como preconizado pela OE (2018), comandar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica é competência do EEMC pelo que, sustentado por esta base, apliquei os plano de prevenção e controlo de infeção ao validar, criteriosamente, os critérios de cura à COVID-19 em vigor, para garantir uma transferência segura de clientes para serviços exteriores à área de contingência.

Ao longo do estágio percebi a importância de rever o cumprimento das normas, traduzidas nos feixes de intervenção, e em complementaridade, a consulta de documentos relativos ao tema, nomeadamente os Planos e Relatórios Nacionais associados à

Prevenção da infeção do CVC (DGS, 2015) e o Programa de Procedimentos Básicos de Higiene, a Prevenção de infeções urinárias (DGS, 2017) bem como as normativas emitidas pela DGS para o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2018).

Durante a permanência na prática tutelada procurei conhecer e aplicar as normas e protocolos existentes bem como garantir o manuseio correto de EPI. Durante a prestação de cuidados à PSC regis as práticas de acordo com os conhecimentos adquiridos, espelhando nos cuidados as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo de IACS, nomeadamente, no momento da ativação da EEIH na área de contingência, acompanhei a tutora, sem antes assegurar a nossa segurança ao validar que o nível de EPI era o adequado aos procedimentos a efetuar e que cumpriam com o recomendado pela Norma n.º 007/2020 da DGS (2020).

Face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações bem como à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o EEMC maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção através da implementação de medidas imprescindíveis, reforça comportamentos assertivos entre os profissionais de saúde e familiares, e procura e adequar os procedimentos com base na evidencia científica mais atual.

Também os cuidados prestados à pessoa que aguarde resultado de diagnóstico à COVID-19, ou que tenha clínica suspeita, requer que já sejam implementadas medidas de prevenção de contágio por contato e gotículas. Estas incluem a utilização de EPI específico, descartável e impermeável: bata, máscara facial FFP2, proteção ocular, luvas limpas e um segundo par de luvas externo (SPCI, 2020). No SMI central e no acolhimento de clínicas igualmente promotoras de transmissão de partículas ou gotículas, a prioridade era transitar para o isolamento e, na sua impossibilidade, isolar em coorte o espaço físico da unidade com a devida identificação das medidas em vigor impostas e, disponibilizava uma mesa de apoio com o mínimo de EPI necessário á abordagem do cliente.

Durante a prestação de cuidados clínicos, potencialmente geradores de aerossóis, como foi o caso de assistir na EOT, aspiração de secreções na orofaringe ou em circuito aberto, quando em contato prolongado (> 15 minutos) como ao momento da prestação de cuidados de higiene, no auxílio da colocação de CVC ou manobras de reanimação cardiorrespiratória, tive precauções suplementares de via aérea, que incluem a utilização de EPI específico, descartável (uso único) e impermeável: bata (com punhos que apertem ou com elásticos e que cubra até ao meio da perna ou tornozelo), touca, máscara FFP3

(com adequado ajuste facial), proteção ocular (com proteção lateral), luvas (com punho acima do punho da bata), e proteção de calçado (idealmente sapatos impermeáveis e de uso exclusivo nas áreas de isolamento ou, opcionalmente, coberturas de sapato impermeáveis), cumprindo aqui com a orientação da DGS (2020).

O uso, ainda em vigor do fato de proteção integral ao momento do estágio clínico- III (impermeável, com capuz incorporado e proteção de pescoço) é limitado a profissionais com treino e experiência prática na sua utilização, pois a proximidade com a utilização e manuseio de VNI, OAF por cânulas nasais e procedimento na via aérea, é potencialmente geradora de aerossóis que probabilisticamente infere numa infeção cruzada e disseminação pelos profissionais de saúde. Assim, as estratégias de prevenção e controle de infeção de caso suspeitos ou confirmados de COVID-19, basearam-se nas recomendações da DGS (2020) que seguiram as linhas orientadoras emanadas pela OMS (2020) e pelo European Center for Disease Prevention and Control (2020).

No decurso do estágio sempre que suscita alguma dúvida no cuidado, esta era discutida no sentido de prover novas aprendizagens, para que no fundo, a qualidade do cuidado e segurança se refletisse no cliente, como a exemplo sobre que patologias poderíamos considerar fontes de infeção por meio de manuseamento de sangue ou outros fluidos orgânicos e de que modo o desconhecimento é compatível com a disseminação da contaminação a partir das referidas fontes. Tais conhecimentos e experiência foram igualmente talhados por meio de análise crítica sobre ações que garantiam ganhos na prevenção e controlo da infeção por parte da equipa de enfermagem, nomeadamente na separação e acondicionamento de resíduos e adequação dos EPI.

No percurso de desenvolvimento da competência, e por observar os dados numéricos reais dos clientes diagnosticados com COVID-19 internados e a necessitar de CI no atual contexto de exceção, foca a importância desta temática e do papel que passo a ter nesta área de intervenção, que ao ser um elemento que entende o impacto das IACS, exige de mim uma postura de cumprir e fazer cumprir os pressupostos enunciados com vista a preconizar, direta ou indiretamente, a procura pela excelência no exercício profissional e contribuir deste modo para a mitigação da problemática e salvaguarda da segurança de profissionais e clientes, ao garantir que feixes de intervenção e consequente EPI são adequados à abordagem do cliente, baseadas nas vias de transmissão identificadas, sejam elas de contacto, aérea ou gotículas.

Se refleti sobre o melhor, também humildemente reconheço muitos fatores que, de certo modo, derivam em complicações e, consequentemente, contribuem para

possíveis aparecimentos das IACS, nomeadamente lacunas no tempo oportuno da assistência em saúde provocado pela sobrelotação e a sobrecarga de trabalho.

