

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de Competências nos Cuidados de
Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação**

Crítica:

Da Urgência aos Cuidados Intensivos Cardiotorácicos

Rui Alexandre Sousa Góis

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2023**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de Competências nos Cuidados de
Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação
Crítica:**

Da Urgência aos Cuidados Intensivos Cardiotorácicos

Rui Alexandre Sousa Góis

Docente: Prof.^a Doutora Márcia Alves

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2023

“All we have to decide is what to do with the time that is given to us.”

“Gandalf” – J. R. R. Tolkien (1991, p.51)

“Tudo o que temos que decidir é o que fazer com o tempo que nos é
dado.”

“Gandalf” – J. R. R. Tolkien (1991, p. 51)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Rui e Silvia, que me enraizaram e incutiram a boa educação, a integridade, a honestidade, a gratidão, e o respeito por mim próprio e pelo outro. Que neste processo me ampararam nos tropeções da vida, e me levantaram sempre para me tornar a versão mais feliz de mim. Por serem a minha inspiração. Ao exemplo que são, de bondade, carinho e união. Pelo amor que me têm.

À minha avó Madalena, que me ensinou verdadeiramente o que é cuidar com amor. Sinto a tua falta todos os dias, mas sei que estás presente em mim.

Aos meus tios Ângela, Carmo, José e Teresa, que fazem de mim um filho também deles. Que me tratam com todo o apoio, preocupação, suporte e admiração.

À Sofia, minha companheira da vida, pela ternura, carinho e compreensão com que me trata todos os dias.

À minha restante família, por acreditarem sempre em mim.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, por desde muito cedo ser o berço da minha profissão.

À Prof.^a Doutora Márcia Alves, pelas suas preciosas orientações e sua disponibilidade ao longo deste gratificante percurso.

À Enf.^a Élia Reis, por me ensinar e inspirar a ser líder, passando-me o espírito de liderança, e por me fazer ainda mais acreditar que a empatia pelo outro é metade do caminho para ter sucesso e ser feliz.

À Enf.^a Carmo Sousa, por me ensinar e inspirar a arte da destreza e o espírito de sacrifício e resiliência, cativando-me a ser trabalhador e me mostrar que a dedicação sempre compensa.

À Enf.^a Fátima Rabim, por me ensinar e inspirar o pensamento crítico no maior rigor possível, sabendo que é nos mais pequenos detalhes que a mudança para melhor acontece, sendo este o caminho da excelência.

Às quatro orientadoras deste percurso, por me fazerem crescer e quererem o melhor de mim.

Às pessoas que cuidei quando mais se encontravam vulneráveis, que mesmo sem se aperceberem, muito me ensinaram.

A todos os que fizeram parte do meu percurso.

RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, sendo instrumento de prova aquando do processo de desenvolvimento e aprofundamento de competências no cuidar da pessoa em situação crítica.

Este relatório incide sobre os estágios desenvolvidos no Hospital Dr. Nélcio Mendonça, mais concretamente no Serviço de Urgência Polivalente (Prática Clínica I), na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Prática Clínica II e III (Módulo I)) e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios (Estágio de Opção), refletindo sobre habilidades pessoais, profissionais, valores, crenças e atitudes intrínsecas ao percurso efetuado.

Neste relatório, integro uma metodologia descritiva e analítica, fundamentada pela evidência científica, para demonstrar o desenvolvimento nos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da exposição de situações e intervenções nas quais descrevo como agi ao longo dos estágios.

Como objetivo final, pretendo evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da apresentação pública e discussão do relatório de estágio, das situações decorrentes da prática profissional e suas implicações no cuidado holístico.

A procura da excelência aquando do exercício profissional como processo de desenvolvimento de competências, e a perícia no desenvolvimento da capacidade de reconhecimento e antecipação perante sinais e sintomas de deterioração e instabilidade de pacientes em situação crítica, tornaram-se os objetivos principais aquando da mobilização de conhecimentos para a prática.

Capacitou a motivação intrínseca para o desenvolvimento de conhecimento científico e prático na forma de aperfeiçoamento do pensamento crítico, de modo a que a prestação de cuidados ao paciente crítico fosse realizada, garantindo a sua segurança, minimizando potenciais riscos, e cuidando-o como um ser holístico e vulnerável, não esquecendo o elo familiar, promovendo uma transição saudável.

Palavras-Chave: Competências; Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem Especializados; Especialidade Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This report is part of the V Master's in Medical-Surgical Nursing study plan at São José de Cluny's Superior Nursing School, in partnership with Santa Maria Superior Health School, being a test instrument during the development process and deepening of skills in caring for the person in a critical situation.

This report focuses on the internships developed at Dr. Nélío Mendonça Hospital, more specifically in the Multipurpose Accident & Emergency Service (Clinical Practice I), in the Multipurpose Intensive Care Unit (Clinical Practice II and III (Module I)) and in the Cardiothoracic Intensive Care Unit (Optional Internship), reflecting on personal and professional skills, values, beliefs and attitudes intrinsic to the taken path.

This report integrates a descriptive and analytical methodology, based on scientific evidence, in order to demonstrate the development in the domains of common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, through the exposition of the situations and interventions in which I describe how I acted throughout the stages.

As the final objective, it is intended to highlight the development of a Master's skills, through the public presentation and discussion of this internship report, situations arising from professional practice and their implications into a holistic care.

The search for excellence in the professional practice as a process of skills development, the expertise in developing the ability to recognize and anticipate signs and symptoms of patient deterioration and instability in a critical care situation, have become the main objectives when mobilizing knowledge.

It enabled, the intrinsic motivation, for the development of a scientific and practical knowledge in the form of improving critical thinking so that the provision of care to the critical patient was carried out, guaranteeing their safety, minimizing potential risks, and caring for them holistically, as a vulnerable person, not forgetting the family/next of kin, promoting so a healthy transition.

Keywords: Competencies; Nursing; Critical Patient; Specialized Nursing Care; Medical-Surgical Specialization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*

AEM – Associação para a Cooperação e Formação em Emergência Médica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIA – Balão Intra-Aórtico

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CDE – Código Deontológico da Enfermagem

CEU – Cuidados Especiais da Urgência

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

ECMO – Extra-Corporeal Membrane Oxygenation

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

ERC – *European Resuscitation Council*

EWS – *Early Warning Score*

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

H1N1 – *Influenzae A*

HIC – Hipertensão Intracraniana

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

NATO – *North Atlantic Treaty Organization*

NHS – *National Health Service*

NMC – *Nursing and Midwifery Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PHTLS – *Pre-Hospital Trauma Life Support*

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PRC – Programa de Recuperação de Cirurgias

pro-BNP – Peptídeo Natriurético do Tipo-B

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RM – Ressonância Magnética

RT-PCR – *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPIKES – *Setting Up the Interview, Perception, Invitation, Knowledge, Explore Emotions e Strategy and Summary*

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio no Sangue

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Computorizada

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TRALI – *Transfusion-related Acute Lung Injury*

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestéticos

UTIC – Unidade de Tratamento Intensivo de Coronários

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA NO DESENVOLVIMENTO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	14
1.1. O Cuidar da Pessoa em Situação Crítica	24
2. CAPÍTULO II – MATRIZ DOS DESENVOLVIMENTOS DE COMPETÊNCIAS E CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA NO PERCURSO DO MESTRADO.....	35
2.1. Competências Comuns	36
2.2. Competências Específicas.....	45
2.2.1 Estágio I – Serviço de Urgência Polivalente	46
2.2.2 Estágio II – Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente	63
2.2.3 Estágio III – Serviço de Cuidados Intensivos Cardiorácicos.....	81
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Relatório de Estágio inserido no âmbito do plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, realizado em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, pelo que a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

O objetivo deste relatório consiste em demonstrar o desenvolvimento de competências comuns, dos enfermeiros Especialistas publicadas através do Regulamento n.º 140/2019, e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, publicadas através do Regulamento n.º 429/2018, em Diário da República. Estas competências serão demonstradas através da explanação do conhecimento adquirido em contexto do domínio especializado no ramo da pessoa em situação crítica.

A realização deste documento, como suporte no desenvolvimento destas competências ao longo do curso, foi baseado nos conceitos teórico-práticos de Le Boterf, Afaf Meleis e Patrícia Benner, de forma a desenvolver as respetivas competências de uma maneira mais clara e evidente, num contexto adaptado à realidade da Enfermagem Moderna, e de toda a experiência adquirida no seu percurso até aos dias de hoje. Além da fundamentação destes modelos teóricos de Enfermagem, os princípios éticos, assim como as competências anteriormente referidas, aliadas às competências indicadas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação da *Joint Quality Initiative* (2004), serviram para sistematizar todo o processo de aprendizagem desenvolvido na aquisição de competências no cuidar do doente crítico, pelo que se constitui, este documento, um relatório de estágio de natureza profissional que visa a obtenção do grau de Mestre, de acordo com a aquisição de competências preconizadas pelos descritores de Dublin previstos para o 2º Ciclo do Ensino Superior.

Ainda, de forma à atribuição do grau de Mestre, o “Quadro Nacional de Qualificações” aprovado pela Portaria n.º 782/2009 foi tido em conta, uma vez que o mesmo caracteriza genericamente as áreas nas quais o mestrando deverá adquirir competências, mais concretamente ao nível de conhecimentos, de aptidões e de atitudes. Já a Agência Nacional, no contexto da Qualificação e Ensino Profissional e Direção-Geral do Ensino Superior (2013) definem como descritores da qualificação, o conhecimento e capacidade de

compreensão, a aplicação desses conhecimentos e compreensões, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e competências de autoaprendizagem.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, a denominação de que um Mestre se caracteriza como sendo capaz de revelar conhecimentos, define-se na capacidade de os compreender e desenvolver, tendo em conta a obtenção de conhecimentos adquiridos em ciclo anterior, aplicando-os com o intuito de proporcionar uma resolução de problemas coesa e pretendida.

Através deste documento jurídico, é entendido que a classificação de Mestre se qualifica pela capacidade do mesmo demonstrar-se a integrar novos conhecimentos, gerir assuntos complexos, capacitar-se na medida de solucionar problemas em situações cuja informação seja limitada ou incompleta, realizar análises e reflexões de implicações e responsabilidades éticas e sociais decorrentes dessas mesmas soluções, e comunicar conclusões de possam surgir a pessoal Especialista e não Especialista, estando cientes da demonstração de competências que permitam uma aprendizagem contínua.

As práticas clínicas realizaram-se em três campos de estágio distintos, inseridos no Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM), Hospital este central da Região Autónoma da Madeira (RAM) pertencente ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), sendo eles o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádicos (UCICT), num intervalo cronológico compreendido entre 25 de outubro de 2021 a 20 de junho de 2022. A UCICT, como último campo de estágio de opção, foi o escolhido para aprimorar com excelência as minhas intervenções, e consequentemente competências de Mestre em Enfermagem neste campo tão essencial.

Nas palavras de Brunt (2014), “ser “competente” numa ação é o resultado de um processo de aprendizagem, sendo um importante papel do enfermeiro Especialista a promoção de aprendizagens ao longo da vida, garantindo uma assistência clínica de qualidade à população” (p. 5).

A especialização em Enfermagem surge como uma imposição inata à evolução dos profissionais, uma vez que é uma área cujo desenvolvimento se torna constante, dada a atualização permanente de evidência científica, e consequente implicação da sua aplicação na prática, através de novos métodos, novas técnicas e novas formas de atuar. Assim, é através desta vontade de ser exigente, que possibilitamos a qualificação profissional adaptada às necessidades atuais, de forma a desempenhar o exercício da nossa profissão de um modo mais seguro e eficaz, no cuidado das pessoas vulneráveis em situação crítica.

É importante referir que, segundo Pinho (2020), o ensino da Enfermagem tem de acompanhar as alterações de paradigmas, tal como tem sido feito até a atualidade, sabendo que este trilha deve ser preenchido por horas de discussão e incertezas, ao longo do caminho da excelência que se pretende para a prática clínica, acreditando que o desenvolvimento de competências deve ser uma ligação íntima entre a Escola e o Hospital.

A estrutura deste relatório encontra-se dividida em dois capítulos, sendo o primeiro uma contextualização teórica no desenvolvimento do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, onde serão descritas definições importantes na caracterização desta área da Enfermagem, sendo que aqui será explanada de igual forma a importância dos conceitos teóricos já referidos aquando da evolução de um aspirante a Mestre.

No segundo capítulo, serão evidenciadas as competências comuns e específicas, sendo que a abordagem das competências específicas será correlacionada às atividades desenvolvidas em contextos da prática clínica, nos três campos de estágio. É importante referir que neste capítulo insere-se, ao longo da descrição dos estágios, uma abordagem crítica sobre as capacidades intemporais de que um enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica deverá ser munido, sendo realizada uma abordagem reflexiva sobre os desafios e as oportunidades existentes na Enfermagem, tendo em conta a importância que tem a mesma na sociedade em que se insere.

A metodologia utilizada como base na realização deste relatório foi o método descritivo e analítico, através da reflexão crítica fundamentada na evidência científica, correlacionando-se os aspetos ético-legais e teórico-práticos da Enfermagem, juntamente com bibliografia de pertinência científica em bases de dados, livros e revistas científicas, na valorização e reconhecimento dos respetivos critérios de avaliação.

Os contextos das práticas críticas promoveram, capacitaram e potenciaram o desenvolvimento das minhas competências específicas no cuidado da pessoa em situação crítica. Esta postura permitiu-me ser capaz de reagir em tempo útil, sempre de uma forma holística, maximizando a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção, de forma a atuar sempre em segurança, prevenindo potenciais riscos, visando a melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados.

Refiro, como importante afirmação, de que o principal objetivo das práticas clínicas foi sempre o paciente crítico. Ciente e seguro de que ao longo deste percurso o melhor de mim foi investido na constante ambição de querer o melhor cuidado da pessoa vulnerável, crendo que a minha prática na identificação de sinais de instabilidade foi apurada, através de

uma vigilância contínua, reflexão diária, e antecipação constante da deterioração do paciente, aliada à minha experiência profissional.

Salienta-se que o tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas é realizado segundo as normas e princípios da *American Psychological Association*, tendo a metodologia como base a utilização do estilo proposto pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

**1. CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA NO
DESENVOLVIMENTO DO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

No início deste relatório, considero essencial a contextualização teórica associada ao percurso desenvolvido ao longo deste Mestrado, sendo pertinente refletir sobre o desenvolvimento das competências que foram progressivamente adquiridas no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de um SUP, de uma UCIP e de uma UCICT.

Segundo Nichols e Monahan (2010), considera-se a Enfermagem Médico-Cirúrgica uma área da Enfermagem dedicada aos cuidados a adultos com alterações fisiológicas, traumatismos ou eventuais incapacidades previstas, ou já existentes, sendo inclusivamente comparada à espinha dorsal da Enfermagem Moderna, e a base da prática de todas as instituições de cuidados de saúde.

Atualmente, o *International Council of Nurses* ([ICN], 2022) conselho internacional composto por associações de Enfermagem, caracteriza a Enfermagem como parte integrante do sistema de saúde que engloba cuidados autónomos e colaborativos com o sólido propósito da promoção da saúde e prevenção de doenças, no atendimento de pessoas em estado de doença, quer física, quer mental, bem como de pessoas incapacitadas ou moribundas.

Segundo a ICN (2022), o foco de atenção dos enfermeiros incide na gestão de respostas individuais, familiares e grupais, relativas a problemas de saúde reais ou potenciais, incluindo no seu papel a advocacia, a educação, a promoção de um ambiente seguro, a pesquisa, e ainda a participação na formulação de políticas de saúde, tendo em conta o largo espectro na dimensão dos cuidados de saúde.

De forma a fundamentar a minha prática clínica nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, baseei-me na perspetiva de Le Boterf, no modelo conceptual de Patrícia Benner, e na teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

Nas palavras de Gonçalves (2021), é através de um paralelismo entre a perspetiva de Le Boterf e a perspetiva de Benner, sobre o desenvolvimento de competências, que é possível afirmar que “o enfermeiro que sabe agir com pertinência, dialogando na situação sem estar preso a algoritmos, a normas ou a procedimentos preestabelecidos, é um profissional que se situa num nível máximo de competência, o nível de perito” (p. 31), sendo este o real motivo que se pretende com ambição da aquisição do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo Le Boterf (1994), a competência é uma realidade dinâmica que se define como um tipo de “Saber-Fazer”, com validade operacional. Isto implica que, a existência de

uma competência, compreenda a capacidade de aprender e adaptar-se, afastando-se do conceito de execução de tarefas de carácter repetitivo e semelhante.

O mesmo autor refere que este tipo de teoria defende a união de vários saberes que caracterizam individualmente cada competência. Explicando este conceito, Le Boterf (1994) indica que os tais saberes teóricos, que agem como orientadores da ação, não tendo a tal finalidade prática, têm sim uma finalidade facilitadora do pensamento direccionado à enunciação de hipóteses.

A existência de vários saberes, caracterizando-se pelo “Saber-Fazer Processual” e pelo “Saber-Fazer Experiencial”, têm como intuito atuarem como regras para a ação, como uma união de saberes teóricos e processuais, tendo como exemplo a simulação do real e a mobilização de conhecimentos nas experiências da prática (Le Boterf, 1994).

A existência do “Saber-Fazer Experiencial” é fruto da prática refletida que reinveste o conhecimento adquirido para uma nova situação denominada de “Saber-Fazer Social”, que alberga o conhecimento de comportamentos socioprofissionais, de atitudes relacionais e comunicativas, tal como de atitudes éticas (Le Boterf, 1994).

Determina também, o autor, a existência do “Saber-Fazer Cognitivo” que atua como uma capacidade de realização operacional, intelectual, com o intuito de formular, analisar e resolver problemas, concebendo e realizando projetos, tomando decisões, e proporcionando ser criativo e inovador.