Após esta reflexão sobre o tema considero que desenvolvi competências no contexto da prevenção e controlo das IACS pelo comportamento e estratégias tidas que além de as mobilizar para a minha prática profissional, sei que reduzem a probabilidade de ocorrências de forma que não coloque em risco a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados e, reconheço a importância das ações de formação e a implementação de medidas, por via da adesão e supervisão.

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Aprovado no despacho n.º 8046/2015, do Diário da República. N.º 141, 2ª série de 22 de julho relativo à estrutura curricular e plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de MEMC, ministrado na ESESJC, este visa assegurar a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação para intervenção na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área clínica de enfermagem médico-cirúrgica.

O grau de Mestre, enunciado no artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018), clarifica que é conferido aos estudantes que possuam conhecimentos aprofundados e cimentados numa determinada área do saber, habilidades para resolver problemas em contextos alargados e multidisciplinares, aptidões para comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios de uma forma clara e explícita e competências orientadoras da sua aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado.

A procura incessante de formação pauta a necessidade de responder melhor aos desafios que nos confrontamos diariamente, quer a nível profissional ou pessoal. A formação bem como a autoformação, são exponentes do desenvolvimento, uma vez que nos mantém ávidos pela constante atualização de conhecimentos, para que não vivamos sobre a sombra da responsabilidade de acontecerem consequências negativas derivadas do desconhecimento.

A aprendizagem, enquanto princípio orientador de uma prática contínua, é vital para a adaptação às mudanças que imperam no nosso presente. Como tal, o papel que desempenhei, neste cenário de exceção em resposta à COVID-19, socorre-se da formação obtida do percurso de desenvolvimento de competências de mestre atingido na descrição, reflexão e análise crítica das experiências vividas.

Gerir emoções face às imprevisibilidade e complexidade das ocorrências, exige uma metodologia de trabalho metódica entre os elementos pelo que a postura adotada e as intervenções implementadas nas exigências dos locais de estágio, permitem-me demonstrar capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novos contextos, particularmente exigentes como o pré-hospitalar.

A PSC exige uma avaliação detalhada, sim. Mas a interpretação da monitorização por meio de suporte tecnológico por si só é limitativa. Interpretar, correlacionar com a clínica e implementar e planejar intervenções com fundamentado no juízo crítico, permitiu-me uma evolução notável à luz das competências de mestre. No entanto, a avaliação deve ser parte de um todo que não exclui a minha independência ou autonomia no seio da equipa multidisciplinar.

Nem perante a complexidade da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, deixei de assegurar uma conduta ética e deontológica ao indagar por uma resposta, fundamentada e refletida, que melhor sirva ao que deve ser o pressuposto da qualidade da disciplina de enfermagem que possui em si um corpo de conhecimentos próprios que, conjugados com o conhecimento de outras áreas de intervenção produz o conhecimento.

Toda a tomada de decisão, autónoma e segura, fundamentada em princípios de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica é sustentada, pelo que a minha postura pautou por cumprir os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, mas também na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional preconizado nos valores profissionais inscritos no CDE, pautada também pela capacidade de compreensão, pensamento, análise crítica e aprendizagem constantes, passíveis de proporcionar a resolução de problemas em diferentes contextos de atuação, tal como defendido por Le Boterf (2015).

Intervir, enquanto Mestre, é direcionar toda a intervenção a fim de evitar complicações, limitar incapacidades e prestar assistência à família. Esta competência de autoaprendizagem, sentida por mim como um processo incessante, desenvolveu a minha capacidade de tomada de decisão e tudo que a isso é inerente: implicações e responsabilidades.

A avaliação do cliente que vive uma situação complexa carece que se interesse pela sua família para que no processo relacional recolha a informação, energia e a matéria necessária à sua satisfação. Pretende-se criar um ambiente favorável à procura de respostas, à gestão dos sentimentos para culminar num escopo de estratégias que favoreçam a adaptação numa relação marcada pelo respeito, confiança mútua, compreensão empática, compaixão e esperança, tal como refletido por Sequeira (2016) em relação aos trabalhos de Chalifour e Riley, também eu estabeleci um ambiente físico que fosse o mais acolhedor possível, identifiquei-me sempre como profissional em campo

de estágio e tratei do cliente pelo nome que mais aprecia, numa comunicação pautada pelo olhar, escuta ativa e afirmações de compreensão.

Pensar enquanto Mestre exige pensar no cuidado de clarificar as expectativas e fazer entender a importância da expressão de pensamentos e emoções. Por isto, ao momento de ter esta abordagem, fi-lo em períodos controlados de intervenções emergentes de modo a evitar interrupções e assim pautar por uma disponibilidade que desse tempo ao cliente de interpretar sua situação e pudesse exprimir os pensamentos por meio de resposta verbal e entendi a valorização da expressão não-verbal manifestada quando colocadas questões numa perspectiva de continuidade de comunicação até a mensagem ser interpretada no seu todo e o cliente ter sido compreendido.

Estas estratégias delineadas, norteiam a prática de um PE fundamentado, partilhado e discutido com os docentes e os pares, permite avaliar detalhadamente a PSC, os focos de atenção, a formulação de diagnósticos de enfermagem, prescrever e implementar intervenções de enfermagem especializada sensíveis aos cuidados de enfermagem, que impulsionados pela pesquisa da mais recente evidência científica, objetiva que continue a avaliar os resultados obtidos em que reconheço a importância de reformular intervenções para obter o resultado esperado.

Enquanto Mestre, o meu processo de supervisão dos cuidados tem o seu exponencial máximo com a integração dos novos elementos no serviço, na orientação de alunos em estágio, bem como na prática diária, ainda que de forma informal, com os pares numa relação de confiança e de interajuda nas equipas de enfermagem.

As competências de mestre, obtidas na capacidade de gerir o conhecimento adquirido, dotou a minha prestação de cuidados assente na segurança e na qualidade. A proatividade e arbítrio para a aprendizagem conceberam um desenvolvimento no teor de raciocínio clínico e argumentativo, alicerçados no processo de tomada de decisão, em prol da promoção da saúde, dignidade dos intervenientes e um cuidado humanizado.

Este relatório marca uma volta face na minha carreira profissional ao me incutir reflexão acerca da ciência de enfermagem, por meio da análise crítica e avaliação de conceitos até então desconhecidos, que desenvolvidos ao longo dos estágios, culmina com a capacidade de comunicar conhecimentos, conclusões e raciocínios expostos a defesa pública deste trajeto particular.

CONCLUSÃO

Do Curso de MEMC, 2019/2021, lecionado na ESESJC resultou o presente relatório de estágio, que me possibilitou patentear o caminho concretizado até atingir as competências EEMC e a obtenção do grau de mestre.

O processo contínuo e dinâmico da aprendizagem, exige empenho, exige dedicação e promove uma atitude ativa e participativa daquele que se predispõe a adquirir novos conhecimentos. É um desafio face à resolução de problemáticas, transformando-se em desenvolvimento e autonomia pelo que a relevância que o MEMC assume nesta vertente é inegável.

A aquisição de competências não resulta de forma estanque dos conhecimentos adquiridos, mas sim de um processo dinâmico entre a aplicação dos mesmos e as adversidades encontradas, ou seja, desenvolvi uma prática fundamentada no conhecimento científico, através de reflexões, discussões e pesquisa de evidência científica que se sustenta a minha tomada de posição, em que a componente teórica deste processo de especialização permitiu-me adquirir uma base sólida de conhecimentos, essenciais no cuidado especializado em contexto de urgência e CI.

Nesta perspetiva, o investimento do meu desenvolvimento recai na excelência do cuidar que passa pela constante tomada de decisão sustentada em evidência científica e a sua constante avaliação sem colocar de parte nenhum domínio atribuído ao EEMC, e toda a responsabilidade ética e legal do cuidar que deve incidir na melhoria dos nossos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Este é um processo complexo que envolve inúmeras dimensões. Ao afirmar o aperfeiçoamento profissional, devo assegurar-me de que a qualificação técnico-científica é tão elevada quanto possível (OE, 2015) e só consumados estes propósitos é que posso garantir o cumprimento do meu dever ético.

Após a aquisição de novas competências, agrupo agora um nível de capacidade distinto para prestar cuidados especializados à PSC. Este exige um nível profundo de conhecimentos que me torna capaz de estabelecer prioridades de intervenção. Ao longo deste caminho desenvolvi uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, bem como, competências para otimizar as relações com os clientes no sentido da maximização da obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Todas as dificuldades iniciais se transformaram em aprendizagens, particularmente, na priorização dos cuidados, o manuseamento dos equipamentos e a interpretação dos dados fornecidos pelos mesmos, o equilíbrio entre monitorização do cliente e administração de fármacos para a sua estabilidade hemodinâmica. Adquiri competências e habilidades que me permitem agora contribuir para a determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados bem como a abordagem em trabalhos de investigação que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Mais do que proceder às técnicas efetuadas, entender o raciocínio da sua aplicabilidade e consequente resultado foi uma das mais valias deste período de aprendizagem, o que faz de mim um enfermeiro capacitado para atingir uma prestação de cuidados de elevada competência. Gerir o vasto suporte teórico e aumentar o corpo de conhecimentos com base na abordagem prática foi fascinante. Dúvidas existiram e foram encaradas como oportunidades de investigação, pois todas as experiências e dificuldades ao serem alvo de reflexão contribuem para melhores cuidados à PSC.

As IACS, preocupação transversal ao longo das práticas clínicas, são outra realidade bem patente nos cuidados de saúde, e a nossa estratégia de atuação é real, direcionada e incisiva, tanto na prevenção, como no controlo, de modo a minimizar os danos na salvaguarda quer do cliente quer do próprio profissional. No entanto, o ensino clínico na área dedicada à COVID-19 destacou-se pela experiência enriquecedora que, além da componente científica, permitiu-me desenvolver competências técnicas e humanas no cuidado à PSC e motivaram a descoberta de bases de dados científicas, que me auxiliaram a manter constantemente atualizado numa exigência própria dos cuidados de qualidade.

As principais atividades desenvolvidas no cuidar da PSC foram, acima de tudo exercer uma prática baseada na evidência científica, participar de forma dinâmica e autónoma nos cuidados de enfermagem, colaborar nos programas de melhoria contínua da qualidade, participar na gestão de recursos humanos e materiais, observar e compreender o papel do EEMC na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos, adquirir e aprofundar conhecimentos sobre o controlo de infeção e, por fim, demonstrar espírito crítico sobre os principais controlos de sintomas e sinais alerta à PSC.

Todo este percurso contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências especializadas à PSC e, globalmente, assevero que perante as dificuldades que ditaram a organização e constante reorganização de recursos humanos e organizacionais, as

respostas humanas aos processos de saúde/doença, os níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduziram numa prestação de cuidados diferenciado. Determinar prioridades, capacidade de raciocínio perante múltiplas mudanças, capacidade de influenciar uma decisão, articulação de princípios éticos com a prática, capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, nortearam pela certeza que toda a intervenção oriunda de um pensamento crítico.

Este percurso vivido no auge da fase pandémica, impossibilitou a realização dos estágios de prática tutelada nos contextos inicialmente previstos pelo impedimento da circulação de profissionais de saúde entre instituições. Os constrangimentos burocráticos sentidos surgiram também na dificuldade em obter autorização por parte da Direção de Enfermagem para a concretização do estágio clínico na área de contingência COVID-19, contudo, o mesmo foi uma realidade por o Enfermeiro-Chefe do SMI acreditar, tal como eu acreditei que, muito além do meu interesse pessoal, é essencial relatar como as competências foram adquiridas por meio da concretização dos objetivos a que me propus.