Em suma, Le Boterf (1994) afirma que para ser competente não basta ser munido de capacidades e conhecimentos, mas sim habilitado de conseguir correlacionar a aptidão de saber mobilizar essas capacidades de forma pertinente, sabendo pô-las em prática no momento adequado, afirmando que a competência se revela na ação e transição dessas capacidades.

Patrícia Benner (2001), através da sua obra *“From Novice to Expert”*, expõe a elaboração de uma teoria baseada na aquisição de experiências e competências de Enfermagem em cinco fases, sendo elas a de “Iniciado”, de “Iniciado Avançado”, de “Competente”, de “Proeficiente” e de “Perito”.

O enfermeiro “Iniciado”, tal como o significado inato da palavra assim o caracteriza, é todo o profissional que está a iniciar uma atividade profissional nova, não necessariamente, contudo, que isso o naturalmente defina como apenas no início da sua carreira profissional. O enfermeiro “Iniciado” é inflexível e muitas vezes limitado nas suas ações, sendo mais reconhecido este perfil em estudantes de Enfermagem, porém um

enfermeiro que mude de serviço poderá se enquadrar no mesmo perfil, ou nesta etapa de progresso (*idem*).

A autora desta teoria refere que o enfermeiro, nesta fase, não possui qualquer experiência prévia das situações que enfrentará, pelo que apresenta dificuldade em diferenciar entre os aspetos relevantes e irrelevantes numa determinada situação.

Neste contexto, Benner (2001) refere que é pertinente descrever situações quanto aos objetivos que permitam conhecer a condição do paciente, pelo que a área onde o enfermeiro inicia a sua atividade profissional, seja ela por mudança de serviço ou por início de carreira, é-lhe alienada do conhecimento. Este “Iniciado”, normalmente tem sempre um ponto de partida seguro capacitando-o a que possa aprender com a assimilação de situações clínicas que vão ocorrendo, não exigindo qualquer tipo de experiência prévia. Exemplo deste tipo de ponto de partida seguro seria a utilização da técnica “*Shadowing*”, que em contexto prático significa ser a “sombra” de um profissional com experiência, percebendo e seguindo os passos dados em respetivo meio laboral.

O enfermeiro “Iniciado Avançado” é aquele profissional que no seu historial já enfrentou situações complexas o suficiente para perceber todos os componentes significativos que ocorrem em situações idênticas, caracterizando-se esta capacidade de introspeção como “Aspetos da Situação”. Porém, este progresso necessita de experiência anterior para reconhecer esta transversalidade de situações (*idem*).

Apesar de ser responsável pelos cuidados à pessoa doente, este profissional é dependente da orientação de enfermeiros mais experientes que o possam orientar nas suas tarefas e responsabilidades, apresentando dificuldades em dominar a situação numa perspetiva mais ampliada.

É importante referir que, estando numa segunda fase deste processo de competências, o “Iniciado Avançado” poderá ser uma pessoa que orienta o enfermeiro “Iniciado”, conseguindo estabelecer princípios que ditem as ações nos aspetos e atributos de cada situação.

No nível de competência “Competente”, o profissional obtém uma capacidade de visão a longo prazo relativamente às suas metas e planos, pelo que começa a ser evidenciado no momento da realização dos seus cuidados de Enfermagem. Apesar de ser competente na sua área, com a experiência de trabalho compreendida entre dois a três anos em semelhantes contextos clínicos, o enfermeiro não possui a maleabilidade nem a rapidez de um enfermeiro “Proficiente”, pelo que sente que o seu conhecimento é sólido, ainda que, porém, sendo capaz de fazer frente a imprevistos que não são tão comuns na sua prática de cuidados. É

através do planeamento consciente e deliberado que a sua competência ganha mais eficiência e organização (Benner, 2001).

Na fase da “Proeficiência” o enfermeiro é um profissional que aprende as situações como um todo, pelo que recorre à percepção, e as suas ações executadas são guiadas por máximas, necessitando de um bom entendimento da situação em questão, antes de as colocar em prática. Este tipo de enfermeiro é um profissional que consegue aprender, especialmente por meio de um método indutivo, isto é, em momentos que possam utilizar os seus meios de compreensão nas situações em questão, de forma a adquirir o melhor dessa prática. Porém, nas situações em que a sua compreensão excede a do enfermeiro proficiente, é descoberto um domínio novo, onde a aprendizagem requer-se como necessária (*idem*).

Benner (2001) afirma que o enfermeiro “Perito” é detentor de uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando-se num julgamento clínico ágil e intuitivo aquando da identificação de problemas, sejam eles do paciente ou da sua respetiva família ou pessoa de referência, prestando cuidados de dotação holística. Esta fase de competência corresponde à capacidade de o enfermeiro dar uma resposta adaptada à situação em questão, procurando sempre que a respetiva ação seja a solução mais correta, atendendo à compreensão total da circunstância, suportando-se sempre pela valorização holística e qualitativa.

É importante referir que este profissional de Enfermagem, sendo ele “Perito”, não é difícil de ser reconhecido pelos seus colegas, uma vez que são estes quem fornecem opiniões clínicas e resolvem situações complexas de uma forma eficiente e admirável. Segundo Benner et al. (2011) os conhecimentos da “Perícia Clínica” são a chave do progresso, da prática e do desenvolvimento da ciência na Enfermagem.

O conceito de “Perícia” na Enfermagem relaciona-se a um típico quadro teórico que ajuda no delineamento da organização e planeamento dos cuidados, na medida em que promove uma evolução positiva dos pacientes. Christensen e Hewitt-Taylor (2006) referem que no plano teórico e empírico, a “Perícia” da Enfermagem encontra-se diretamente ligada aos resultados dos cuidados e à qualidade global dos cuidados de saúde, de uma forma a que exista uma crescente investigação que evidencie a relação positiva entre níveis de perícia do enfermeiro e os resultados das suas intervenções.

Consigo identificar, através da minha experiência profissional, cada etapa desenvolvida desde o início na minha carreira profissional, até aos dias de hoje. As correlações com estas etapas são reconhecidas nas retrospectivas típicas do meio hospitalar, desde o enfrentar de problemas, aprendendo com o dinamismo do cuidar, ao capacitar-me

no lidar da resolução dos mesmos, através da aposta na formação contínua e identificação de modelos de Enfermagem que me promovem a ser mais competente.

Para isto, a minha experiência como enfermeiro no Reino Unido, iniciando-a como recém-licenciado, capacitou-me de enriquecer e adaptar-me a um meio rico em diversas culturas, proporcionando-me conseguir comportar-me de forma adequada, pessoal e profissionalmente, aos demais possíveis conflitos morais e culturais que numa sociedade diversificada como esta poderia ocorrer, tendo em conta a natureza da Enfermagem, aliada à insegurança inicial da responsabilidade profissional sobre os meus atos e decisões clínicas.

De acordo com Hinkle et al. (2016), o cuidado de Enfermagem culturalmente competente é definido como um cuidado “efetivo e individualizado, que demonstra respeito pela dignidade, pelos direitos pessoais, pelas preferências, crenças e práticas do indivíduo que recebe o cuidado, reconhecendo os vieses da pessoa que presta o cuidado e evitando que esses vieses interfiram no cuidado prestado” (p. 186).

Os mesmos autores referem que a conscientização ou sensibilidade cultural significa a perceção inata das diferenças culturais que podem existir aquando do processo de prestação de cuidado. É importante que o enfermeiro tenha a capacidade de ajustar a perceção das diferenças que culturalmente possam existir, e de planear adequadamente as suas intervenções de Enfermagem de uma forma culturalmente competente. Nesse contexto, a capacidade de se adaptar culturalmente é definida como um contexto dinâmico que exige um vasto conhecimento transcultural sobre as informações de outros núcleos socioculturais, mantendo, predominantemente o respeito e sensibilidade adequados, sobre a respetiva situação em questão.

O cuidado de Enfermagem culturalmente competente, ou seja, também ele internacional, incorpora o fornecimento de informações congruentes com uma dada cultura. Este cuidado envolve uma integração complexa entre atitudes, conhecimentos e habilidades (inclusive a avaliação, a tomada de decisões, os julgamentos, o pensamento crítico e a avaliação) que possibilitam que os enfermeiros prestem um cuidado culturalmente adequado.

A consistência da integridade no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica torna-se importante, e é apenas mantida com a conjugação contínua de vários elementos que necessitam de fazer parte da capacidade de um enfermeiro ser competente, sendo eles caracterizados como a liderança, a comunicação, a tomada de decisão, a gestão de conflitos, e a capacidade de reconhecimento e antecipação na deterioração do estado de saúde da pessoa em situação crítica, devendo ter em conta que a Enfermagem Médico-Cirúrgica é internacionalmente transversal, considerando que os desafios diários, aquando do exercício

da nossa profissão, são sempre oportunidades a absorver, possibilitando o enfermeiro a ser dotado de uma preparação que o capacite a atuar na circunstância do momento, independentemente da gravidade da situação.

Com isto, o desenvolvimento das minhas competências científicas e técnicas na área da pessoa em situação crítica, desenvolveram-se ao longo dos anos, trabalhando num setor do cuidado crítico num hospital do sistema de saúde nacional (*National Health Service [NHS]*) do Reino Unido, o que me preparou, desde cedo, para a necessidade de atuação imediata, precisa, eficiente e competente.

Nesta prática, trabalhando maioritariamente com pacientes de nível II e III, tanto numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) como numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) desse mesmo hospital, consegui desenvolver conhecimentos e habilidades específicas no cuidar de pacientes em situação crítica que dependessem de Suporte Avançado de Vida (SAV), tendo em conta as *guidelines* mais recentes, executando procedimentos específicos de elevada complexidade que fossem necessários à manutenção da estabilidade da pessoa em situação crítica, gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos e ainda maximizando a intervenção e prevenção de controlo da infeção perante este tipo de pacientes.

Como recém-licenciado nesta valência, senti necessidade de desenvolver consistência e mais domínio na gestão de eventos críticos, pelo que a prevenção de complicações, o desenvolvimento de habilidades no reconhecimento e a prevenção do agravamento do estado de saúde, atuando adequadamente nas situações ocorridas, foram constantemente trabalhadas.

Com a aquisição de uma maior experiência, quando já me adaptava de forma consistente no trabalho inicial candidatei-me para o posto de “*Charge Nurse*” na UCPA, que consegui ser eleito para tal, onde posteriormente tive a oportunidade de assumir a liderança completa da respetiva UCPA como líder-interino aquando da ausência da Enfermeira-Chefe, sendo então reconhecida esta oportunidade através da minha competência e dedicação à prática de Enfermagem, tornando-se esta uma afirmação concreta do desenvolvimento das minhas competências.

Ao longo do exercício deste meu posto, tornei-me responsável sobre a auditoria da segurança dos pacientes na UCPA, o que me incentivou a apurar o espírito crítico e reflexivo sobre a segurança de todos os pacientes admitidos no respetivo serviço, prevenindo ao máximo possíveis complicações e detetando potenciais situações de perigo para os pacientes.

Desenvolvi competências pessoais tais como agir com adequada calma e segurança aquando dos meus atos e decisões, gerir e atuar sobre o controlo de situações, manifestando sentido de responsabilidade, autoconfiança e gestão emocional, promovendo o autointeresse e vontade para o exercício das funções, agindo perpetuamente com improviso e adaptação de forma a ultrapassar os obstáculos.

Ainda nesta vertente, foi-me apenas possível melhorar as minhas intervenções participando em processos de formação contínua que me transmitissem mais segurança e preparação na atuação em situações de emergência.

Sabendo que como recém-licenciado é difícil entender a vasta dimensão das mais variadas situações de emergência e cuidado dinamizado a pacientes críticos, uma vez que o *stress* e a urgência/emergência do momento assim impõe uma atuação eficiente e proativa, completei o curso universitário “*Mentor Clinical Educator and Practice Educator Preparation*” pelo que acredito que ser um agente facilitador de formação, mobilizando a minha credível experiência para uma melhor adaptação e inserção de recém-licenciados de modo a trabalhar as demais competências técnico-profissionais, é fulcral no envolver, com responsabilidade e interesse, capacitando esses novos elementos na equipa a se tornarem membros fundamentais e competentes no cuidado de qualquer paciente crítico.

Acredito também que para passar às seguintes fases de competência, é necessário ser capaz de ser mentor, pelo que me baseio no pensamento de Joubert (1983) de que ensinar é aprender duas vezes. Após este posto de trabalho no Reino Unido, a minha deslocação para a ilha da Madeira, ainda que pela condicionante da falta de disponibilidade de vagas na área que detinha experiência, deu-se no enveredar por uma nova área que igualmente sempre me interessou, a saúde mental.

No tempo passado numa unidade de agudos em psiquiatria e saúde mental consegui desenvolver competências novas, assim como apurar outros conhecimentos, preparando-me para uma melhor atuação na área da saúde mental, pelo que independentemente das competências e experiências passadas, passei por um processo de nova adaptação em que transitei a uma nova fase de competência inicial, onde aprendi, de raiz, conceitos adaptativos às situações clínicas e adjuvantes modos de atuação que me impuseram a uma necessidade de investir para a consciente melhoria das minhas intervenções de Enfermagem.

Posteriormente, concorri para uma UCI onde me encontro até ao dia de hoje, em que venho a aperfeiçoar e consolidar competências anteriores, aliadas à adaptação do contexto atual. Já neste posto, decidi tomar rumo à mestria em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ramo da pessoa em situação crítica por ser este um grande interesse meu. A

conclusão de uma pós-graduação em emergência e cuidados intensivos em 2021 foi um marco na formação contínua no regresso a uma escola repleta de excelentes formadores que me transmitiram o melhor que sabiam, tornando-se exemplos profissionais a seguir, e logicamente inspiração para a continuação de um percurso formativo.

As competências que venho a desenvolver até à data moldaram-me a ser um profissional que considero perito, por tornar-me neste momento uma das pessoas de referência compatível com a dinâmica da equipa que me encontro inserido, prezando sempre o “Saber-Fazer Processual”, o “Saber-Fazer Experiencial” e ainda o “Saber-Fazer Cognitivo” descrito anteriormente por Le Boterf, que fora trabalhado desde a licenciatura em Enfermagem.

Salienta-se que Benner et al. (2011) mencionam que os Cuidados de Enfermagem se estabelecem em sete domínios, sendo eles a “Função de Ajuda”, a “Função de Educação”, a “Função de Diagnóstico”, o “Acompanhamento e Monitorização do Doente”, a “Resolução Eficaz de Situações de Evolução Rápida”, a “Administração e Acompanhamento de Protocolos Terapêuticos”, e o “Assegurar e Acompanhar a Qualidade dos Cuidados de Saúde e as Competências no Âmbito da Organização dos Serviços de Saúde”.

Benner et al. (2011), afirmam que a cada um destes domínios são, tendo em conta as competências desenvolvidas, todos eles igualmente úteis na articulação contínua do conhecimento na prática especializada de Enfermagem, ou seja, no desenvolvimento das respetivas competências.

O Código Deontológico da Enfermagem (CDE), inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), ao abrigo do artigo 110º da respetiva Lei n.º 156/2015, o qual é publicado em Diário da República, prevê a humanização dos cuidados que o enfermeiro pratica, direcionando a atenção à pessoa unitária que se insere numa família e comunidade, nos momentos em que realiza as suas intervenções, criando um ambiente favorável ao desenvolvimento dos potenciais individuais e coletivos da pessoa.

Ainda nesta temática, Gonçalves (2021) refere que a Enfermagem tem vindo a ter uma evolução extremamente significativa ao nível da complexidade das intervenções que são realizadas pelos enfermeiros, pelo que passam a ser reconhecidos, estes profissionais, pelo seu papel e valor no âmbito da comunidade científica da saúde, complementando-se na qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

O mesmo autor salienta, de forma interessante, a “mãe” da Enfermagem Florence Nightingale, afirmando que o conceito de “Competência” surge pela primeira vez em contexto de Enfermagem no seu livro *“Notes on Nursing”*, com o dito termo a ser usado

referindo-se a “Qualidades”, ou características que as estudantes, na altura, deveriam possuir de forma a serem enfermeiras no final do seu respetivo curso.

Neste segmento, é possível verificar que no século dezoito, segundo Castro (2007), Florence Nightingale tinha especial atenção com o conceito de “Qualidade” uma vez que a mesma era crente de que os enfermeiros podiam melhorar a sua qualidade de cuidados através, por exemplo, das condições de higiene. Não de menos é ter em atenção à essência do cuidar como arte da Enfermagem, defendida por Florence Nightingale, sendo que esta ciência consiste no cuidar de seres humanos sadios e doentes por meio de ações que têm como base princípios administrativos, fundamentando-se a Enfermagem no estudo e na compreensão das leis da vida, emergindo ações que são entendidas pelo cuidar, pelo educar e pelo pesquisar, identificando-se no modo de atuação da Enfermagem.

Segundo Benner (2001), a forma como cuidamos e nos dedicamos à nossa aprendizagem diária, determina a extensão em que a investigação e a educação sejam tanto coletivas como cumulativas, de forma a que sejam sinergicamente conectadas de um modo vital até à materialização da prática clínica.

Ainda nas palavras da autora, a aquisição de competências deve-se efetuar, na sua essência, através da obtenção de experiência na prática em campos de ensino clínico que sejam relevantes para o tema em questão, sendo através da reflexão e descrição de experiências vividas durante o percurso da aprendizagem, ferramentas valiosas e fundamentais ao progresso.