Este contexto tão único e rico em experiências permitiu evidenciar o percurso efetuado para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e diferenciados à pessoa com IR Hipoxémica por COVID-19, a capacidade de integrar a família no cenário de exceção a fim de acrescentar valor à prática interventiva e de refletir criticamente acerca das vivências e experiências dos momentos de prática tutelada e as implicações na prática profissional.

O estágio de opção foi cumprido na íntegra no SMI da área dedicada à COVID-19 e, reconhecido pelos pares a resiliência, motivação e competência, ainda durante a realização do presente estágio de prática tutelada, surge o convite para integrar a equipa de enfermagem do SMI, ao qual senti no dever de aceitar.

Em suma, as perspetivas práticas em conjunto com a elaboração deste relatório, numa perspetiva teórico-reflexiva, estimularam o meu pensamento crítico, o que contribuiu para a reflexão sobre a minha postura enquanto profissional de saúde e para a tomada de consciência do conhecimento que agora possuo e que pretendo manter ao me manter atualizado para que toda a intervenção procure a excelência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Maaitah, R., Conlan, L., Hutton, A., Langan, J. C., Loke, A. Y., McClelland, A., Oweis, A., Qureshi, K., Stewart, D., Teinillã, V., Veenema, T. G., Vlasich, C., & Yamamoto, A. (2019). *International Council of Nurses: Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Almeida, M. (2005) Intervenção em Grupo com Técnicos de Saúde da Unidade de Cuidados Intensivos. In M.P., Guerra; & L., Lima (Ed.). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Climepsi Editores.
- Arashiro, T., Furukawa, K. & Nakamura, A. (2020). COVID-19 in 2 persons with mild upper respiratory tract symptoms on a cruise ship, Japan. *Emergency Infection Disease*. 26(6). <https://doi.org/10.3201/eid2606.200452>.
- Association of Critical Care Transport. (2016). *Critical Care Transport Standards: Version 1.0 Recommendations*. <https://nasemso.org/wp-content/uploads/ACCT-Standards-Version1-Oct2016.pdf>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2016). *Relatório de Atividades 2016*. http://www.prociv.pt/bk/Documents/_documentos%20associados%20a%20noticias/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202016.pdf
- Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Krznaric, Z. & Pirlich, M. (2020). Journal Pre-proof Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection. *Clinic Nutrition*, 39(6), 1631-1638. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (13), 83-92.

- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American association of criticalcare nurses study of practice. *American Journal of Critical Care*, 15(2), 130-148. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/2/130.full.pdf+html>
- Beitler J. R., Sarge, T., Banner-Goodspeed, V., Gong, M. N., Cook, D., Novack, V., Loring, S. H., & Talmor, D. (2019). Effect of titrating positive end-expiratory pressure (PEEP) with an esophageal pressure-guided strategy vs an empirical high PEEP-FiO2 strategy on death and days free from mechanical ventilation among patients with acute respiratory distress syndrome: a randomized clinical trial. *Journal American Medicine Association*, 321(9), 846-857. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0555>
- Benner, B. P., Sutphen, M., & Leonard-kahn, V. (2009). Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473–477. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.5.473>
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de uti: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos*. 4(1), 44-50. <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/73/44a50.pdf>.
- Bouadma, L., Lescure, F. X., Lucet, J. C., Yazdanpanah, Y. & Timsit J.F. (2020). Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Medicine*, 46(4), 579-582. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>
- British Dietetic Association Critical Care Specialist Group. (2020). *Guidance on management of nutrition and dietetic services during the COVID-19 pandemic*. England.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology*, 2(2), 138-142. <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

- Caccialanza, R., Laviano, A., Lobascio, F., Montagna, E., Bruno, R., Ludovisi, S., Corsico, A. G., Di Sabatino, A., Belliato, M., Calvi, M., Iacona, I., Grugnetti, G., Bonadeo, E., Muzzi, A., & Cereda, E. (2020). Early nutritional supplementation in non-critically ill patients hospitalized for the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): Rationale and feasibility of a shared pragmatic protocol. *Nutrition*, 74, 110835. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110835>
- Carvalhido, J. (2014). *Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em unidades de cuidados intensivos* (Dissertação para obtenção do grau de mestre, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77880/2/33930.pdf>
- Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2015). Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(6). <https://doi.org/10.1111/jan.12913>.
- Chambel, É. (2012). *Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes* (Dissertação para obtenção do grau de mestre, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24228>
- Chandra, S. (2020). *Diagnostic strategies for COVID-19 and other Coronaviruses*. Roy Editors.
- Combes A., Hajage, D., Capellier, G., Demoule, A., Lavoué, S., Guervilly, C., Da Silva, D, Zafrani, L., Tirot, P., Veber, B., Maury, E., Levy, B., Cohen, Y., Richard, C., Kalfon, P., Bouadma, L., Mehdaoui, H., Beduneau, ... Mercat, A. (2018). Extracorporeal membrane oxygenation for severe acute respiratory distress syndrome. *New England Journal Medicine*, 378, 1965-1975. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800385>
- Como J. M. (2007). Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic nursing practice*, 21(5), 224-236. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000287986.17344.02>

- Correia, M. da C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese para obtenção do grau de doutor, Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/7992>
- Costa, V. T., Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2013). Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 21(5). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Dh3X7GNXs6gD4cJ4hVSLkFS/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Os%20enfermeiros%20gestores%20mencionaram%2C%20como,busca%20de%20melhorias%20dos%20processos.>
- Dardeir, A., Marudhai. S., Patel, M., Ghani, M. R. & Busa, V. (2020). Factors Influencing Prone Positioning in Treating Acute Respiratory Distress Syndrome and the Effect on Mortality Rate. *Cureus*, 12(10), e10767. <https://doi.org/10.7759/cureus.10767>
- De Almeida, A. C. G., Neves, A. L. D., De Souza, C. L. B., Garcia, J. H., De Lima, L. J., & De Barros B. L. (2012). Transporte intra-hospitalar de utentes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipa, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** 1ª série. 157 (16/08/2018) 4147 - 4182. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>;
- Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OCDE Health Working Papers*, 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (tese para obtenção do grau de doutor, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Almedina.

- Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República**, II Série. nº187 (24-10-2021) 96-103.
Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229. (26-11-2013) 34563-34565. [Consult. 22 set. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** II Série. 38. (22-02-2013) 7179-7180. [Consult. 21 abr. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>
- Despacho n.º 8046/2015. **Diário da República** II Série. 141 (22-07-2015) 19698. [Consult. 22 out. 2021]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2015/07/141000000/1969819698.pdf>
- Despacho n.º 19124/2005. **Diário da República** II Série. 169 (02-09-2005) 12834. [Consult. 16 mar. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1962401>
- Dhont, S., Derom, E., Van Braeckel, E., Depuydt, P., & Lambrecht, B. N. (2020) The pathophysiology of ‘happy’ hypoxemia in COVID-19. *Respiratory Research*, 21, 198. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01462-5>
- Dias, C. M. & Lopes, M. I. (2010). Raciocínio clínico em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-45. https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2355&id_event=64
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho*. Lusociência.
- Diemert, D. J. (2006). Prevention and self-treatment of traveler’s diarrhea. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(3). <https://doi.org/10.1128/CMR.00052-05>.
- Direção Regional Estatística da Madeira. (2020). *Estimativas provisórias de população residente 2011-2020: Censos 2011*. <https://estatistica.madeira.gov.pt/>

Direção-Geral da saúde - Circular normativa nº 18/2007: Comissões de Controlo de Infecção. 2007. Disponível na DGS.

Direção-Geral da saúde - Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. 2017. Acessível na DGS.

Direção-Geral da saúde – Norma nº 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. 2018. Acessível na DGS.

Direção-Geral da saúde – Norma nº 007/2020: Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). 2020. Acessível na DGS.

Direção-Geral da saúde – Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. 2014. Disponível na DGS.

Direção-Geral da saúde – Norma nº 019/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Acessível na DGS.

Direção-Geral da saúde – Norma nº 021/2015. “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. 2015. Acessível na DGS

Direção-Geral da saúde – Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. 2015. Acessível na DGS

Direção-Geral da Saúde – Orientação nº 021/2020: Terapia nutricional no doente com COVID-19. 2020. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização*.
https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%C3%A7%C3%A3o-do-PNCI_2008.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.). <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos (PPCIRA) 2018: Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2026*. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2015/12/diario-republica-2a-serie-no-187-de-24-de-setembro-de-2021-despacho-no-9390-de-2021.pdf>
- Doenges, M. & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. (5ª ed.). Lusociência.
- Domingues, S., Barros, T., Escada, A. & Almeida, E. (2016). O papel do enfermeiro na prevenção e controlo das IACS no SU. *Revista Evidência*, (3), 68. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19336/1/SKMBT_C55017111315471.pdf
- Dudaryk, R., & Navas-Blanco, J. R. (2020). Management of respiratory distress syndrome due to COVID-19 infection. *BMC Anesthesiology*, 177. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01095-7>.

- Emergency Care Research Institute. (2018). *Top 10 patient safety concerns for 2018*.
<https://www.ecri.org/Pages/Top-10-Patient-Safety-Concerns.aspx>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *COVID-19 Surveillance Report*. <https://covid19-surveillance-report.ecdc.europa.eu>
- European Commission DG Health and Consumer Protection. (2005). *Luxembourg declaration on patient safety*.
https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
- European Commission. (2009). Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infection. *Official Journal of the European Union*, 151 (1). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)
- Extracorporeal Life Support Organization. (2020). Initial ELSO Guidance Document: ECMO for COVID-19 Patients with Severe Cardiopulmonary Failure. *Journal American Society for Artificial Internal Organs*. <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001173>
- Fernandes, I. (2010). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing*, (259).
- Ferreira, A., Gomes, J. & Martins, C. (2016). *Um (novo) cuidar: os acompanhantes no serviço de urgência*. In I Congresso de Enfermagem JMS “Enfermagem: a ciência do cuidar”, Braga.
- Fontes, C., Menezes, D., Borgato, M. & Luiz M. (2017) Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(5), 1089-95. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Edição LIDEL.
- Froh, E., Flood, E., Lavenberg, J., Lebet, R., Lisanti, A., Spatz, D. & McCabe, M. (2021). Evidence in Hand: optimizing the unique skill set of a hospital-based center for nursing research and evidence-based practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 60- 63. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.011>

- Front Line COVID-19 Critical Care Alliance (2020). Clinical and Scientific Rationale for the “MATH+” Hospital Treatment Protocol for COVID-19. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36. <https://doi.org/10.1177/0885066620973585>
- Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. P. Neves & S. Pacheco (Coord.). *Para uma ética da enfermagem: desafios* (pp. 403-416). Gráfica de Coimbra.
- Garcia, T. R., Cubas, M. R., Galvão, M. C. & Nóbrega, M. M. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE(R): Versão 2019/2020*. Artmed Editora.
- Gattinoni, L., Chiumello, D. & Rossi, S. (2020). COVID-19 pneumonia: ARDS or not?. *Critical Care*, 24. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02880-z>
- Gomes, T. & Oliveira, M. (2010). *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde* (007/2010) 125. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R. & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychologic Medicine*, 45(14), 2937-2949 <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>
- Graça, A. C. G., da Silva, N. A. P., Correia, T. I. G., & Martins, M. D. da S. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (15). <https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Greipp, M. (1992). Greipp's model of ethical decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 734-738. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1992147529&app;lang=ptbr&site=ehost-live>.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formando*. BMJ Publishing Group.