Fabião (2005), afirma que na procura da excelência na experiência profissional, a atitude reflexiva e o pensamento crítico são factores indispensáveis, daí que o ciclo de Gibbs tenha sido ferramenta permanente ao longo deste processo de desenvolvimentos de competências nos campos de estágio. Benner (2001) refere que a experiência não se refere apenas à passagem do tempo em si, mas sim à melhoria de teorias e noções pré-concebidas, indo de encontro a diversas e numerosas situações reais que acrescentem nuances ou diferenças subtis à teoria, visto que a teoria “(...) oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode apreender pela teoria” (p. 61).

Nos termos do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1996), o enfermeiro Especialista deve ser um profissional “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p. 8648).

A OE (2001) é da opinião de que a qualidade impõe a necessidade de uma reflexão sobre a prática de forma a serem traçados os objetivos do serviço a ser prestado, e a delinear estratégias que sejam necessárias para os atingir.

Nichols e Monahan (2010) referem que os enfermeiros devem ter conhecimentos profissionais suficientes e competentes sobre aspetos financeiros e económicos da saúde de maneira a gerirem os recursos de uma forma eficaz, e articularem as necessidades de recursos com a administração da sua instituição, compreendendo e participando na garantia da qualidade e na melhoria dos esforços, gerindo as exigências crescentes.

Segundo Castro (2007), o sistema de saúde é composto essencialmente por três componentes, sendo eles a estrutura, o processo e os resultados. A presença destes respetivos componentes complementa-se num só, pelo que se aplicarmos esta informação num modelo de Enfermagem, é possível afirmar que os cuidados de Enfermagem são, na sua essência, um conjunto de ações, ou processos, desempenhados pelos enfermeiros, num respetivo meio, entendendo-se como estrutura física, que tem em vista a satisfação das necessidades dos pacientes, sendo este um resultado final.

Por fim, este tipo de sistema proporciona à Enfermagem um relevo na área de atuação pela qualidade dos cuidados de Enfermagem que são prestados. Tudo isto em sintonia com a necessidade de implementação de competências que o classifiquem como tal, enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em que neste contexto se incide na área da pessoa em situação crítica.

1.1.O Cuidar da Pessoa em Situação Crítica

É através do REPE (1996) que é exposto o destaque dos benefícios da intervenção do enfermeiro para o paciente crítico, referindo o respetivo documento que por serem os enfermeiros profissionais diferenciados, os mesmos possuem competências para cuidar do paciente com falência multiorgânica, através da mobilização de conhecimentos e habilidades, de forma a executar uma resposta útil e adequada tanto ao paciente como à sua família ou pessoa de referência.

Falando sobre o cuidado à pessoa em situação crítica, é importante referir a abordagem do paciente crítico. O sucesso dessa mesma abordagem é realizado tendo em conta o modo de atuação implementado, com base na evidência científica mais recente. Quanto mais recente e maior for a riqueza e a solidez da evidência científica, maior e melhor será, proporcionalmente a capacidade de atuar sobre a pessoa em situação crítica.

O NMC (2004) afirma que os enfermeiros, sendo altamente instruídos, são considerados como membros de uma equipa capazes de diagnosticar e tratar as necessidades de cuidados do paciente, ou encaminhando-o para um Especialista apropriado, se necessário, referindo que a autonomia, independência, perícia clínica e liderança são essenciais para o desempenho desta profissão.

Os pilares do desempenho desta profissão baseiam-se na ação, tendo por base um conhecimento especializado e competência clínica, na habilidade para tomar decisões clínicas complexas, praticando um julgamento clínico seguro, e a capacitação de ser um membro essencial para a equipa multidisciplinar, cujo papel é determinado no contexto que exerce (NMC, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, definiu a pessoa em situação crítica como aquela que seja por doença, ferimentos ou quaisquer outras circunstâncias, se encontra em perigo iminente ou imediato de vida, a menos que lhe seja instituída um tratamento de emergência com monitorização adequada à sua situação clínica, de forma a ser possível transportar a respetiva pessoa para locais ou estruturas adequadas, com o intuito de privilegiar os meios de diagnóstico distinto, ou providenciar o tratamento médico mais dirigido.

O enfermeiro Especialista na pessoa em situação crítica deve, em todo o caso, na sua competência comprovada, ser capaz de ser munido de um “*Know-How*”, que se reflita positivamente na qualidade dos cuidados de Enfermagem que são prestados em áreas de intervenção específicas, particularmente em contexto de UCI (Varela, 2016). Também Rolfe (1998) refere que o conhecimento clínico do enfermeiro de prática avançada consiste em três variáveis distintas, o saber-fazer “*Know-How*”, que incorpora o conhecimento prático e experiencial, o saber-porquê “*Know-Why*”, que abrange o conhecimento empírico e teórico, e o saber-o-quê “*Know-What*” que se designa pelo reconhecimento de padrões face à situação clínica presente. A existência destes três saberes é fundamental numa tomada de decisão clínica eficaz, de acordo com as condicionantes da situação em questão.

Segundo a OE (2018), através do Regulamento n.º 429/2018, a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

Segundo Cordeiro (2020), o enfermeiro Especialista na área da pessoa em situação crítica cuida da pessoa que experiencia processos complexos de doença, promovendo a segurança na prestação de cuidados, mobilizando os recursos eventuais que sejam

necessários para o transporte, e assegurando os meios de evacuação e transporte, tal como cuida e gere os seus cuidados em situações, sejam elas de emergência, exceção ou catástrofe, procurando sempre basear-se na evidência científica atualizada e pertinente.

De acordo com Costa (2021), “o sucesso da fase de reanimação e do resultado do tratamento está dependente de uma avaliação clínica sistematizada e bem estruturada, bem como do nível de perícia técnica e científica exercida” (p.53). O paciente crítico é dependente de uma abordagem por prioridades, de forma a que se consiga avaliar, passo a passo, todas as eventuais circunstâncias que condicionem o transporte ou fornecimento de oxigénio às células. Segundo o autor, a profundidade e a duração da falta de oxigénio nos tecidos provoca tal instabilidade que coloca o paciente em risco de morte ou extensa disfunção multiorgânica.

A abordagem “ABCDE”, classificada como “*Airway*”, “*Breathing*”, “*Circulation*”, “*Disability*” e “*Exposure*” é uma forma de sistematização dos cuidados iniciais à pessoa em situação crítica que deverá sempre ser tida em conta, e aplicada na generalidade das situações, uma vez que promove a focalização das prioridades na abordagem à respetiva pessoa vulnerável em situação crítica (Costa, 2021).

De acordo com o mesmo autor, esta abordagem, apesar de ser sequencial por cada componente, cujo avanço para a próxima etapa não poderá ser consumado sem que a etapa anterior esteja resolvida, as componentes da sua aplicação são realizadas de forma sinérgica e executadas através do trabalho em equipa.

Na metodologia de intervenção à pessoa em situação crítica, e de acordo com a Direção Geral da Saúde ([DGS], 2010) através da sua Circular Normativa N.º 07/DQS/DQCO, é imperativo dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada, coesa e sólida em termos de conhecimento, ou suporte científico e experiência, cuja liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão seja efetivo.

Este tipo de cuidados à pessoa em situação crítica quer-se através de uma resposta rápida, eficaz e bem coordenada por parte dos profissionais de saúde que intervêm nessa situação, destacando-se a equipa de Enfermagem, como parte integrante e essencial de todo o processo no cuidado dessa pessoa, desde o reconhecimento, passando pela ativação, intervenção e prestação dos cuidados de Enfermagem, até ao finalizar do(s) seu(s) episódio(s) clínico(s).

Os cuidados de Enfermagem que são procurados exigem observação, colheita e uma necessidade de procura contínua, na forma sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente o contexto da pessoa, como alvo de cuidados, e prever e detetar

precocemente as complicações, assegurando o tipo de intervenção precisa, concreta e eficiente no tempo útil desejado (Costa, 2021).

Segundo Cunha (2017), tanto a *European Resuscitation Council* ([ERC], 2011) como a OMS (2013), referem que o atendimento à pessoa em situação crítica, cujas condições de risco de vida existem, requerem atendimento diferenciado com monitorização constante, devendo ser este cuidado providenciado por UCIs.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos ([SPCI], 2008), define o paciente crítico como “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica de intervenção” (p. 9). Segundo Pavão (2021), “a capacidade de adaptação ou reserva destes doentes para a ocorrência de alterações súbitas é praticamente nula, podendo algumas pequenas alterações induzir em grandes instabilidades e, conseqüentemente, deterioração clínica” (p. 98).

De acordo com o avanço tecnológico e científico, aliado à maior formação e competência dos profissionais de saúde, a estabilização de pacientes críticos é atualmente mais frequente, o que significa um transporte tendencialmente maior de pacientes em situação mais aguda para as unidades de saúde adequadas, necessitando que esse transporte seja mais seguro, eficaz e rigoroso nos seus cuidados.

O Regulamento de Transporte de Doentes Críticos, publicado pela Portaria 260/2014 de 15 de dezembro, criado por cooperação entre os ministérios da administração interna e da saúde, caracteriza “Doente” como a pessoa que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde requer, durante o transporte, recursos humanos, veículos e equipamentos adequados ao seu estado ou condição. A definição de “Doente Emergente” apresenta-se como aquele que se encontra em situação clínica com risco instalado, ou iminente, na falência de funções vitais. Neste mesmo regulamento, “Doente Urgente” é descrito como o doente que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais.

Pavão (2021) afirma que a sobrevivência e melhoria de prognósticos do paciente crítico é dependente dos recursos técnicos e humanos diferenciados, que muitas vezes não se encontram no local de origem do evento, provocando uma necessidade súbita e segura de mobilizar a pessoa em situação crítica do respetivo local de origem da ocorrência até à unidade de saúde adequada, seja dentro ou entre hospitais.

É de conhecimento geral que a transferência de um paciente para um local desejado predispõe uma complexidade e exigência de excelência nos cuidados prestados, sendo que segundo Gonçalves (2017), a eficácia e a precisão são características fulcrais na intervenção

de Enfermagem aquando do transporte. É através desta premissa que Gonçalves (2017) refere que o enfermeiro é um profissional integrante da equipa de transporte que deve estar munido de competências capazes de serem mobilizadas para o cuidado, que garantam assim uma prestação de cuidados seguros e de qualidade no transporte do paciente crítico.

De acordo com a sequência de abordagem “ABCDE” e a qualidade da competência que detém um enfermeiro com formação avançada, Oliveira (2011) afirma que o enfermeiro com formação em SAV fica habilitado a executar procedimentos tais como a entubação endotraqueal, a desfibrilhação e a administração de alguns fármacos, tendo já Vieira et al. (2005) referido a capacidade do enfermeiro adquirir a liderança de uma situação de emergência e outros procedimentos *life-saving*.

A classificação do transporte de pacientes críticos é dada pela sua necessidade em três naturezas distintas de transporte, podendo ser ele um transporte “Primário”, “Secundário” ou “Terciário” (Pavão, 2021). O transporte “Primário” define-se pelo tipo de transporte que ocorre entre o local em que se dá a emergência e uma unidade de saúde, sendo este mais utilizado a partir do contexto pré-hospitalar.

Da minha experiência profissional, aquando de um estágio na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), tive a oportunidade de ter múltiplas saídas, todas elas em contexto de emergências extra-hospitalares, das mais respetivas naturezas, tais como politraumas rodoviários, paragens cardiorrespiratórias, emergências médicas e Traumatismos Cranioencefálicos (TCE). Estas saídas foram complementadas com cuidados neste tipo de transporte que, sobre condicionantes complexas, foram realizadas com elevado cuidado e perícia, mantendo-se o mesmo nível durante todo o transporte, ponderando em todas as situações o constante nível da segurança dos pacientes transferidos.

Este tipo de transporte “Primário” deu-se com utilização de equipamento de SAV, com comunicação eficiente entre equipas de central telefónica, EMIR, bombeiros e contato com o SUP, sendo planeadas no momento.

O transporte “Secundário” caracteriza-se como o transporte de pacientes críticos entre duas unidades hospitalares e tem como principal indicação a inexistência de recursos humanos e técnicos, no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento, segundo Pavão (2021), sendo este menos frequente na RAM, e mais comum em contexto de Portugal Continental pelo que a Rede Hospitalar Nacional é muito menos uni-centrada, obtendo vários centros de trauma de diversos níveis pelo território nacional. É possível ainda a efetivação deste tipo de transporte para a realização de exames complementares de

diagnóstico para situações em que não sejam possíveis serem estes realizados na unidade de saúde de origem.

Este transporte é por mim efetuado com alguma regularidade, uma vez que é prática comum transferir pacientes de e para o HNM, na unidade de saúde onde exerço funções. Não foi realizado aquando dos ensinamentos clínicos, por se tratar o HNM de um hospital “fim de linha”, porém com possibilidade de ser realizado em situações excecionais nesta instância, tais como no paciente grande queimado e no paciente com necessidade de realização de *Extra-Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

Nas experiências tidas neste tipo de transporte, foram mantidos os extensos e imperativos critérios de segurança, desde o tipo de veículo, equipamento e a sua integridade e durabilidade, o tipo de monitorização, a competência da equipa a realizar tal transporte e ainda, salientando que apesar de os transportes inter-hospitalares serem, regra geral, de curta duração, não são passivos de riscos associados, pelo que a segurança e o planeamento são realizados através do preenchimento de *checklists*.

Canellas et al. (2020) entendem que a utilização de *checklists* constitui-se como uma estratégia que uniformiza a comunicação e a organização do transporte, sendo que as mesmas reduzem a taxa de eventos adversos durante o transporte. Aqui, podemos identificar o quão importante é a preparação e antecipação de problemas no transporte intra-hospitalar.

Por fim, o transporte “Terciário” dá-se com muito mais frequência em todas as unidades hospitalares, sendo que este é efetuado dentro da mesma unidade/infraestrutura (Pavão, 2021). A razão para a sua realização poderá se efetivar como uma transferência para a sala de emergência, Bloco Operatório (BO), para uma UCI, ou até mesmo apenas para a realização de exames complementares de diagnóstico no serviço de imagiologia, da própria unidade de saúde.

Pavão (2021) afirma que este tipo de transporte, apesar de muitas das vezes ter uma duração mais curta, envolve iguais riscos, sendo que devem ser aplicadas as mesmas recomendações de segurança, a todos os transportes de pacientes críticos. O meio de transporte utilizado depende muito do contexto, local, natureza e classificação do tipo de transporte, tendo em conta a situação clínica do paciente, a urgência/emergência do transporte, a distância e duração do mesmo, a disponibilidade de recursos humanos e técnicos, e as condições de acessibilidade ao local, podendo o transporte ser terrestre, aéreo ou marítimo.

Nos estágios, este tipo de transporte foi realizado por diversas vezes, em diversos contextos, aos quais já me encontro habituado a realizar na minha rotina diária profissional.

Tive, neste tipo de transporte, uma deslocação de um paciente da unidade COVID-19 da UCIP para o serviço de imagiologia, e vice-versa, que se tornou um grande desafio uma vez que a logística dificultou toda a transferência. Nesta experiência, acrescentou o difícil transporte realizado por três pessoas, incluindo-me numa delas, em que a mobilização de um paciente com ventilação invasiva e respetivo equipamento essencial à monitorização contínua invasiva dificultavam a célere deslocação do paciente para o serviço a se deslocar.

Aquando desta deslocação houve necessidade de ativação de uma brigada de limpeza de forma a que a deslocação fosse realizada com rigorosa desinfeção, e ainda um planeamento adequado com o serviço de imagiologia. Uma vez que até à data do ensaio clínico da UCIP, nunca tinha lidado com pacientes com diagnóstico SARS-CoV-2 em contexto de cuidados intensivos, afirmo que se revelou um enorme desafio que me auxiliou a estar melhor preparado para cuidar deste tipo de pacientes, aliado aos desafios que advêm dos seus cuidados.

Para a efetivação de um transporte em segurança torna-se necessária a organização e o acionamento de três fases importantes, a da “Decisão”, a do “Planeamento” e a da “Efetivação”.

Na fase “Decisão”, entende-se como um ato médico, devendo esta representar um benefício para o paciente, sendo antecedida de uma avaliação dos benefícios do transporte, com devida informação ao respetivo paciente ou então, quando possível, ao seu representante legal.

Na fase do “Planeamento”, este deve ser realizado entre a equipa Médica e de Enfermagem. A Ordem dos Médicos ([OM], 2008) e a SPCI (2008), afirmam que todo o profissional destacado para realizar o transporte do paciente crítico deverá estar capacitado para antecipar todos os riscos e/ou complicações que poderão eventualmente decorrer ao longo do percurso, devendo igualmente manter o nível de qualidade dos cuidados prestados de forma igual ou superior ao local de origem do transporte, durante o tempo que o respetivo durar.

É através desta premissa que Gonçalves (2017) refere que o enfermeiro é um profissional integrante da equipa de transporte que deve estar munido de competências, capazes de serem mobilizadas no cuidado, que garantam a segurança e a qualidade do transporte do paciente crítico.

É de importância fulcral da Enfermagem a preparação de todo o material que seja utilizado na realização do transporte, verificando a sua operacionalidade. A prestação de Cuidados de Enfermagem é contínua, como também é da responsabilidade do enfermeiro a

segurança do paciente, sendo que o nível das intervenções deve ser sempre mantido, não devendo ser, em caso algum, inferior ao que é proporcionado em unidades hospitalares habilitadas para a prestação de cuidados ao paciente crítico.

O momento de ação, ou fase de “Efetivação”, é a altura em que se inicia a mobilização do paciente crítico ao local desejado. Esta fase é da responsabilidade do Médico e dos elementos que fazem parte da equipa de transporte, incluída equipa de Enfermagem. A presença do enfermeiro no transporte do paciente crítico é de extrema importância, adquirindo um papel fundamental na fase do “Planeamento” e “Efetivação”, uma vez que é um profissional que detém uma capacidade de prevenir a deterioração do estado clínico do paciente e da ocorrência de incidentes durante o transporte (Pavão, 2021).