- Grupo Português de Triage. (2011). *Sistema de triagem de manchester e as vias verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. BMJ Publishing Group.
- Guan, W., Ni, Z. & Hu, Y. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal Medicine*, 382(18), <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
- Guo, Y., Cao, Q., Hong, Z., Tan, Y., Chen, S., Jin, H., Tan, K., Wang, D. & Yan, Y. (2020) The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Military Medical Research.*, 7(11), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Halász, B., Grešš, B., Bérešová, A., Tkáčová, L. Magurová, D. & Lizáková, L. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards prevention of pressure ulcers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 2-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041705>
- Hamers, J. P. & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38(1), 19-25. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0286-x>
- Herisiyanto, A., Sulistyadi, K., Ramli, S. & Abdullah, S. (2020). The effect of nursing documentation and communication practices on patient safety practices in the Pemalang Ashari hospital. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 3(1), 10-19. <https://journalajrnh.com/index.php/AJRNH/article/view/22>
- Hua, F., Xie, H., Worthington, H., Furness, S., Zhang, Q., & Li, C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia (Review). *Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD008367). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460950/pdf/CD008367.pdf>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019

novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497–506.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Institute of Medicine - Committee on quality of health care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>

Instituto de Administração da Saúde (Ed.). (2020). *Plano de Contingência para as Infecções Emergentes: COVID-19 (Versão 2.0)*. https://covidmadeira.pt/wp-content/uploads/2020/03/Versa%CC%83o2_PlanoContinge%CC%82nciaRegional_COVID-19.pdf

Insua, J. T. (2018) Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Pernona y bioética*, 22(2): 223-246.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>

International Council of Nurses. (2019). *Browser para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2019*. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jacobs, J. P., Stammers, A. H., St Louis, J., Hayanga, J., Firstenberg, M. S., Mongero, L. B., Tesdahl, E. A., Rajagopal, K., Cheema, F. H., Coley, T., Badhwar, V., Sestokas, A. K., & Slepian, M. J. (2020). Extracorporeal Membrane Oxygenation in the Treatment of Severe Pulmonary and Cardiac Compromise in Coronavirus Disease 2019: Experience with 32 Patients. *American Society for Artificial Internal Organs Journal*, 66(7), 722–730.
<https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001185>

Kopel, J., Perisetti, A., Gajendran, M., Boregowda, U., & Goyal, H. (2020). Clinical insights into the gastrointestinal manifestations of Covid-19. *Digestive Diseases And Sciences*, 65(7). <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06362-8>

Kumar A., Arora, A., Sharma, P., Anikhindi, S. A., Bansal, N., Singla, V., Khare, S., & Srivastava, A. (2020a). Gastrointestinal and hepatic manifestations of Corona Virus Disease19 and their relationship to severe clinical course: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Gastroenterology*, 39(3), 268-284.
<https://doi.org/10.1007/s12664-020-01058-3>

- Kumar, S., Nyodu, R., Maurya, V. K. & Saxena, S. (2020b). *Morphology, genome organization, replication, and pathogenesis of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2)*. https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_3
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives* (7^a ed.). <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/construire-lescompetences-individuelles-et-collectives-9782212562255>
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., Place, S., Laethem, Y. V., Cabaraux, P., Mat, Q., Huet, K., Plzak, J., Horoi, M., Hans, S., Barillari, M. R., Cammaroto, G., Fakhry, N., Martiny, D., Ayad, T., Jouffe, L., Hopkins, C., ... COVID-19 Task Force Of YO-IFOS. (2020). Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of International Medicine*, 288(3), 335-344. <https://doi.org/10.1111/joim.13089>
- Lei n.º 15/2014. **Diário da República** I Série. 57 (21-03-2014) 2127-2131. [Consult. 13 nov 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Lei n.º 27/2006. **Diário da República** I Série. 126 (03-07-2006) 1-19. [Consult. 20 mai. 2020]. Disponível em WWW: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69738106/202107140402/69973183/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_Le_gislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Lei n.º 29/78. **Diário da República** Série I. 24 (28-01-1978) 269 – 270. [Consult. 7 dez 2021] Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/rectificacao/1978-298016>
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 149. (03-08-2015) 5311-4326. [Consult. 16.set. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** 1^a Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 7 dez 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>

- Li, J., Fink, J. B., & Ehrmann, S. (2020). High-flow nasal cannula for COVID-19 patients: low risk of bio-aerosol dispersion. *European Respiratory Journal*, 55(5). <https://doi.org/10.1183/13993003.00892-2020>
- Lobão, M. J. & Sousa, P. (2016). Infecções urinárias associadas a cateter vesical: contributos para a prática clínica. revista da sociedade portuguesa de medicina interna. *Artigos de Revisão: Publicação Trimestral*, 23(4). <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/v23n4a16.pdf>
- Lu, X., Jiang, L., Chen, T., Wang, Y., Zhang, B., Hong, Y., Wnag, J., & Yan, F. (2020). Continuously available ratio of SpO₂/FiO₂ serves as a noninvasive prognostic marker for intensive care patients with COVID-19. *Respiratory Research*. 21(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01455-4>
- Lucchini, A., Felppis, C., Elli, S., & Bambi, S. (2019). The burden of not-weighted factors in nursing workload: Can Nursing Activities Score be more suitable than TISS 28 and NEMS?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 82-83. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.002>
- Macedo, A., Petronilho, F., & Cainé, J. (2015). *Nursing information systems: from documentation as evidence to documentation as a support to the clinical decision making*. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050>.
- Magalhães, J. M., Maciel, C. F., Silva, C. D., Santos de Melo, J., Dias, K. S., Silva, K. O., Damasceno, M. V. & Meneses, S. M. (2020). Cuidados de enfermagem na manipulação do cateter de DVE e PIC através do relato de um caso clínico. *Brazilian Journal of health Review*, 3(5), 15243-15252. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18832/15161>
- Martin, B. & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *American Journal of Critical Care*, 14(2), 133- 142. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15728955/>
- Martins, M. A. P. & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados* (Revisão Sistemática de Literatura, Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias). <http://hdl.handle.net/10400.11/1707>