É de conhecimento geral que a transferência de um paciente para um local desejado predispõe uma complexidade e exigência ao nível da excelência nos cuidados prestados, sendo que, segundo Gonçalves (2017), a eficácia e a precisão são características fulcrais na intervenção de Enfermagem aquando do transporte.

Os enfermeiros são elementos habilitados que possuem competências técnico-científicas e humanas para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à sua família e/ou pessoa de referência, grupos e comunidades em que se insiram (Costa, 2021). A família é também um elo facilitador no bem-estar das vítimas de doença, e na promoção da saúde aquando de uma transição do tipo "doença". Segundo Afaf Meleis, as fases que a família passa na transição do tipo "doença" é caracterizada como um indicador de processo.

Peças (2014), entende como indicadores de processo todos os aspetos que permitem a caracterização das respostas à transição. Dizem respeito à ligação entre a pessoa e família/amigos/profissionais de saúde, à interação com outras pessoas que se encontram a vivenciar a mesma situação, à noção de tempo, à autoconfiança e ao *coping*.

O mesmo autor refere que as alterações na saúde e doença das pessoas conduzem a um processo de transição nas mesmas que pode afetar o seu bem-estar. Sendo que qualquer mudança na vida de um indivíduo e família provocará uma adaptação. Meleis (2012) denomina este tipo de situação como evento ou mudança de transição, sendo esta a base da sua teoria.

O processo de transição constitui um motivo de preocupação para os enfermeiros, pois, são estes, os primeiros profissionais de saúde a apoiar o paciente e família no processo de transição. Desta forma, deverão ser os mesmos os detentores de conhecimento acerca das principais mudanças e implicações impostas pelo processo de transição (Meleis, 2012). A

pessoa em situação crítica, estando esta já em contexto hospitalar adequado, tal como uma UCI, acaba por estar no local onde, na maioria dos casos, permanecem mais tempo, o que terá inevitavelmente implicações para a família.

Nas palavras de Guimarães e Silva (2016), o processo de transição consiste na mudança de uma situação estável para outra também estável. Esta transição implica uma adaptação da pessoa e alteração do comportamento, pelo que se depreende que é um processo dinâmico e complexo. As UCI são conhecidas como lugares em que as famílias dos pacientes internados nesta valência, são sujeitas a experienciar grandes níveis de *stress*, criando necessidade, por vezes, de apoio psicológico (Demetriadou et al., 2017).

Num contexto histórico, a família foi afastada das UCI, pela simples razão dos pacientes encontrarem-se num estado clínico crítico. Associado a esta situação, a inequação das infraestruturas e a intensa atividade dos profissionais de saúde que lá trabalham tornavam este lugar impróprio para o contexto familiar (Pinho, 2020).

Segundo Imanipour et al. (2019), as famílias de pacientes internados em UCI passam normalmente por três fases distintas, sendo a primeira fase denominada de “Flutuação”, a segunda fase de “Sondagem” e a terceira fase de “Continuidade e Encerramento”. A primeira fase é explicada como uma descrição do tumulto de emoções e sentimentos sentidos que poderão ser definidos pelo choque, desorientação, pela novidade de um espaço físico da UCI que lhes é desconhecido, pelas respostas emocionais, pela sensação de vulnerabilidade, e pelo medo do falecimento da pessoa querida, com consequente alteração da dinâmica familiar.

A segunda fase, a “Sondagem”, é identificada pela existência de uma participação ativa da família, sendo que as questões sobre o estado de saúde são mais dotadas de fundamentação na dúvida, caracterizando-se como um momento de oportunidade do seu ente querido expor as suas reais dúvidas, adquirir o máximo de informação possível, esclarecendo sobre a gravidade do paciente. A família é gradualmente mais ativa e quer ser integrante nas discussões do método de tratamento pela curiosidade de saber, por exemplo, os valores de referência exibidos no monitor de sinais vitais.

Na terceira fase, “Continuidade e Encerramento”, a família adapta-se às rotinas do hospital, necessitando de reorganizar a sua dinâmica familiar e vida pessoal, explorando diferentes tipos de *coping*, readaptando-se a uma nova realidade que poderá ser definitiva, tendo em conta o estado clínico do paciente.

Desde a explicação da presença de um tubo endotraqueal, à presença de drenos, exposição de pensos, alteração do estado de consciência e ainda o *trigger* dos alarmes dos

monitores e ventiladores, tornam-se todos estes factores como sendo promotores de *stress*. Segundo Pinho (2020), o carácter crítico do estado de saúde desencadeia, por si só, respostas de *stress* a múltiplos estímulos, no entanto, o aparato tecnológico, o isolamento, o excesso de estímulos auditivos, a privação de estímulos conhecidos, os múltiplos procedimentos e intervenções, e a natureza fria e burocrática das relações constituem-se como factores de *stress* adicionais impostos por uma UCI, referindo então que a imprevisibilidade de acontecimentos, e o fraco controlo sobre os mesmos, determinam-se factores importantes no impacto biológico e psicológico que o internamento possa provocar.

Só desta forma, creio, será possível reduzir a ansiedade dos familiares, enquadrar o estado de saúde dos pacientes ao suporte real e necessário, e demonstrar um tipo de controlo sobre o cuidado e a forma de gerir todos estes elementos necessários à monitorização e recuperação dos pacientes, pela equipa de Enfermagem.

Para Meleis (2012), o enfermeiro assume um papel importante ao longo de todo o ciclo vital dos seus pacientes e respetivos familiares, ou pessoas de referência, na adaptação dos mesmos aos contextos transacionais. De acordo com Chick e Meleis (2010), “a análise é uma opção metodológica no desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. É definida como um processo de identificação de partes e componentes, examinando-os contra um número de critérios” (p. 24).

Já Cardoso et al. (2019) acrescentam que os enfermeiros durante a sua prática, para além de assistirem na satisfação das necessidades humanas do cliente que cuidam, identificam que é pertinente atuar com o propósito de compreender e auxiliar o processo de transição que os indivíduos passam. Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam com o doente e, consequentemente, são os que, aquando dos cuidados, mais encaram processos de transição resultantes de mudanças que afetam o estado de saúde dos doentes (Meleis, 2012).

Quanto aos critérios de determinação destes padrões, a Enfermagem assume, segundo Chick e Meleis (2010), a necessidade de considerar a natureza de todas as possíveis transições da pessoa vulnerável, ao invés de considerar uma única e específica transição isolada. É nesta premissa que se considera parte fundamental da Enfermagem, cuidar de uma pessoa de forma holística, tendo em conta que o ser humano, no seu todo, através da dimensão bio-psico-socio-cultural e espiritual, é maior do que a soma das suas partes.

A teoria das transições permite assim ao enfermeiro ajudar as pessoas a alcançar resultados saudáveis após terem passado por um processo de mudança/transição (Meleis, 2012). A mesma autora afirma que o processo de transição ocorre aquando de incidentes

críticos nos indivíduos ou contextos que os rodeiam. Como tal, a transição é uma alteração que acompanha o indivíduo de um estado para outro, não se tratando necessariamente apenas de um processo de doença.

É através da existência de modelos como este de Afaf Meleis, em que é possível personalizar o cuidado, considerando que estamos a beneficiar e aumentar as ajudas ao paciente, retirando o foco de atenção da cura, e colocando-o no verdadeiro sentido do cuidar. A aplicação deste modelo permitirá ajudar os indivíduos a realizarem transições saudáveis, pelo que importa perceber a natureza das transições, no âmbito da teoria em estudo, que se possam diferenciar de acordo com o seu tipo, padrão e propriedades da situação em questão (Meleis, 2012).

Nos contextos clínicos desenvolvidos, a importância da equipa de Enfermagem como elo para com a família é algo constante, que preza pela implementação de boas práticas, dignificação e promoção da segurança e bem-estar da mesma.

Considero que a família seja uma sólida extensão do paciente, desde o momento do pré-hospitalar até ao finalizar do episódio hospitalar, dando especial relevância ao seu importante papel na continuação da qualidade dos cuidados no domicílio, não esquecendo a possibilidade de um final da vida, cujo processo familiar tem parte ativa no qual a Enfermagem deve intervir. Uma vez que no cuidado holístico se quer uma intervenção que potencie o indivíduo na sua plenitude e vontade, devem ser considerados os princípios da boa prática de Enfermagem (Demetriadou et al., 2017).

Segundo Pinho (2020), o cuidado centrado na família é um conceito com raízes na Enfermagem, pelo que, utilizando uma abordagem holística, não podem separar as necessidades dos pacientes, das dos seus familiares.

2. CAPÍTULO II – MATRIZ DOS DESENVOLVIMENTOS DE COMPETÊNCIAS E CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA NO PERCURSO DO MESTRADO

A OE (2019) define enfermeiro Especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (p. 4744).

As demais competências e valências do enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, caracterizam-lhe como sendo um profissional capaz de agir em conformidade com as exigências das inúmeras possíveis situações que ponham em causa a vida da pessoa humana, capacitando-o de uma dinamização necessária e a robustez de um profissional de saúde de excelência de que qualquer instituição de saúde deveria ser munida, proporcionando assim um aumento na segurança da nossa sociedade e elevação no nível da qualidade de intervenções de Enfermagem.

2.1. Competências Comuns

Como a OE assim o preconiza, as competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, sendo demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns subdividem-se em quatro domínios, sendo eles a “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”; a “Melhoria Contínua da Qualidade”; a “Gestão dos Cuidados”; e o “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”.

Quanto ao domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” é importante referir que este é um conceito que desenvolve uma prática profissional e ético-legal agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e de deontologia profissional, garantindo que se respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais na prática dos nossos cuidados.

Referente à responsabilidade profissional é pertinente enaltecer o conceito de “Bioética”, e a importância que a mesma tem nos cuidados de Enfermagem. Este conceito, segundo Hottois e Parizeu (1998), sustenta-se na convicção de que os avanços científicos não constituem automaticamente progressos para a humanidade em geral, de tal modo que o que é técnico-cientificamente possível não seja *ipso facto* necessariamente permissível.

Já nas palavras de Deodato (2014), a “Bioética” está na origem de diversas teorias que visam desenvolver soluções para os problemas ou conflitos éticos, decorrentes da prática clínica diária. Este conceito propõe quatro princípios bioéticos essenciais, sendo eles a

“Autonomia”, “Beneficência”, “Não-maleficência” e “Justiça” (Bessa, 2013). Na profissão de Enfermagem, estes princípios têm de estar presentes em todas as decisões e intervenções de Enfermagem (Bessa, 2013).

Nesta premissa, é importante destacar as bases desses mesmos princípios éticos, princípios estes que se tornaram fundamentais para o desenvolvimento da “Bioética” que ditaram peculiarmente então, uma forma de definir e utilizar os valores subjacentes nas relações entre profissionais de saúde e os pacientes que cuidam.

O princípio da “Beneficência” visa maximizar o bem e proporcionar o bem-estar ao paciente, enquanto que o princípio da “Não-Maleficência”, por outro lado consiste na obrigação de não causar ou infligir, de uma forma intencional, danos ao paciente.

Quanto ao princípio da “Justiça” é de referir que este permite a justa distribuição de bens e/ou recursos na tentativa de igualar as oportunidades de acesso em termos equitativos perante todos os elementos da sociedade ou situação em que uma pessoa se insira.

Por último, o princípio da “Autonomia” caracteriza a capacidade de cada indivíduo permitir, ou não, qualquer intervenção médica ou cirúrgica, com base na sua autodeterminação. No paciente crítico é comum este princípio não poder ser exercido pela respetiva pessoa, uma vez tratar-se de situações que muitas das vezes o estado de consciência é reduzido ou não existente, pelo que se deve ponderar, em todo o caso, a possibilidade de que a condição clínica possa promover um grau de confusão efetivo na pessoa vulnerável.

No plano profissional da Enfermagem, as decisões e os atos, ao implicarem a pessoa que se encontra ao cuidado de um enfermeiro, assumem uma essencial dimensão ética (Nunes, 2006). Sendo a ação/intervenção do enfermeiro um agir livre, torna-se de igual forma um agir responsável, cuja responsabilidade pelo outro, em resultado do compromisso de cuidado assumido, obriga a uma ponderação no processo e nos fundamentos utilizados.

A discussão é o instrumento básico para as tomadas de decisão, devendo ser realizada pela equipa multidisciplinar, juntamente com o paciente e/ou família, ou representante do mesmo (Figueirinha et al., 2012).

Para Deodato (2014), um problema ético surge quando o enfermeiro está perante uma situação complexa, que origina dúvida sobre qual a melhor forma de agir, devido a aspetos éticos que são colocados em causa, tais como os direitos do paciente, a sua vontade, o respeito pela dignidade, e os valores ou princípios. Quando, por exemplo, um enfermeiro se depara com duas alternativas conflituosas, é da sua responsabilidade moral escolher o menor desses dois males.

Existem várias estratégias preventivas para ajudar a equipa de Enfermagem a antecipar ou evitar certos tipos de dilemas éticos, a abordar o sofrimento moral que é estimulado, e a agir com coragem para fazer o que é eticamente correto, adequando-se este tipo de situação na denominada “Ética Preventiva” (Lateef, 2011).

Em toda a prática, em consenso com a Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos Humanos (2006), através seu artigo 2º, e com o Preâmbulo da Convenção de Oviedo (1997) publicado pelo *Council of Europe*, assentam na premissa que os progressos da biologia e da medicina devem ser usados em benefício e proveito não só das gerações presentes, mas como também das gerações futuras. A Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia (2016) sublinha de igual forma a preocupação para com a comunidade humana e suas gerações vindouras. Neste segmento, com base na “Magna Carta” da “Bioética” ou do “Biodireito”, afirma-se o princípio de que o bem-estar do paciente deve ter precedência sobre os demais interesses da ciência e da sociedade.

É neste domínio que o sigilo profissional e a confidencialidade da informação estão presentes, tal como a privacidade, a dignidade e a segurança dos pacientes, sabendo o dever de respeitar os valores e crenças de cada indivíduo.

É importante referir que a privacidade tem lugar cativo nos conceitos supracitados. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), em 2004, expressou-se de forma descritiva quanto à privacidade pessoal, descrevendo que “no plano ético está em causa a proteção da liberdade individual, delimitando uma zona da vida pessoal virtualmente inacessível a qualquer intromissão externa” (p. 6).

O CNECV (2004) expõe dimensões de conceitos de privacidade como “Privacidade Física”, sendo esta a acessibilidade física limitada, de qualquer tipo, sem consentimento próprio, “Privacidade Mental” pela restrição na vontade da pessoa ou qualquer interferência ilegítima do seu processo cognitivo, “Privacidade Decisional” pela liberdade de escolha individual, e “Privacidade Informacional” pela imposição de limites no acesso não autorizado e de cariz individual.

Segundo o respetivo Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro Especialista, pelo Regulamento n.º 140/2019, é necessário que os enfermeiros demonstrem, através da sua prática, um exercício seguro, profissional e ético, zelando pela boa prática do seu CDE e do seu REPE.

Acredito ser fundamental identificar problemas éticos e deontológicos em serviços tão específicos como os ensaios clínicos que passei, nos quais desenvolvi as minhas

competências, locais cujo paciente crítico está em constante vigilância e cuidado por parte da equipa de Enfermagem.

Aquando da realização deste mestrado, foi-me possível elaborar um trabalho de grupo para a disciplina de Ética e Deontologia cujo tema se incidia sobre a reflexão e resolução de um problema ético emergente da prática dos cuidados à pessoa em situação crítica. O objetivo da realização deste trabalho foi a resolução de um problema/dilema ético, selecionado pela Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt, docente da disciplina, que fora testemunhado por um enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica numa situação real. Esta situação foi analisada em grupo de forma a ter solução por base no modelo de tomada de decisão ética “DECIDE” proposto por Thompson, et al. (2004).

Este tipo de modelo é composto por seis etapas e cujo nome deriva da primeira letra de cada etapa: D – “Definição do Problema”; E – “Estudos Éticos”; C – “Considerar as Opções”; I – “Investigar os Resultados”; D – “Decidir sobre a Ação” e E – “Estimar/Avaliar os Resultados”. A aplicação do mesmo tornou-se importante para refletir e avaliar as decisões e intervenções a serem tomadas, direcionadas às mais variadas situações, permitindo assim aperfeiçoar o raciocínio crítico para uma prestação de cuidados éticos, deontológicos, seguros, de qualidade e de excelência.

A aplicação deste modelo no respetivo trabalho de grupo, assim como a matéria dada na disciplina de Ética e Deontologia proporcionou que em várias situações dos ensaios clínicos conseguisse atuar sobre o melhor benefício para os pacientes, advogando pelos mesmos.

Quanto ao segundo domínio das competências comuns dos enfermeiros Especialistas, a “Melhoria Contínua da Qualidade”, é de referir que existe a garantia na existência de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, na gestão e colaboração de iniciativas para a melhoria contínua, e para a garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

A importância deste domínio é facilmente verificada através do emanar dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela OE (2017), onde se identificam como resultados instrumentos na precisão do papel do enfermeiro Especialista junto dos pacientes, da família, da comunidade, de políticos, e de outros profissionais.

Estes Padrões de Qualidade baseiam-se em enunciados descritos tais como a “Satisfação do Cliente”, a “Promoção da Saúde”, a “Prevenção de Complicações”, o “Bem-

estar e o Autocuidado”, a “Readaptação Funcional”, a “Organização dos Cuidados de Enfermagem”, e a “Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”.

Ao longo das práticas clínicas, estes padrões foram tidos em conta aquando das reflexões constantes das minhas intervenções de Enfermagem com as tutoras e restantes enfermeiros Especialistas. Ciente de estas serem qualidades valorizadas nos cuidados prestados materializando-se na aprendizagem contínua, aperfeiçoada e adaptada aos constantes desafios diários. Acrescento que a maior razão de frequentar este curso de Mestrado já é indicativa na intenção de melhoria contínua na qualidade da prestação dos meus cuidados de Enfermagem, aliado ao domínio do desenvolvimento de competências e maior proveito das aprendizagens profissionais.

A tentativa de conhecer, de forma extensiva, as iniciativas em cada serviço que passei sobre a qualidade, mais respetivamente sobre as auditorias implementadas, baseadas na segurança dos pacientes, que possibilitem uma melhoria dos cuidados prestados, foi sempre de grande importância. Como exemplo disso, a experiência profissional em matéria de responsabilidade nos serviços onde exerci Enfermagem, revela a dedicação sobre este assunto quando exercia funções no Reino Unido ao me ter tornado o elo do serviço quanto à auditoria de pacientes no respetivo serviço, às abordagens de transfusões de hemoderivados (*Blood Transfusion Champion*) e ainda quanto à segurança de pacientes pediátricos (*Paediatric Safeguard Champion*), tendo também a oportunidade de ser criador de um documento sobre o protocolo de segurança aquando de altas e transferências da UCPA para serviços de destino denominado de “*Discharge Criteria in Post-Anaesthetic Care Unit*”.

Quanto ao terceiro domínio das competências comuns dos enfermeiros Especialistas, a “Gestão dos Cuidados”, o mesmo domínio aplica-se à gestão dos cuidados de Enfermagem, na otimização da resposta da equipa, da articulação dos mesmos na equipa de saúde, e na adaptação de liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto que se encontrem, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Ao longo das práticas, este domínio tornou-se essencial, de forma a que me permitiu aperceber do espelhamento dos atos dos colegas de Enfermagem, aprendendo com os exemplos dos mesmos.

Por várias situações senti que desenvolvi a capacidade de gestão de prioridades aquando dos cuidados aos pacientes, mais predominantemente no SUP, visto ser o local onde existia maior afluência dos mesmos, e cujos cuidados mudavam rapidamente tendo em conta a sua situação clínica e a dinâmica do serviço. Aqui, concentrei-me no cuidado ao paciente crítico e à priorização de pacientes instáveis, ainda que a minha experiência no cuidado de pacientes críticos, em contexto de uma UCI, limita o investimento de cuidados aos respetivos

pacientes, com rácio predefinido, ao contrário das situações que rapidamente evoluem no SUP.

Fez-me esta competência evoluir, promovendo uma rápida triagem dos pacientes que me são atribuídos, promovendo uma rápida avaliação de modo a organizar a gestão de cuidados a esses mesmos pacientes, tendo em conta a possível admissão de outras pessoas em situação crítica, não esquecendo a possibilidade de deterioração rápida passível de ocorrer nos pacientes já admitidos. A comunicação entre colegas de equipa permitiu que este processo fosse facilitado através da divisão de cuidados, assegurando os respetivos cuidados de competência distribuída de forma eficiente.

Segundo Aiken (2003), os melhores profissionais de saúde tendem a se manter nas melhores equipas de trabalho realçando que a perícia é fundamental aquando da realização de funções não clínicas, tais como a coordenação de equipa.

Segundo Nichols e Monahan (2010), o resultado de uma complexa interação de factores dinâmicos de uma sociedade, provoca um aumento na contenção de custos dos cuidados de saúde, sendo um fator mais que explícito nas adaptações à saúde, em que a criação do conceito de “Gestão de Cuidados” fundamenta-se na tentativa de controlar os custos tidos no campo da saúde. Assumindo esta reestruturação, cria-se o fracionamento de algum pessoal competente para a comunidade, de modo a dar resposta eficaz aos cuidados de saúde primários, provocando uma lacuna que somente é resolvida com o aumento do investimento na formação, através de incentivos financeiros, e lógico reconhecimento da profissão.

O último domínio das competências comuns do enfermeiro Especialista, o “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”, compreende-se como dimensão que é incentivada por todo o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando-se na prática clínica especializada em evidência científica.

Segundo Barão e Henriques (1999), a inexistência de qualificação profissional na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica afigura-se a uma rutura na qualidade do padrão assistencial, fragilizando o desempenho dos enfermeiros, permitindo a colocação de risco de vida ao paciente, sujeitando os profissionais de saúde a riscos morais, éticos e legais. Conclui-se que, individualmente, os enfermeiros devam trilhar o seu percurso profissional de forma a assumir a responsabilidade e orientação da sua aprendizagem. Os mesmos autores afirmam ainda que deve ser o próprio profissional que deve estabelecer o que lhe é útil e essencial para a resolução de problemas no seu exercício profissional.

É de referir que a formação não garante, por si só, a melhoria do desempenho e a concretização profissional, sendo a mesma não um meio suficiente para gerar mudança, mas um instrumento de apoio para a mesma, consubstanciando-se como um meio para alcançar determinada finalidade, assumindo um carácter estratégico (Fabião, 2005).

Nas palavras de Nichols e Monahan (2010), a certificação em Enfermagem é um mecanismo para reconhecer a excelência da prática, daí que se caracterize por ser diferente da licença profissional que reconhece um nível mínimo de prática com segurança. Os mesmos autores referem que a certificação, contudo, demonstra-se por ser diferente da licença profissional, uma vez que não é concedida por um estado, mas sim por organizações de Enfermagem profissionais independentes, dotadas de autonomia própria.

Desta forma, e de modo a que a Enfermagem mantenha a sua integridade como ciência, a adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cliente, a educação para a saúde, as estratégias de liderança e a formação para a aquisição de competência, são os quatro eixos considerados pela OE (2011), de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, de forma a que a investigação permita se desenvolver nesta área, de modo a conseguir ganhos na saúde dos pacientes, nas instituições de saúde, nos profissionais e na disciplina de Enfermagem.

É possível concluir que a consciencialização da motivação e dos não saberes, devem-nos encaminhar de forma intuitiva em busca de formação concordante com as necessidades sentidas, de maneira a permitir um elevado nível de aquisição e desenvolvimento de competências, permitindo a melhoria do desempenho profissional, tal como no aparecimento de tecnologia adjuvante para a prestação de cuidados.

A formação contínua permite ao enfermeiro melhorar competências, promovendo a autonomia e visando o enriquecimento pessoal e profissional. Em referência a Correia (2013), é fundamental a formação contínua para os enfermeiros pois, só assim existirá uma atualização dos conhecimentos, de maneira a alcançar uma melhor prestação dos cuidados, executando intervenções adequadas às mais variadas situações que possam surgir.

Segundo o CDE, artigo 100º, o enfermeiro tem o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ação de qualificação profissional” (p. 8079). Do mesmo CDE, o artigo 109º exhibe a importância deste domínio, afirmando que o enfermeiro, em todo o ato profissional, deve procurar a excelência dos cuidados assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (p. 8080).

De acordo com a OE (2017), todo o enfermeiro Especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, considerando-o central na prática da Enfermagem, visto que o mesmo se envolve no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Nas práticas clínicas, a relação de ajuda torna-se numa constante presente em toda a interação, tanto para com os pacientes como para com os elementos das equipas multidisciplinares, visto que o fruto do trabalho existe para o melhor cuidado dos pacientes, através da implementação prática da mais recente evidência científica.

Ainda assim, a investigação e prática baseada na evidência científica deve ser adotada em todo o caso, uma vez que o desenvolvimento da ciência e a investigação estão, de certa forma, intimamente ligados, não existindo ciência sem investigação. Segundo Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020), a Enfermagem assume-se como ciência, possuindo esta, um corpo de conhecimentos que lhe é próprio, e cuja delimitação é devida à investigação, sendo que esta proporciona a resposta a questões e resoluções de problemas, tornando-se assim um processo sistemático, rigoroso e científico.

Posso afirmar que seguramente a formação contínua é a competência comum que mais me tenho centrado, uma vez que acredito que desenvolver conhecimentos significa estar apto para melhor cuidar. Tendo em conta o meu percurso formativo, considero-me uma pessoa proativa, sempre em busca de aperfeiçoar técnicas, aprofundar conhecimentos e capacitar-me de um melhor dinamismo perante diversas situações que me possam surgir.

Inicialmente, após a licenciatura em Enfermagem, e já a exercer funções no Reino Unido como recém-licenciado no departamento de cuidados críticos, decidi inscrever-me no curso “*Adult Acute Care*” providenciado pela *Anglia Ruskin University*, o que me capacitou ter a minha primeira grande formação centrada no paciente em situação crítica agudizada. A realização deste curso possibilitou-me cuidar de pacientes em situação crítica de forma mais autónoma através de um conhecimento mais organizado e fluido, permitindo-me realizar turnos de prevenção noturnos aquando do cuidado de pacientes nível III na UCPA, onde mais tarde consegui cuidar deste tipo de pacientes com mais frequência, também num contexto de UCI.

Neste tipo de matéria realizei o curso “*Immediate Life Support*” (suporte imediato de vida) acreditado pelo *Resuscitation Council UK* e ainda o curso “*Acute Life-Threatening Events Recognition and Treatment*” acreditado pela *Portsmouth Hospitals - NHS Trust*.

Por me interessar em participar na formação de estudantes de licenciatura, e por sugestão da minha chefe de equipa na altura, inscrevi-me no curso “*Mentor Clinical Educator and Practice Educator Preparation*” acreditado pela *University of Essex*, que me

preparou para melhor orientar estudantes universitários em ensino clínico, tal como referido anteriormente.

Quando regressado a Portugal, realizei o curso de Pós-Graduação em “Emergência Extra-Hospitalar e Cuidados Intensivos” na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, onde realizei, como parte desta Pós-Graduação, os cursos de “Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa” e ainda o curso “*Medical Response to Major Incidents*” (MRMI). Também parte desta Pós-Graduação realizei os cursos “*Advanced Cardiovascular Life Support*” (ACLS) e o curso “*Pre-Hospital Trauma Life Support*” (PHTLS), ambos acreditados pela Associação para a Cooperação e Formação em Emergência Médica (AEM).

Como parte do ensaio clínico desta pós-graduação, tive a oportunidade de estagiar durante 112 horas no Serviço de Emergência Médica Regional, com diversas oportunidades de participar em várias ocorrências emergentes na EMIR e ainda participar na linha telefónica SRS-24 de apoio ao contexto pandémico da COVID-19.

Recentemente participei no que considero o maior desafio da minha vida profissional até então, o curso “*Tactical Combat Casualty Care*”, reconhecido pela *North Atlantic Treaty Organization* (NATO) (STANAG N.º 2122), acreditado pela AEM, centrando-se em cuidados de saúde e implementação de técnicas e estratégias de tratamento baseadas na evidência para otimizar a sobrevivência de vítimas de trauma em contexto de campos de batalha. Agora, incido no completar deste mestrado, por acreditar que as competências desenvolvidas neste curso permitem-me prestar cuidados de Enfermagem de excelência, agindo adequada e eficientemente nas situações de emergência e deteção e reconhecimento de deterioração nos pacientes em situação crítica.

De acordo com o Regulamento n.º 226/2018, documento este regulador das Competências Acrescidas Diferenciadas em Emergência Extra-Hospitalar, publicado em Diário da República, Série II n.º 74 a 16 de abril, o processo formativo deve compreender o percurso de desenvolvimento e aprendizagem decorrente da formação, sendo este em todo o caso relevante no percurso profissional do enfermeiro. Incluem-se nesta temática as ideias de percurso, de trajetória profissional, da formação profissional continuada, da ação, e ainda da experiência.

2.2.Competências Específicas

Já nas competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, estas classificam-se, segundo o Regulamento n.º 429/2018, em três: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p. 19359), “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p. 19359), e “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19359), que doravante, ao longo do relatório, serão identificadas como Competência “A”, Competência “B” e Competência “C”, respetivamente, tal como identificadas em artigo 3º do supramencionado Regulamento.

A abordagem e desenvolvimento destas competências serão evidenciadas nos contextos da prática clínica, no período compreendido entre 25 de outubro de 2021 a 20 de junho de 2022, pelo que a sua obtenção será transcrita em partes pelas situações experienciadas *in loco*.

Na antecedência da sequência das práticas clínicas, foi importante a realização de entrevistas informais com os enfermeiros chefes dos serviços onde realizei estes estágios, assim como, quando possível, a reunião com as orientadoras dos respetivos ensaios clínicos.

Estas entrevistas informais foram fundamentais, uma vez que proporcionaram a materialização das expectativas que teria quanto às práticas. Serviram as mesmas para iniciar a adaptação nos serviços, determinando a identificação da missão e dos valores destas mesmas unidades.

A importância de selecionar um enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é fundamental na transferência de conhecimentos, visto este ser determinante na capacitação de um serviço diferenciado, sendo que a transmissão de sabedoria, conhecimentos e competências, por parte deste profissional, será a essência da dinâmica de um contexto promotor para o desenvolvimento de qualquer aluno aspirante a Mestre e Especialista. Com este primeiro diálogo, foi possível saber *a priori* como seria organizado o meu estágio, os turnos a realizar, tal como as horas a realizar.

2.2.1 Estágio I – Serviço de Urgência Polivalente

Realizei o ensaio clínico I no SUP do HNM do SESARAM, de 25 de outubro a 13 de dezembro de 2021.

Este Serviço de Urgência (SU) é o único SUP da RAM, fazendo parte de um hospital “fim de linha”, servindo, de forma permanente, uma população total de 250 769 residentes (Censos, 2021), aliado a um fluxo enorme de turistas que a região recebe diariamente, de forma constante.

Os SUP são definidos, segundo a DGS (2001), como unidades de segundo nível, isto é, são áreas hospitalares de maior grau de diferenciação técnica para o acolhimento de situações de urgência e emergência, estando localizadas em hospitais gerais centrais, funcionando igualmente como serviços de urgência médico-cirúrgica para as suas respetivas áreas de influência.

Segundo Machado (2021), os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que possuem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência. Neste tipo de serviços é necessária a existência de uma extensa disponibilidade de especialidades, tais como Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética, e ainda Patologia Clínica com Toxicologia.

Este, é um serviço cuja visão e missão assenta no cuidar de todos os pacientes que a ele recorram, ou a que sejam transferidos, tendo em conta a procura na diferenciação de cuidados médicos e de enfermagem, urgentes e emergentes, de maneira a tratar esses mesmos pacientes de uma forma adequada, competente, segura, célere, personalizada e ainda com uma atitude confidencial, digna e transparente na essência da natureza de cuidados (SESARAM, 2021).

Neste SUP, até a meados de dezembro de 2021, foram recebidas, no respetivo ano em que a prática clínica se desenvolveu, cerca de 95051 Urgências Hospitalares, cuja média diária comparativa se assentou nas 266,99 urgências. Segundo Machado (2021), Portugal é dos maiores países da Europa com o maior número de episódios de urgência por cada 100 000 habitantes, sendo que ultimamente este número tem vindo a aumentar.

O mesmo autor refere que a natureza e os números da afluência aos SU podem “espelhar a oferta geral de serviços de saúde existente numa determinada zona ou num determinado país” (p.3), mas que, por outro lado, poderá refletir-se na “possibilidade de

decisão discricionária da população relativamente ao local a que recorrer em caso de percecionar a necessidade de cuidados de saúde” (p.3).

Respetivamente à equipa de Enfermagem do SUP do HNM, esta conta com 5 equipas de 18 elementos, na sua média, cujo regime de trabalho se assenta no estilo *rollman*, com repetição na sequência de Manhã-Tarde-Folga-Noite-Folga.

É de referir que existem elementos em regime de horário fixo, porém quando uma equipa se encontra de serviço, esta é naturalmente complementada com um reforço de outros elementos de Enfermagem provenientes de outras equipas do respetivo serviço, o que implica, por parte dos enfermeiros, a realização de turnos extra no seu horário, superando as suas 35 horas semanais contratuais. Este aumento de horas laborais resulta, aquando da minha percepção *in loco*, na sobrecarga dos enfermeiros em seu respetivo local de trabalho, sabendo que este tipo de profissão é de alto risco, porém não classificada como tal, legalmente em Portugal, apesar de já existirem várias propostas de revisão no Parlamento Português.

Este é um serviço em que são os enfermeiros o pilar da sua dinâmica, competência e segurança, ainda que a carga de trabalho física e psicológica seja elevada para os mesmos.

A prática de Enfermagem em urgência e emergência, de acordo com Howard e Steinman (2010), envolve no seu processo integral a avaliação inicial, o diagnóstico, o tratamento e a avaliação final. A resolução de problemas à pessoa em situação crítica, neste contexto, implica em grande parte a implementação de um SAV, um ensino ao paciente e/ou à família, uma referenciação adequada do seu circuito, bem como uma solidez de conhecimento de implicações legais.

O enfermeiro está em todas as fases do processo de doença da pessoa em situação crítica, como defendido pela teoria de Afaf Meleis, e descrito na fase inicial deste respetivo relatório, sendo a isto inerente a circunstância deste profissional estar em constante *stress* intenso.

Aquando de uma rápida pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, facilmente se identifica evidência científica na ligação de situações stressantes aquando do cuidar próximo de pacientes vulneráveis, tal como no estudo de Silva et al. (2015), seja quanto à exposição de situações degradantes perante a imagem corporal, seja perante situações limite tão comuns como a fronteira ténue entre a vida e a morte, de uma pessoa em situação crítica. Ainda que na tentativa de caracterizar a Enfermagem como uma profissão com elementos técnicos de natureza profissional, considero que para praticar um cuidado humano e empático, o “Eu” pessoal esteja em constante dinâmica inseparável do “Eu”

profissional, sendo que o limite pessoal e limite profissional sejam segmentados por uma linha ténue, que muitas vezes se molda como transparente ou inexistente na conceção do cuidado.