- Martins, M. M., Martinho, M. J., Carvalho, J. C., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2012). *Enfermagem e família: conceções dos enfermeiros em unidades de internamento*. <http://hdl.handle.net/10400.26/31851>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, C., Coelho, C., & Sacadura, P. (2009). *Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos (Diretiva “Seveso II”)*. http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT_7_Manual_Planos-Emergencia-Externos_2Edicao-JAN2018.pdf
- Ministério da Administração Interna. (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%
- Morton, C. O., Dos Santos, S. C. & Coote, P. (2007). An amphibian-derived, cationic, -helical antimicrobial peptide kills yeast by caspase-independent but AIF-dependent programmed cell death. *Molecular Microbiology*, 65(2). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2958.2007.05801.x>.
- Musa, S. (2020). Hepatic and gastrointestinal involvement in coronavirus disease 2019 (COVID-19): What do we know till now?. *Arabian journal of gastroenterology*, 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2020.03.002>
- Nascimento, D. O. & Santos, L. A. (2016). Infecção relacionada à saúde: percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 127–135. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771903>
- North American Nursing Diagnosis Association. (2021). *Nursing diagnoses: definitions and classification: 2021-2023* (12^a ed.). Thieme Medical Publishers.
- Nunes, L. (2004). A especificidade de enfermagem. In P. Neves, & M. S. Pacheco (eds.). *Para uma Ética de Enfermagem: Desafios* (pp. 33 - 48). Gráfica de Coimbra.
- Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e pessoal e discursos de acessibilidade. *Revista da Ciência da Saúde da ESSCVP*,

3, 1-8.

<http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=307%2049>

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *A prevenção e controlo das infeções hospitalares*. Author

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *CIPE® versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Author

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº 41/2020: Contenção mecânica de doentes em tempos de pandemia. Conselho de Enfermagem 2020-2023*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20318/parecer-n%C2%BA-41_ce_22102020_conten%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-de-doentes-em-tempo-de-pandemia_anonimizado.pdf

Organização das Nações Unidas. (1976) *Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. Carta Internacional de Direitos Humanos*.
<https://www.cne.pt/content/onu-pacto-internacional-sobre-os-direitos-civis-e-politicos>

Organização Mundial de Saúde. (2004) *World Alliance for Patient Safety Forward Programme*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2005). *The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers*. Author.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593180/en/

Organização Mundial de Saúde. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/pdf/TOC.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: interim guidance*. Author.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/178529>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance*.

[http://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](http://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts Interim guidance 2020 Background*. Author.

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Report of the WHO- China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Author

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Tracking SARS-CoV-2 variants*.

<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*.

<https://covid19.who.int/table>

- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331736>.
- Ostergaard, L., & Gassmann, M. (2016). Hypoxia, Focus Hypobaric Hypoxia. In: F. C. Mooren (ed.) *Encyclopedia of Exercise Medicine in Health and Disease*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-29807-6_98
- Ottestad, W., & Sovik, S. (2020). COVID-19 patients with respiratory failure: what can we learn from aviation medicine?. *Journal Anaesthesia Elsevier*, 125(3), e280–e281. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.04.012>
- Padoveze, M., Juskevicius, L., Santos, T., Nichiata, L., Ciosak, S., & Bertolozzi, M. (2019). O conceito de vulnerabilidade aplicado às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584>
- Pai, D. D., & Lautert, L. (2008). O trabalho em Urgência e Emergência e a relação com a Saúde das Profissionais de Enfermagem. *Revista Latino-america Enfermagem*, 16 (3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300017>
- Pan, C., Chen, L., Lu, C., Zhang, W., Xia, J.-A., Sklar, M., Du, B., Brochard, L., & Qiu, H. (2020). Lung recruitability in COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: a single-center observational study. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 201(10). <https://doi.org/10.1164/rccm.202003-0527LE>
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018) Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface*, 22(Supl. 2), 1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Pereira de Melo, R., & Freitas, H. (2006). Portfólio: uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens - Perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (2). <http://www.indexf.com/referencia/2006pdf/63-2006-jun.pdf>

- Pereira, M. A. (2005). *Má Notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto e Contexto – Enfermagem*. Florianópolis.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2011). *Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada*. Coimbra: Quarteto editora.
- Pokhrel, P. Hu, C. & Mao, H. (2020) Detecting the Coronavirus (COVID-19). *ACS Sensors* 5 (8), 2283-2296. <https://doi.org/10.1021/acssensors.0c01153>
- Potter, P., & Perry, A.G. (2006) *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Queijo, A., & Padilha, K. (2009). Nursing activities score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language [Special issue]. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43, 1018–1025. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ranieri, V. M., Rubenfeld, G. D. et al (2012). ARDS Definition Task Force. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012;307:2526-33.
- Recomendação nº 2018/C189/01. **Jornal Oficial da União Europeia**. C189/15 (22/05/2017) 1-13. [Consult. 14 nov 2021]. Disponível em WWW: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2018:189:FULL&from=FR>
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 13 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243. [Consult. 11 dez. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243. [Consult. 13 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2.ª série. 135 (16/07/2018). 19359-19370 [Consult. 4 mai. 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 533/2014. **Diário da República** n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02, 30247–30254. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155. [Consult. 31 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487. [Consult. 02 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Regulamento nº 361/2015. **Diário da República** 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 12 set 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I-A Série. 2 (03-01-2001) 14-36. [Consult. 30 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/235128>
- Resolução do Conselho de Ministros nº 33-A/2020. **Diário da República** Série I. 85 (30/04/2020) 10-21. [Consult 14 de nov 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/33-a-2020-132883344>
- Ribeiro, G. da S. R., Silva, R. C. da, & Ferreira, M. de A. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 972–980. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>

- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=a9h&AN=111389073&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,cookie,uid>
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60, 653-658.
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60, 653-658. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012>
- Schell, H. M., & Puntillo, K. (2005). *Critical care nursing secrets*. Mosby Elsevier.
- Schmulson, M., Dávalos, M. F., & Berumen, J. (2020). Beware gastrointestinal symptoms can be a Manifestation of Covid-19. *Journal of Gastrointestinal from Mexico*, 85(3), 282-287. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-680708>
- Scully, N. J. (2005). Leadership in nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Australian College of nursing*, 22(4), 439-444. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.004>
- Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. (2022). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_VAprovada_2022_Publico.pdf
- Sell, J. & Dolan, B. (2018). Common gastrointestinal infections. Primary care. *Clinics in Office Practice*, 45(3), 519–532. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.05.00>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas. Funchal: Hospital Central do Funchal

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*. Hospital Central do Funchal
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021b). Serviço de Medicina Intensiva. <https://www.sesaram.pt/smi/>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021b). *Serviço de Medicina Intensiva*. <https://www.sesaram.pt/smi/>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021c). Infosaúde: prevenção de quedas. https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=290
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021c). *Infosaúde: prevenção de quedas*. https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=290
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d). *STOP Infecção Hospitalar! Um desafio* Gulbenkian. https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25:stop-infeccao-hospitalar&catid=9:geral&Itemid=187
- Siddiqi, H. K. & Mehra, M. R. (2020). COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal. *Journal Heart Lung Transplant*, 39(5), 405-407. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.03.012>
- Silva, M. A. O. C. (2012). *Pessoa em situação crítica: Foco de cuidados do enfermeiro especialista*. Universidade Católica Portuguesa do Porto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUAC%3A%20CR%3A%20E2%80%93%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>

- Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22. http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2011). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12ª ed.). Guanabara Koogan.
- Sociedad Española De Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias (Semicyuc) (2021). *Algoritmo del tratamiento nutricional en pacientes con covid-19 del grupo de trabajo de metabolismo y nutrición de la semicyuc*. <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/04/SEMICYUC-ALGORITMO-PAC-NUTRIC-COVID-19.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). *Abordagem do covid-19 em medicina intensiva: Recomendações*. Lisboa.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, (21), 151 – 158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Sousa, L., Almeida, A. & Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde Social*, 20(1), <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>
- Souza, L., Mota, V., Carvalho, A., Corrêa, R., Libério, S., & Lopes, F. (2017). Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of

- patients on mechanical ventilation. *Brazilian Oral Research*, 31, 1-9.
<http://www.scielo.br/pdf/bor/v31/1807-3107-bor-31-1807-3107BOR-2017vol310038.pdf>
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência
- Tobin, M. J., Laghi, F. & Jubran, A. (2020). Why COVID-19 silent hypoxemia is baffling to physicians. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 202(3), 356-360. <https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2157CP>
- Tranquada, M. F. (2013). *Comunicação durante a transição das equipas* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/master_mariana_fernandes_tranquada.pdf
- Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para reeducar e readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145 - 158). Lusodidacta
- Veenema, T. G. (2018). *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards* (4th ed.) Springer Publishing Compan
- Vessey, J.A. & Betz, C. L. (2020). Everything Old is New again: COVID-19 and Public Health. *Journal Pediatric Nursening*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.014>
- Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/Susana+Maria+d+a+ Cunha+Vieira.pdf>
- Vieira, S. R. O. (2010). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny).

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22012/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20_%20Sofia%20Vieira.pdf

- Wichmann, D., Sperhake, J.-P., Lutgehetmann, M., Steurer, S., Edler, C., Heinemann, A., Heinrich, F., Mushumba, H., Kniep, I., Schroder, A. S., Burderlski, C., de Heer, G., Nierhaus, A., ... Kluge, S. (2020). Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Ann International Medicine*, 173(4), 268-277. <https://doi.org/10.7326/M20-2003>
- Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H.C. (2020). Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *Journal American Medical Association*, 324(8), 782-793. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- Xia, Y., Ding, Q., Lu, P., Fan, Y. & Liu, M. (2020) The clinical features of pneumonia patients co-infected with the 2019 novel coronavirus and the influenza virus in Wuhan, China. *Journal Medicine Virology*, 92(2), 1549-1555. <https://doi.org/10.1002/jmv.25781>.
- Xu, X. W., Wu, X.-X., Jiang, X.-G., Xu, K.-J., Ying, L.-J., Ma, C.-L., Li, S.-B., Wang, H.-Y., Zhang, S., Gao, H.-N., Sheng, J.-F., Cai, H.-L., Qiu, Y.-Q., & Li, L.J. (2020). Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: Retrospective case series. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m606>
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., Wu, Y., Zhang, L., Yu, Z., Fang, M., Yu, T., Wang, Y., Pan, S., Zou, X., Yuan, S., & Shang, Y. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in

Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respiratory Medicine*, 8(5). [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).