Sendo este um profissional que trabalha em contínuo esforço para o cuidar da pessoa vulnerável, é importante ter em atenção a integridade da saúde física e profissional dos enfermeiros, visto o *stress* ser constante numa realidade inerente à própria atividade profissional, pelos estímulos a que estão expostos, aos riscos de vida iminente, à gestão de emoções próprias e expressão das mesmas perante terceiros, à necessidade de adaptabilidade na comunicação, e à responsabilidade na “arte do cuidar”.

Desta forma, segundo Lima et al. (2002), considerando a resiliência como a capacidade de o indivíduo responder de forma adaptativa a determinados desafios e situações adversas, sem que a sua saúde mental seja afetada, referem que é através de estratégias de *coping* que essa adaptação se cria com sucesso, assumindo as variáveis mediadoras dos efeitos do *stress*.

Considerando a subjacente expressão, motivo e apelo político referido recentemente nos meios da imprensa social advindos do Ministério da Saúde na pessoa da precedente ministra da saúde, aquando do contexto pandémico perante a necessidade de os enfermeiros capacitarem-se de resiliência, considero que a simples essência de ambicionar exercer esta profissão com vontade e orgulho é por si só, de forma inata, a conceção mais pura de resiliência.

Ainda assim, a Enfermagem traduz-se na capacidade de adaptação contínua e dinâmica às organizações de saúde, transparecendo a capacidade de gerir a pressão em providenciar melhores e contínuos serviços e cuidados de saúde, considerando a utilização dos mesmos recursos de sempre, ou redução dos mesmos, na adaptação para um futuro cujo objetivo se centra na produtividade intensa para a sobrevivência das organizações, onde se incluem aspetos estruturais, técnicos e sociais do ambiente de trabalho em que se a referida Enfermagem se insere (Carneiro, 2020).

Segundo Teixeira (2021) “o clima e a cultura organizacionais têm um significativo impacto no comportamento de inovação, podendo os líderes promover ou, por outro lado, atrasar a mudança” (p.20). Nesta vertente, melhorar o clima organizacional é, sem dúvida, melhorar e promover comportamentos de inovação.

Segundo dados da *Health Education England* (2014), cerca de 10% dos enfermeiros que exerciam funções no NHS, consideraram deixar a profissão, sendo que deste percentil,

teriam maior probabilidade em consumir essa intenção os enfermeiros recém-licenciados e os mais próximos da idade da reforma.

De acordo com Charalambous (2021), uma estratégia a adotar para a melhoria da prática da Enfermagem seria a simplificação no desenvolvimento de políticas, cuja colocação do NHS fora da arena política poderia fornecer uma solução sólida para o planeamento das intervenções de Enfermagem. Neste caso, o investimento financeiro eficaz pode incluir uma reorganização dos cuidados de saúde e componentes individuais, de forma a abordar os fatores socioeconómicos determinantes e mais amplos na saúde. Esta ideologia poderia se aplicar no sistema de saúde público de Portugal, uma vez que creio que a carência de enfermeiros no seu rácio de pacientes com dotação segura na prática de Enfermagem é condicionada, de igual forma, pela aplicação desmedida de fundos financeiros e desinteresses.

Segundo o mesmo autor, a Enfermagem está a se tornar uma ciência mais complexa face às pressões exercidas pela pandemia e pela circunstância da longevidade da esperança média de vida, que obviamente proporciona o cuidado a uma população dotada de múltiplas e complexas comorbilidades. Desta forma, globalmente, é essencial que uma abordagem colaborativa seja adotada para desenvolver uma estratégia de modo a proteger e apoiar os enfermeiros.

Nesta medida, possuir uma consolidada representação dos enfermeiros a níveis global, nacional e regional, garantiria que os mesmos contribuíssem para uma reformulação das políticas e do desenvolvimento estratégico (Charalambous, 2021). O mesmo autor considera haver pouco que os enfermeiros, individualmente, possam fazer para criar impacto nos desafios dos serviços sem uma mudança na infraestrutura organizacional nesses três níveis.

A questão da resiliência na Enfermagem é preocupante, pois coloca a responsabilidade nos indivíduos, em vez de organizações e governos assumirem a responsabilidade de encontrar soluções.

É possível verificar que neste SUP, sendo a primeira porta de entrada dos pacientes no serviço hospitalar imediato, os enfermeiros estão expostos, diariamente e de forma constante, a pacientes com doenças altamente infecciosas, apesar da utilização de equipamento de proteção individual. Esse risco verificou-se existente no número de elementos de Enfermagem infetados por SARS-CoV-2 no SUP, estabelecendo a hipótese deste contágio ter-se realizado em contexto laboral, ao longo do período de realização desta minha prática clínica.

No início do percurso dos pacientes, aquando da sua chegada a este serviço, o acolhimento é realizado por um enfermeiro que se encontra no exterior da porta de entrada do SUP. O enfermeiro destacado para este posto tem uma grande responsabilidade na avaliação dos pacientes, uma vez que efetua uma pré-triagem do estado de saúde do paciente, divergindo-o para o circuito adequado.

Em tempo pandémico, o SUP impôs a necessidade de uma separação inicial entre os pacientes respiratórios e não respiratórios, isto é, pacientes que estejam com a exacerbação de sintomas compatíveis com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, sendo eles a presença de tosse, dificuldade respiratória e febre. A avaliação e a monitorização destes parâmetros são realizadas através da implementação de um questionário inicial e monitorização da temperatura, ainda na fase da pré-triagem.

Em situações que o enfermeiro verifique que exista exacerbação de um ou mais destes sintomas, e/ou havendo historial de contactos de risco ou até possibilidade expressa de infeção por SARS-CoV-2, o paciente deverá ser transferido para a triagem avançada, local onde se recebem os pacientes com sintomas compatíveis de infeção por esse vírus, e/ou de outra etiologia respiratória. Aos pacientes, dentro deste circuito, é realizado teste de *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), com colheita de exsudado nasofaríngeo e orofaríngeo através de zaragatoas, para despiste da referida infeção.

Na situação em que exista um resultado negativo, os mesmos são transferidos para os serviços ideais no tratamento da sua condição clínica, ou são transferidos para um dos sectores do SUP, mais frequentemente a unidade dos Cuidados Especiais da Urgência (CEU).

No outro circuito de admissão, quando os pacientes não têm nenhum destes sintomas, ou pelo juízo clínico do enfermeiro destacado neste posto, será admitido na entrada principal do SUP, passando pela Triagem principal.

É na Triagem principal que se realizam as implementações dos conceitos, “Identificação do Problema”, “Colheita e Análise de Informações Relacionadas com a Solução”, “Avaliação de Todas as Alternativas e Seleção de Uma delas para Implementação”, “Implementação da Alternativa Seleccionada” e “Monitorização da Implementação e Avaliação dos Resultados” (Grupo Português de Triagem, 2010). Segundo os mesmos autores, a Triagem resume-se a uma estratégia que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.

O protocolo de Triagem de Manchester é criado em 1994 na referida cidade de Manchester, sendo a sua criação fruto de uma necessidade vivenciada por parte de equipas

Médicas e de Enfermagem sentirem a obrigação de identificar prioridades clínicas, uma vez que em Inglaterra, nessa altura, experienciava-se o colapso dos cuidados de saúde primários e do, inversamente proporcional, aumento desregulado na procura dos SU hospitalares (Freitas, 2012).

A ideia começou por se criar no conceito de proporcionar aos profissionais devidamente treinados, a capacidade de um juízo clínico mais célere, guiado por fundamentos na seleção dos pacientes tendo em conta o grau de gravidade.

Neste sentido, segundo Marques e Lino (2021), o objetivo da triagem no SU é de priorizar os pacientes consoante a sua gravidade clínica, não pretendendo estabelecer um diagnóstico prévio, mas sim identificar uma prioridade clínica baseada na identificação dos problemas referidos e/ou evidenciados, que discriminam as prioridades clínicas sob a forma de discriminadores que podem ser gerais ou específicos.

Assim, caracterizando o tipo de “Discriminadores Gerais”, são respetivamente aplicados a todos os pacientes admitidos na triagem, independentemente da sua queixa, e são constituídos pelo risco de vida, dor, hemorragia, grau de consciência, temperatura e contexto cronológico do início de sintomas. Por outro lado, os “Discriminadores Específicos” caracterizam-se na sua aplicação em situações individuais, tais como, por exemplo, dor pleurítica e dor precordial.

Neste sector, a triagem do paciente é realizada tendo em conta os seus sintomas, associando-os a um fluxograma que será classificado por uma cor, tendo em conta a sua gravidade, onde é igualmente importante a dotação de uma vasta experiência e perícia profissional na área da urgência de modo a que o julgamento clínico, ou chamado “olho clínico” seja adequadamente utilizado. Aqui, são monitorizados vários sinais vitais tendo em conta a queixa inicial do paciente ou do historial relatado pelo acompanhante e/ou bombeiro. Poderão ser avaliados os cinco sinais vitais, tendo em conta a predominância dos sinais e sintomas, no contexto da hospitalização.

Posteriormente, quando a triagem é concluída, é colocado no paciente uma pulseira de identificação, com a respetiva cor aplicada em fluxograma, direcionando-o para a sala de espera nas “boxes” médicas de forma a se ser atendido na consulta médica, passando à eventual necessidade de tratamento.

Categoricamente, a Triagem de Manchester é realizada por cinco cores, porém no SUP do HNM a existência da cor branca, é uma variância do clássico sistema de Triagem de Manchester. Assim, esmiuçando as cores, com a sua respetiva categoria na triagem, a

categoria de “Emergente”, classificada com cor vermelha tem um tempo alvo de atendimento de zero minutos, ou seja, imediato.

A categoria “Muito Urgente”, classificada com cor laranja, tem um tempo alvo de atendimento de dez minutos. Já a categoria “Urgente”, classificada da cor amarela, possui um tempo alvo de atendimento de 60 minutos. “Pouco Urgente” é a categoria com classificação de cor verde em tempo alvo de atendimento de 120 minutos, e a categoria “Não Urgente” com classificação de cor azul com tempo alvo de atendimento de 240 minutos.

A cor branca, considerada a sexta cor do sistema de Triagem de Manchester adaptado ao SESARAM é relativa a marcações programadas para realização de consultas, procedimentos técnicos ou exames de diagnóstico, pelo que o seu tempo de espera varia de forma nem sempre associativa à dinâmica do SU. A existência desta cor criou em mim desconforto, tendo sido objeto de tema para a realização de uma reflexão crítica para esta prática.

Costa et al. (2020) afirmam que Portugal adota a cor branca para classificar todos os pacientes que se dirijam ao SU para reavaliação após altas, realização de exames, procedimentos eletivos, terapias não agendadas, e entre outras situações. Nesta vertente sou profundamente crítico, uma vez que considero que este tipo de abordagem e intervenções deveriam ser realizadas somente num serviço de Consulta Externa, e não num Serviço onde se misturem pacientes em condição crítica, com pessoas destinadas a uma reavaliação que poderia ser facilmente realizada num serviço de cuidados primários, ou através do destacamento de uma equipa mobilizada ao domicílio do paciente, fosse então pertinente.

Por várias vezes no processo de triagem, quando existia um aglomerado de pessoas, ou quando a chegada de ambulâncias e macas com pacientes era em grande número, senti que existiam fatores de desconcentração, tal como o ruído. Senti que este ruído era dificultador na comunicação com os pacientes, principalmente se estes padecessem de alguma acuidade auditiva, ou se estivessem desorientados no tempo, espaço ou pessoa, sendo também um fator indutor de *stress*. A sala de triagem, na sua estrutura física, cria um eco sonante que dificulta a filtração de informação importante.

A distância física de segurança (cerca de 2 a 3 metros) para diminuição do risco de contágio era, na minha opinião, um problema. Senti que a distância condicionava a comunicação e a identificação imediata de sinais fisiológicos, na deteção de eventuais problemáticas, não obstante de o enfermeiro triador se deslocar para a avaliação de sinais vitais e colocação da pulseira de identificação.

Segundo Nadarajan et al. (2020), os serviços de emergência são a fortaleza dos sistemas nacionais de saúde, pelo que necessitam de estar em constante estado de preparação. O mesmo autor afirma que os serviços de emergência devem estar num constante estado de preparação e adaptação aos diferentes microrganismos patogénicos. A preparação é a chave de ouro para mitigar eventuais possíveis efeitos desastrosos tais como os de uma Pandemia, sendo que as suas condicionantes ocorrem, imperativamente, nos níveis departamentais, hospitalares e nacionais.

Nas palavras de Munir et al. (2020), a construção e/ou adaptação de locais próprios para a admissão de pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de COVID-19, deve sempre que possível ser utilizada de modo a que estejam afastados dos serviços de emergência centrais. O investimento no controlo sanitário e de índices de controlo de infeção, a melhoria da comunicação com a generalidade da população (Munir et al., 2020) está a ser adaptada no SUP, visto que se expandiu em dois sectores de triagem.

Com isto, criou-se a necessidade de destacar mais um elemento para a pré-triagem, local este onde o enfermeiro procede à triagem dos pacientes no encaminhamento dos mesmos para a admissão no SUP, ou seja, sem sintomas indicativos de infeção por SARS-CoV-2 ou, quando estes se encontram presentes, no encaminhamento para o serviço de triagem avançada. Acredito que este tipo de encaminhamento seja necessário e extremamente adequado, na medida em que visa mitigar eventuais contágios de pacientes e profissionais de saúde, por SARS-CoV-2.

Nos casos em que a avaliação inicial, por parte do triador, é considerada emergente, existe a deslocação imediata do paciente para a Sala “Zero”, com a ativação de alarme sonoro, onde é ativada toda a equipa destacada para a respetiva sala.

Na experiência que consegui adquirir na sala de triagem, foi-me possível, de forma proativa, ter uma observação participante, capacitando-me a triar alguns pacientes, realizando o seu acolhimento, dialogando, interpretando as queixas e sintomas, monitorizando sinais vitais e ainda orientando para a sala ou destinos adequados. Foi-me igualmente possível participar ativamente na aplicação do rastreio epidemiológico, contextualizado nesta contingência pandémica atual.

Confesso que a posição por mim tida neste sector foi a de uma sensação de responsabilidade tremenda, uma vez que é aqui, através do julgamento clínico limitado a pouca informação que muitas vezes se tem, que se identificam focos de instabilidade, através das evidências e de implementação de fluxogramas adequados pelo método da Triagem de Manchester. Estive ciente que, nesta posição, a correta e adequada aplicação de

conhecimentos, aliada à experiência dos enfermeiros, quase sempre Peritos na sua experiência profissional, possibilita a adequada avaliação dos pacientes, direcionando-os a um circuito adequado ao seu estado de saúde e à sua situação clínica.

Nas palavras de Viel et al. (2019), “enfermeiros que trabalhem nos serviços do pré ou intra-hospitalar desempenham um papel fundamental na detecção precoce de vítimas que necessitam de atendimento” (p. 261). Bijani et al. (2018), referem que enfermeiros que realizem Triagem de Manchester devem ser altamente qualificados para a respetiva função, devendo não só possuir competência clínica, como devem ser dotados de qualidades psicológicas e profissionais dedicadas ao trabalho.

Segundo Marques e Lino (2021), este tipo de triagem é realizada por enfermeiros, à semelhança de outros sistemas de triagem, pelo que existe evidência científica que comprova a associação de que a eficácia da triagem está diretamente associada às experiências, de igual forma, com especial particularidade, à experiência do enfermeiro em emergência. Gonçalves (2021), refere que a experiência adquirida especificamente em contexto hospitalar, é reconhecida como sendo importante para o seu desempenho com pacientes críticos, pelo que é referida como sendo responsável pelo aumento da segurança das suas ações. De acordo com Abellsson e Lindwall (2012), esta experiência garante ao enfermeiro capacidade para agir, visto ser esta a capacidade necessária para quem lida com situações de emergência.

É assim consensual que o enfermeiro que realiza o processo de triagem deve ser capaz de tomar decisões num ambiente inconstante, agitado e hostil, tal como são os serviços de urgência, considerando o acesso da limitação de informação, muitas vezes ambígua e incompleta.

Desta feita, os mesmos autores afirmam que a tomada de decisão é um processo complexo, na realização de triagem, uma vez que a mesma exige precisão, formação específica em triagem, uma base de conhecimentos diversificada e fortes habilidades interpessoais de pensamento crítico e de comunicação.

Tomar decisões é uma das principais intervenções de Enfermagem no quotidiano da prática. Estas tomadas de decisões são extremamente importantes na medida em que a decisão poderá comprometer e modificar completamente o seguimento dos acontecimentos. Aquando do cuidado do paciente crítico, este processo de tomada de decisão tem de ser então um processo muito rápido, simplificado, e que por vezes decorre perante ambientes adversos que podem, inclusive, pôr em questão não só a segurança dos pacientes, mas como também dos profissionais de saúde.

A postura de um enfermeiro deve ser sempre a de incentivar e encorajar o processo de tomada de decisão adequado quanto ao seu processo cognitivo. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE],2015), a Cognição corresponde a “processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos” (p. 74).

Esta essência de tomada de decisão requer, segundo Nunes (2006), processos mentais que determinam o curso da ação existente tais como a existência de algoritmos que permitam uma linha de raciocínio que então possibilite a tomada de decisões e respetivas intervenções mais céleres e adequadas perante cada situação.

A existência de uma abordagem multidisciplinar é essencial, na medida em que nesta respetiva equipa constam profissionais com dinâmicas de conhecimentos maiores, para que a decisão seja mais precisa e adequada à especificidade de cada situação. Como exemplo do paciente crítico em contexto pré-hospitalar, o processo de tomada de decisão é efetuado mentalmente e tem por base um raciocínio crítico e o seu contexto, exigindo rapidez, eficiência e eficácia aquando das intervenções realizadas.

Segundo Lennquist (2012), a tomada de decisão, como exemplo do contexto extra-hospitalar, deve visar a redução ou eliminação das mortes e comorbilidades. Assim, de forma a que se consolide esta ideia, é imperativa a existência de uma enorme mobilização de recursos técnico-humanos, sendo que as prioridades estabelecidas devem seguir métodos simplificados de diagnóstico e tratamento.

Desta feita, e seguindo uma linha de pensamento ao paciente crítico em situação extrema num cenário multivítimas, a exigência para uma tomada de decisão torna-se muito mais complexa face ao grande número de pacientes e recursos que o mesmo cenário adquire (Sanders & Minick, 2014).

Nesta vertente, baseando-se no estudo “*Making Better Decisions During Triage*” realizado por Sanders e Minick (2014), a evidência que interações são cruciais durante a triagem entre enfermeiros e os pacientes, existe. Os resultados deste estudo revelam que é exigida extrema experiência por parte dos enfermeiros, tal como conhecimentos e competências na área da triagem de forma a que as tomadas de decisões sejam adequadas.

Batista (2015), quanto às capacidades de autonomia e de decisão dos enfermeiros, afirma que ambas são factores cruciais, de forma a que a “aceitação dos mesmos seja cada vez mais reconhecida e enfatizada, fazendo com que os cuidados de enfermagem prestados, neste contexto, sejam progressivamente de maior qualidade, e o reconhecimento da sua imprescindível relevância seja cada vez mais uma realidade” (p.12).

Decidir é também gerir, o que implica muitas vezes a gestão de conflitos entre pessoas. De acordo com Correia (2020), “os hospitais são ambientes naturalmente stressantes, pelos mais variadíssimos motivos, tais como utentes doentes e respetivos familiares, expectativas irrealistas, conflitos éticos, emocionais e profissionais, mudanças imprevisíveis, ambiente de trabalho com inúmeros fatores de risco e desgaste (...)” (p.48), pelo que o lidar com o *stress* é constante.

Segundo Martins et al. (2020), os conflitos são inevitáveis nos espaços em que existem interações entre as pessoas e, conforme a sua intensidade, maneira como forem tratados, poderão estes até serem benéficos no ambiente de trabalho. Os autores concluíram através da implementação de um estudo realizado em três instituições de saúde da região Norte de Portugal, que 60% dos enfermeiros gestores medeiam conflitos de forma diária, referindo que a maioria prefere evitar explicitar as divergências, no intuito de minimizar ressentimentos, procurando satisfazer as expectativas das partes envolvidas, discutindo a sua opinião com os profissionais para mostrar o seu ponto de vista na referida situação, refletindo sobre a questão em discussão de forma a encontrar uma solução coletiva aceitável, e trocando informações precisas a respeito do caso em questão com o intuito de resolver o problema em conjunto.

Num outro estudo realizado num Centro Hospitalar da Região Metropolitana de Lisboa (2016) por Coelho (2017), através da aplicação de um questionário a 222 enfermeiros, sendo que 212 eram enfermeiros de cuidados gerais e 9 enfermeiros chefes, concluiu-se que os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros chefes, no seu meio laboral adotam para resolução de conflito as estratégias de colaboração, seguindo-se das estratégias compromisso, acomodação e por último, evitamento e dominação.

As contribuições para a Enfermagem e para área da saúde residem, especialmente, nos achados que permitem uma melhor compreensão das competências dos enfermeiros na gestão de conflitos, dos desafios na *praxis* dos líderes, os quais interferem no direcionamento das equipas e, consequentemente, na qualidade dos serviços e no gerenciamento do cuidado.

Esta tomada de decisão deve ser realizada aplicando estratégias tendo em conta a responsabilidade de priorizar o atendimento ao paciente, visando a função da gravidade da sua situação clínica, gerindo fluxos e circuitos de gestão dos pacientes que são admitidos, potenciando a eficácia dos SU no atendimento à pessoa em situação crítica.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, assim como a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 do Regulamento n.º 429/2018.

Ainda neste mundo da Triage, explorei os conhecimentos dos colegas destacados para esta seção no serviço, questionando que tipo de protocolos e de preparação existe para as situações de exceção, catástrofe e emergências multivítimas.

Considerando os últimos eventos de dimensões fatais ocorridos na RAM nos passados 12 anos, por fogos, inundações, acidentes multivítimas e até derrocadas, é importante a existência de uma fluida organização, tendo em conta, para mais, o contexto pandémico atual.

O SUP tem, no seu posto de Triage, *kits* dedicados a situações de exceção. Estes são compostos por quadros esquemáticos de avaliações primárias e secundárias às vítimas, por folhas de registos adaptados a eventos multivítimas, e por pulseiras de variadas cores perante a devida identificação dos respetivos pacientes após avaliação primária.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ramo da pessoa em situação crítica deve ser dotado de competências que o possibilitem prestar cuidados organizados, eficazes e eficientes em situações adversas tal como uma resposta a eventos de catástrofe e de exceção.

Neste contexto, segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de três de julho, uma “Catástrofe” designa-se como um “acidente grave ou uma 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. 4696).

Constitui-se como “Catástrofe”, de acordo com a denominação do Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2012), um evento raro, que através de um planeamento devidamente adequado será possível organizar a desorganização resultante desse mesmo evento, antever e antecipar as intervenções de forma a melhorar a coordenação dos recursos existentes, na medida em que é necessário formar e preparar profissionais com recurso a práticas de treino, tais como cursos de simulações que permitam melhorar a capacidade de resposta e a metodologia de atuação dos respetivos profissionais aquando destas circunstâncias, de especificidades próprias.

Este tipo de evento poderá ocorrer a qualquer momento, seja à hora que for, ou espaço, sem aviso, tal como ultimamente tem sido vivenciado, fruto do terrorismo atual como o manuseamento de vítimas contaminadas com material químico, agentes biológicos, radiação ou ferimentos específicos que raramente ocorrem no quotidiano, ou até mísseis de alta energia ou ferimentos por fragmentos explosivos (Lennquist, 2012).

Na medida de aperfeiçoamento da estrutura de planeamento e organização na preparação para situações de exceção, catástrofe e emergências multivítimas, a simulação deve ser periodicamente realizada de forma a garantir a antecipação de intervenções adequadas das equipas multidisciplinares face à especificidade de cenários adversos. O conhecimento dos planos e a prática dos mesmos capacita os enfermeiros do conhecimento em que *a posteriori*, em contextos similares ou variantes, a sua intervenção fará a diferença.

Nas palavras de Kerfoot (2019), os desastres nem sempre são previsíveis, daí que a melhor ferramenta de liderança é ter elementos da equipa bem preparados, que saibam a sua posição no terreno, e ainda como atuar de forma automática numa crise.

Segundo Machado (2021), “qualquer SU deve estar preparado para poder ser acometido de uma situação excecional, fruto de um evento pontual de elevada demanda” (p.9). Este tema, sendo parte integrante do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve ser tido em conta desde a sua fase de planeamento até à sua fase de execução, considerando sempre a logística e os recursos humanos presentes.

Na discussão acerca da preparação deste serviço para uma eventual situação de exceção, imediatamente concluí, através do *feedback* dado pelos colegas, que seria um grande obstáculo para os profissionais deste serviço, mais uma vez, em grande culpa, pelas desadequadas condições logísticas presentes, e pelo enquadramento pandémico, no momento da realização do estágio, tendo em conta o fluxo de pacientes admitidos diariamente neste serviço.

Machado (2021) refere que as áreas funcionais do SU, na preparação para situações de exceção e seus pressupostos, devem ser acauteladas tornando-se os pilares da resposta, nomeadamente pela confirmação do evento, o reforço da segurança no hospital e seu SU, o esvaziamento condicionalmente possível do SU, a distribuição de tarefas e cartões de ação, a criação de uma enfermaria peri-operatória para situações de trauma com recobro e reorganização detalhada das salas de emergência, UCI, BO e demais enfermarias, considerando sempre a consolidação e coesão da comunicação, seja esta interna ou social.

Foi-me relatada ansiedade, e inclusivamente insegurança na eventualidade de ocorrer esse cenário, visto que seria muito difícil, nas palavras dos colegas, conseguir manter condições de segurança para prevenção de contágio de doenças infecciosas, tais como o SARS-CoV-2. Na eventualidade de ocorrência de uma situação de exceção considero-me capaz de agir com competência face às adversidades que possivelmente poderiam ocorrer, uma vez que tenho conhecimento do plano institucional em caso de situação de exceção,

pelo que este identifica riscos e previne cenários de acidentes, define princípios, normas e regras de atuação gerais e ainda zela pelo evitamento de confusões, erros, atropelamentos e duplicações de ação. Contudo, consegui identificar que a sistematização de procedimentos tais como a realização de exercícios pontuais e simulacros não é realizada de forma constante, pelo que me foi referido que muitos profissionais apenas se sentem preparados para atuar neste tipo de situações aquando da participação do curso MRMI.

Afirmo também que a minha formação do curso MRMI capacitou-me para este tipo de situações, conhecendo a transição organizacional face às advertências condicionadas, a necessidade de estabelecer perímetros de segurança para a admissão de vítimas e a imposição de uma comunicação sucinta, verdadeira e eficiente, são pilares que foram partilhados em concordância com enfermeiros que participaram também no referido curso.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, assim como a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 do Regulamento n.º 429/2018.

Parte integrante do SUP do HNM é a existência de vias verdes. Segundo Marques e Lino (2021) a via verde é “uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, o encaminhamento e o tratamento de situações mais frequentes e/ou graves nas fases pré, intra e inter-hospitalares, com a finalidade de sistematizar procedimentos cuja abordagem estruturada e precoce tem um impacto da morbilidade e mortalidade” (p.28).

Segundo o Grupo Português de Triagem (2010), a filosofia subjacente às vias verdes constitui-se inteiramente integrada com a da Triagem de Manchester, defendendo esta última, a existência das vias, ao identificar o risco e ao preconizar a subsequente sistematização do circuito do doente.

Este tipo de vias, associadas à Triagem de Manchester, demonstraram ser um instrumento extremamente eficaz na abordagem das demais naturezas na ativação de protocolos das respetivas vias, pelo que valoriza convenientemente um conjunto de sinais e sintomas que estão diretamente associados às demais situações clínicas, permitindo a sua categorização, e garantindo o seu atendimento em tempo útil (Marques & Lino, 2021).

As vias verdes existentes em protocolo neste serviço e na RAM são a via verde do “Acidente Vascular Cerebral”, a via verde da “Sépsis”, a via verde “Coronária”, e a via verde do “Trauma”. É na sala “Zero” que se verifica a essência de um SUP e dos profissionais que o fazem ser um serviço de excelência a nível de recursos humanos. Esta é uma sala capaz de receber quatro pacientes adultos em simultâneo, ou três pacientes adultos e um

pediátrico/neonatal, também em simultâneo, por este ser um espaço partilhado com o Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente.

Foi aqui que participei e testemunhei a fluidez e a excelência da atuação dos profissionais de saúde, particularmente na perícia dos enfermeiros, e a postura e posição dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente a minha orientadora de estágio. A abordagem “ABCDE” foi sempre privilegiada, sendo o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, muitas vezes, o *team leader* da situação, destacando os restantes colegas aos postos concretos, cooperando logicamente com a equipa Médica, reajustando posições tendo em conta a necessidade de intervenção, monitorização, avaliação e reavaliação.

É através das vias verdes que, e sempre que possível já na abordagem pré-hospitalar, é identificada a possibilidade do problema através de alguns critérios de encaminhamento direto a um SU.

Tendo também experiência passada de estágio na EMIR, na Pós-Graduação recente em Emergências do Extra-Hospitalar às UCIs, e conhecendo a base da sua natureza e dinâmica da ação, testemunhei a existência de uma forte comunicação entre as equipas pré-hospitalares e o SU de modo a que estas situações fossem tratadas de maneira célere, na Sala “Zero”, e também na antecipação e preparação de eventuais necessidades de encaminhamento para as demais unidades interventivas, tais como a unidade de Hemodinâmica, o BO e até a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.

Com esta atividade, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6 do Regulamento n.º 429/2018.

Foi neste primeiro ensaio clínico que testemunhei e pude desenvolver a técnica de comunicação de más notícias. Esta tarefa, segundo Silva e Emídio (2021) constitui-se como sendo das mais difíceis tarefas que os profissionais de saúde se deparam, principalmente os enfermeiros, uma vez que são os profissionais que, ao longo de mais tempo, prestam cuidados diretos e mais próximos ao paciente e à respetiva família.

Esta comunicação, segundo os mesmos autores, é causa de perturbação e mal-estar não apenas ao recetor da mensagem, mas também a quem a comunica. De acordo com as *legis artis*, é imperativo que a comunicação seja praticada de acordo com as boas práticas, recorrendo aos modelos de comunicação promotores de protocolos orientadores para a transmissão das más notícias.

Segundo Silva e Emídio (2021) a comunicação de más notícias é um acontecimento súbito, podendo ser ou não inesperado, que desencadeia um luto intenso, normalmente muito

doloroso e prolongado. Nestas premissas, a ideia de que a notícia é dada sem preparação prévia condiciona o processo da realidade, criando-se um choque e negação ainda mais moroso, sobressaindo, como refere o autor, o sentimento de incredulidade.

A aplicação do protocolo de Buckman “SPIKES” foi uma prática comum no decorrer destas situações perante alguns pacientes e suas respectivas famílias. Este protocolo denomina-se pela criação de seis etapas para a transmissão de más notícias, sendo elas correspondentes a cada letra do acrónimo “SPIKES”, S – “*Setting Up the Interview*”, P – “*Perception*”, I – “*Invitation*”, K – “*Knowledge*”, E – “*Explore emoticons*” e S – “*Strategy and summary*” (Silva & Emídio, 2021).

O protocolo de Buckman é um acrónimo criado pelas diferentes fases ou etapas de materialização na comunicação de más notícias. Esmiuçando as diferentes etapas, a primeira letra S – “*Setting Up the Interview*” associa-se ao planeamento da situação na forma de comunicar, ou seja, o enfermeiro deve, em situações práticas, promover um ambiente que providencie privacidade, conforto, e que o mesmo seja encorajador para a comunicação, não devendo existir factores de distração. Segundo Sancho (2006), a preparação de elementos que possam proporcionar as condições ideais para a comunicação de más notícias tornam-se importantes, seja na anulação dos referidos factores de distração, na promoção de privacidade, ou até inclusivamente na segurança nos intervenientes, visto este ser considerado um momento de fraqueza para a pessoa recetora da mensagem.

Já na letra P – “*Perception*”, o objetivo é compreender o que o paciente, ou família/pessoa de referência, sabem sobre a doença e gravidade da situação. Esta fase serve de perceção para o enfermeiro, quanto ao modo como o paciente ou família/pessoa de referência descreve a situação clínica de maneira a identificar o grau de negação em que a pessoa, em questão, se encontra. É apenas assim que a adaptação e o modo de transmissão da mensagem devem ser tidos em conta, considerando a adequação do grau de compreensão do recetor da mensagem (Silva & Emídio, 2021).

No seguimento do protocolo de Buckman, a letra I – “*Invitation*” é uma fase de complementação à fase da perceção, visto que serve a mesma para convidar o recetor da mensagem a expor as suas eventuais dúvidas, sendo possível compreender até que grau de detalhe a pessoa gostaria de saber sobre o seu caso em questão. Nesta fase, o tempo para esclarecimentos deve estar incluído de forma constante, adaptada à fluidez da conversação (*idem*).

Passando à próxima fase, a do K – “*Knowledge*”, esta serve de avaliação do conhecimento do recetor da mensagem sobre o assunto em questão, para que seja possível

providenciar a informação através de um trato delicado, claro e esclarecido, tendo em conta que o recetor possa assimilar a mensagem em transmissão, situação esta que automaticamente remete para a próxima fase (*idem*).

A fase da exploração de emoções, ou E – “*Explore emotions*”, é um momento que serve para abordar as emoções dos pacientes com respostas empáticas, pelo que o incentivo da expressão emocional deve ser realizado no intuito de recolher todas as reações emocionais inerentes à mensagem. A valorização das emoções é importante, porque irá demonstrar preocupação e interesse por parte do enfermeiro, sendo que este se preocupa e serve de apoio na fase de luto, aplicando e valorizando a sua competência empática (*idem*).

Na última fase do protocolo de Buckman, o S – “*Strategy and summary*” implementa-se no delinear dos próximos passos, ou criação de estratégia, e o resumo do evento. Aplica-se na elaboração de um plano que deve ser criado em função das necessidades do recetor da mensagem, de forma a prevenir ao máximo o seu sofrimento. Aqui, a criação destas metas a serem atingidas devem ser potenciadoras e encorajadoras no objetivo de questionar sobre as suas dúvidas, com a preocupação de ser esclarecido (*idem*).

Segundo Buckman (1992), através da aplicação de um protocolo de más notícias é possível conseguir realizar essa transmissão de informação que é sensível e delicada, para que o destinatário dessa mensagem a compreenda, evitando que o profissional a informe a todo o custo, ou por outras palavras, que a informação seja transmitida apenas se a pessoa em questão quiser, e que o profissional se aperceba que a pessoa também assim a deseje receber, terminando essa comunicação quando a pessoa o desejar.

Segundo Pereira (2008), para que este protocolo seja eficaz, o enfermeiro deve responder de forma adequada e honesta, comunicando com uma linguagem simples, e nunca muito complexa, com a preocupação de não banalizar o momento, e nunca retirando a esperança.

Numa das situações mais marcantes que experienciei no SUP, uma senhora com diversos antecedentes pessoais, um dos quais mais relevantes de neoplasia metastizada foi admitida na sala de recuperação proveniente de uma realização de biopsia tiroideia. Esta era uma senhora que se encontrava obnubilada, com depressão respiratória, em anemia grave a que fora de imediato iniciada uma transfusão sanguínea e que, infelizmente, acabou por falecer.

A filha desta mesma senhora encontrava-se à espera no exterior do SUP, pelo que imediatamente após o óbito desta senhora, uma funcionária do gabinete de apoio à família veio pedir informações sobre a mesma, ao afirmar que a respetiva não tinha informações da

sua mãe por já algumas horas e que se encontrava em grande estado de ansiedade. Neste momento senti uma frustração imensa, sem saber como proceder de imediato, até que foi decidido prestar primeiramente cuidados ao corpo, uma vez que se encontrava coberta de lençóis repassados e com lençóis manchados de sangue, e somente após estes cuidados foi decidido falar com a filha. Os primeiros sentimentos após a frustração foram de determinação em preservar a dignidade da falecida senhora de forma a que a sua filha a pudesse ver no melhor estado possível, transmitindo o maior estado de serenidade possível, tendo em conta o desfecho.

O processo de transmissão de más notícias foi planeado com muito cuidado, uma vez que a minha orientadora decidiu, da forma mais empática possível, ir pessoalmente ao exterior do SUP com esta filha, levando-a para um ambiente mais calmo, tranquilo e seguro, dentro do SUP para a transmissão da triste notícia. Tive a oportunidade de participar e testemunhar na transmissão desta notícia, preparando o ambiente e explicando o contexto do falecimento da sua mãe, uma vez que a mesma, ainda que em estado de choque e revolta, pediu justificações.

Identificámos imediatamente a razão da revolta uma vez que a filha desta senhora afirmou que havia-lhe prometido que a sua morte seria em casa, junto de si, e nunca em meio hospitalar. Aqui, quanto a esta afirmação, foi difícil arranjar palavras que confortassem esta notícia e a revolta da filha à promessa que afirmou ter feito à sua familiar, pelo que a seu pedido acompanhamos a mesma a ver a sua mãe, podendo se despedir da mesma com calma e tranquilidade. A aplicação de SPIKES tornou-se uma mais valia na transmissão mais digna e empática desta informação, valorizando os sentimentos e a emoção da filha desta senhora, compreendendo o processo de transição e o choque da notícia, mantendo a dignidade.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.4, 1.5 e 1.6 do Regulamento n.º 429/2018.

2.2.2 Estágio II – Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente

A realização do ensaio clínico II e ensaio clínico III (módulo I) foi feita na UCIP do HNM do SESARAM, de 22 de janeiro a 3 de março de 2022.

Segundo o Regulamento n.º 533/2014, as UCI são locais qualificados para assumir a responsabilidade de pacientes com disfunções de órgãos, de forma integral, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

A UCIP do HMN tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e

participação na investigação da ciência clínica aplicada, e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo (SESARAM, 2022). Tem como visão ser reconhecida interna e externamente como um serviço de excelência através da eficiência e modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência técnico-científica dos profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos.

Nas palavras de Lino e Silva (2001), foi durante a guerra da Crimeia, no século 19, que Florence Nightingale procurou seleccionar os pacientes mais graves de forma a acomodá-los, para favorecer o seu cuidado imediato. Criou-se uma ideia da exigência aquando da assistência e observação contínua, por parte dos profissionais de saúde, a este tipo de pacientes, sendo os mesmos denominados de críticos, pelo seu estado de saúde. A inspiração do conceito de UCI, adotou uma nova dinâmica, por necessidade dos eventos históricos.

Segundo a DGS (2003), as UCI são definidas como estruturas qualificadas para assumir a responsabilidade integral pelos pacientes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências, com implicações vitais. Este tipo de unidade caracteriza-se como sendo uma área da Enfermagem e dos cuidados ao paciente crítico, na qual existe uma forte incorporação de técnicas que requerem destreza e treino constante.

As respetivas técnicas, pela diferenciação que comportam e segurança que permitem, têm forte atratividade tornando os Especialistas em verdadeiros técnicos, aplicadores de elevado desempenho, numa racionalidade técnica na medida que o padrão de conhecimento empírico se torna dominante em detrimento de outras formas de saber (Queirós, 2016).

O mesmo autor refere que a Enfermagem se assenta numa ecologia de saberes, sendo estes saberes científicos e de outra natureza, que se contextualizam na contribuição para uma ação, e resultantes da mesma, permitindo um cuidar integral. Segundo Nascimento e Erdmann (2009), o cuidado ao paciente em cuidados intensivos revela-se um campo alicerçado na indispensabilidade de prestar cuidados especializados a pessoas em situação crítica.

Marques et al. (2006) afirmam que as UCI se encontram inseridas em ambientes altamente tecnológicos devido à necessidade de prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, fazendo com que os profissionais de saúde tenham que executar intervenções rápidas e eficazes.

Quanto à equipa de Enfermagem numa UCI, Varela (2016) afirma que os enfermeiros têm de ser capacitados de conhecimentos amplos e saber mobilizá-los, uma vez que estas unidades são caracterizadas pelo uso de tecnologia altamente sofisticada, sendo

que muitas das vezes é necessário um corpo de conhecimentos que lhes confira competências para o exercício de Enfermagem. Só assim será possível colocar o profissional num desafio de integrar a tecnologia no cuidado à pessoa vulnerável, dominando os princípios científicos que fundamentem toda a sua utilização.

Esta unidade consegue receber, no seu funcionamento contínuo de 24 horas por dia, ao longo de todo o ano, pacientes provenientes de todos os serviços do HNM, assim como de todos os serviços de saúde da RAM. A admissão destes pacientes dá-se para o tratamento da pessoa em situação crítica, com patologia potencialmente reversível, seja de origem médica, traumatológica ou cirúrgica, cumprindo as orientações do Ministério da Saúde.

Quanto à sua classificação, esta UCIP é de nível III, visto que detém equipa Médica e de Enfermagem própria, equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária à prática clínica segura da pessoa em situação crítica implicando a presença física constante de equipa Médica e de Enfermagem.

Nesta linha de pensamento, e segundo a o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, emanado pela OE, sobre a utilização de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, é recomendado nas UCIP de nível III, um rácio enfermeiro/paciente de um para um, afirmando ainda que a constituição das equipas das UCIP devem ser compostas de 50% de enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com preferência na área da pessoa em situação crítica, com permanência coberta nos serviços pelas 24 horas.

A equipa da UCIP do HNM é composta, no seu íntegro, por 73 enfermeiros, dos quais 24 são enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4 enfermeiros Especialistas em Reabilitação, 1 enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e 1 enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. Apenas 4 dos 43 enfermeiros de Cuidados Gerais encontram-se, no momento do meu estágio, a integrar o curso da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, contudo são números ainda longe da respetiva recomendação de dotações seguras emanadas pela OE.

Através de uma visita às instalações da UCIP, consegui identificar que esta é composta pela unidade raiz, equipada de 8 camas sendo uma delas de isolamento, pela unidade dos CEU com UCIP, composta por 7 camas, e pela unidade destinada a pacientes do foro respiratório com diagnóstico positivo para SARS-CoV-2 composta por 9 camas. De referir, que a equipa destacada para o turno é dividida de acordo com as necessidades dos serviços e da carga do serviço, através de uma avaliação *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), com variância TISS28.

A carga de trabalho, segundo Bernardino (2020), representa o trabalho que um enfermeiro pode desenvolver por turno/dia e traduz-se na relação enfermeiro-paciente, ou rácio. Os instrumentos de avaliação da carga de trabalho tiveram a sua origem no início dos anos 60, uma vez que existia uma lacuna sentida na intensidade de trabalho a atribuir aos profissionais de saúde. Este aspeto baseava-se no conceito de “Complexidade dos Cuidados Médicos”.

Desta feita, a utilização de dois critérios fundamentais na respetiva classificação foi o início da classificação de doentes, sendo eles os “Recursos Tecnológicos”, e os “Recursos Humanos”. Os “Recursos Tecnológicos” aliados ao tipo e frequência da utilização de intervenções de monitorização e terapêutica, enquanto que os “Recursos Humanos” destinavam-se ao treino, cobertura médica e relação enfermeiro-paciente.

O mesmo autor refere que foi a partir do conceito anterior que as UCI passaram a ser classificadas em 4 grupos, sendo estes “*Intensive Care*”, “*High Care*”, “*Medium Care*” e “*Low Care*”, tornando-se classificadas por ordem ao respetivo grau de importância do cuidado aos pacientes críticos. Porém, este conceito foi considerado insuficiente pela *European Society of Intensive Care Medicine*, nos anos 80 pelo que, com base na sua evidência científica as UCI foram classificadas em 3 grupos, sendo eles o paciente de Nível I, cuja relação enfermeiro-paciente era de 1:4, o paciente de Nível II, onde existe a relação enfermeiro-paciente de 1:2,5, e o paciente de Nível III com uma relação enfermeiro-paciente de 1:1. Este último conceito foi aplicado na década de 90 na Holanda, demonstrando que os recursos humanos são mais descritivos do que a complexidade dos cuidados, visto separarem dois importantes conceitos que são indevidamente misturados, sendo eles a “Capacidade Operativa” e a “Competência Médica”.

Nomeadamente foi o TISS, criado em 1974 por Cullen e seus colaboradores, tendo como objetivo principal o de estratificar a gravidade da doença com base na carga de trabalho em Enfermagem requerida pelos pacientes seguindo o conceito de que a gravidade estaria diretamente relacionada com o tipo de intensidade de tratamento realizado (Bernardino, 2020). O mesmo autor refere que as UCI são unidades de saúde “projetadas para fornecer um elevado e excecional nível de cuidados que monitorizem e suportem as funções vitais dos pacientes, sendo dos serviços hospitalares os que requerem maior consumo de mão de obra qualificada” (p. 124).

A variância do TISS28, criada em 1996 por Reis Miranda e seus colaboradores, dá-se pelo facto de o TISS ter sido alvo de muitas críticas aquando da sua utilização como instrumento, tais como o longo e aborrecido consumo de tempo aquando da colheita de

dados, as diferentes interpretações tidas pelos avaliadores, devido à existência de um número elevado de itens, e ainda pelo facto de que estes mesmos itens não conseguem refletir, em parte clarificada, as atividades de Enfermagem.

No início deste ensino clínico, foi importante a consulta dos protocolos da UCIP, de modo a consolidar os meus conhecimentos prévios, e adaptar-me às necessidades e à qualidade exemplar nos cuidados ao paciente crítico.

Com isto, senti a necessidade de identificar-me em todos os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo isto para mim fundamental, pelo que acredito que é fundamental aprender o melhor que cada exemplo e modelo de Enfermagem possa-nos transmitir, crendo assim que o desenvolvimento das minhas competências será potenciado. Neste ensaio clínico, o exemplo da minha orientadora foi fundamental para que servisse de modelo para as minhas intervenções de Enfermagem.

As admissões nas UCIP são particularmente assentes na necessidade de o paciente depender de suporte vasopressor e/ou suporte ventilatório, uma vez que é reconhecida a instabilidade clínica na segurança do paciente. Quanto à transferência dos pacientes desta unidade para outras unidades, esta é mais comum no paciente queimado em contexto de situação crítica, visto a RAM não deter de uma unidade com a valência de qualificação para o cuidado do paciente grande queimado. Nestas situações, a transferência é realizada por elementos de equipa da UCIP do HNM até à unidade de destino, ou até nave aérea com equipa destacada para tal transporte.

Quanto à alta/transferência da UCIP, é realizada quando se verifique estabilidade hemodinâmica do paciente, e quando este adquira a capacidade de proteger a sua própria via aérea, sendo que em casos de pacientes com traqueostomia os cuidados em Enfermagem associados a esta prótese ventilatória devem ser mantidos. Em casos de alta/transferência para cuidados paliativos, esta existe quando a evolução do estado de saúde não é a mais favorável, tendo em conta os princípios da “Beneficência” e “Não-maleficência” associados à reserva fisiológica do paciente. Esta decisão clínica é sempre da equipa médica, após estudo do caso.

Fez parte constante deste ensino clínico, a minha observação sobre a capacidade de juízo clínico que os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCIP têm no cuidado ao paciente em situação crítica. Foi um privilégio enorme conseguir testemunhar a forma com que muitos enfermeiros lidavam nas situações de *stress*, através da implementação de intervenções ajustadas, com perícia adequada a cada situação.

Desta feita, de forma a adquirir o máximo da experiência desta prática, dediquei-me à observação participante nos processos de admissão de pacientes que dão entrada na UCIP, na identificação dos focos de instabilidade, na adoção constante da abordagem “ABCDE”, e na colaboração de intervenções de Enfermagem emergentes para a estabilização dos pacientes críticos. Tive a oportunidade diária de prestar cuidados a pacientes em estado crítico com suporte ventilatório e hemodinâmico, pelo que foi uma ocasião para o aprimorar das minhas intervenções de Enfermagem.

Na UCIP, das situações que mais me fascinaram foi a capacidade de utilização de informação científica atualizada pela restante equipa de Enfermagem, aquando dos seus cuidados. Estes elementos são, na sua maioria, proativos, tendo inclusive referências, entre si, de profissionais que estão sempre, como referiam, “em cima do acontecimento científico”, sobre as determinadas patologias e diagnósticos clínicos.

Como exemplo de uma situação de admissão de um paciente da sala zero, recebemos já no final do turno um paciente, vítima de paragem cardiorrespiratória por cetoacidose metabólica, com intervenção da EMIR no local da paragem, após 40 minutos de manobras de reanimação com retorno de circulação espontânea após esse tempo. Quando visualizei o paciente identifiquei-o como sendo um paciente conhecido por várias admissões em internamento na unidade de agudos de psiquiatria e saúde mental da Casa de Saúde de São João de Deus, unidade onde trabalhei.

Conhecendo o seu historial, consegui verificar que, apesar dos esforços contínuos por vários anos da equipa de Enfermagem não fora possível ensinar e convencer o mesmo a adotar hábitos de vida saudável, sendo o mesmo diabético tipo 1, e diagnosticado com perturbações mentais, aliado ao fato de se inserir num núcleo familiar disfuncional.

A experiência de admitir e prestar cuidados a uma pessoa que nos é conhecida, é sem dúvida inquietante, sendo esta a primeira vez que cuidei de uma pessoa tão bem conhecida em situação crítica. Foi também por mim experienciada revolta, uma vez que aquando dos internamentos anteriores deste paciente na unidade de agudos em psiquiatria e saúde mental, executei ensinamentos de modo a evitar situações radicais como este desfecho final.

O processo de admissão tornou-se automático, por já estar habituado a este tipo de situações, não obstante de que no processo de admissão estivesse sempre no pensamento, de forma ressonante, a incapacidade dos esforços de várias equipas de Enfermagem não conseguirem agir sobre o maior benefício do paciente.

Por fim, passei as informações que sabia para um cuidado o mais personalizado possível, porém este paciente chegou a falecer no dia seguinte.

O lidar com a morte tem-se tornado uma realidade mais comum na área de intervenção à pessoa em situação crítica, contudo sinto que o crescimento advindo destas experiências nos capacita a ser profissionais cada vez mais competentes na melhor abordagem a este tipo de pacientes, tornando-se assim o lidar com a morte em contexto de uma UCI, parte deste processo.

Quanto à aquisição de competências, aprender e saber como atuar perante diversas situações fazem a diferença na prestação dos cuidados, pelo que tentei absorver o máximo de informação e de boas práticas em referências profissionais que me inspiraram nesta UCI.

Serviram também de inspiração estes modelos profissionais de Enfermagem, visto que promoviam a importância e a capacidade de fundamentação das suas intervenções através de evidência científica atualizada.

Investi na identificação de diagnósticos que, por ser uma UCI polivalente, permitiu-me experienciar contextos não muito comuns na minha prática clínica, possibilitando um enorme crescimento na minha aprendizagem. Foi benéfica a minha experiência na antecipação de complicações resultantes da ventilação invasiva, visto que facilitou bastante o cuidado no contexto do paciente crítico.

A existência de uma nova prática clínica, como o cuidar de um paciente em decúbito ventral com diagnóstico clínico de infeção por SARS-CoV-2, tornou-se algo a investigar. Segundo Mota et al. (2020), o decúbito ventral, no contexto de síndrome de dificuldade respiratória no adulto, ajuda a melhorar os parâmetros ventilatórios e gasométricos, os sintomas de dispneia, facilita a recuperação, com consequente, alta precoce, diminuição dos dias de internamento e redução da mortalidade aos 28 e 90 dias.

Os mesmos autores referem que os profissionais de saúde mais habilitados para realizar estas intervenções, são os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e os enfermeiros de Reabilitação, uma vez que possuem conhecimento científico e clínico essencial à redução do risco de complicações e, por conseguinte, o garantir da segurança do paciente, afirmando que o conhecimento das complicações e a sua prevenção são a chave para a segurança do doente quando posicionado em decúbito ventral.

Com isto consegui testemunhar e participar nos cuidados a pacientes em decúbito ventral, tornando-se uma aprendizagem na qual poderei ser proativo e realizar de forma competente e mais segura no meu meio de trabalho. Neste tipo de técnica aprendi como é importante o trabalho de equipa em mobilizações tão complexas como esta, em que a necessidade de uma nova posição do paciente seja tão dependente de uma coordenação eficaz de tantos elementos da equipa, de forma a garantir a segurança do paciente, sabendo

bem que se torna uma mais valia na preparação para este tipo de cuidados, uma vez que presto cuidados a pacientes SARS-CoV-2 positivos em ventilação mecânica invasiva.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, e 2.4, e a competência específica “C” nas suas unidades de critério 3.1 e 3.2 do Regulamento n.º 429/2018.

Neste estágio fez também parte o ensaio clínico III (Módulo I), que me proporcionou uma maior experiência nos cuidados de Enfermagem ao paciente neurocrítico, o qual ambicionava ter como estudo de caso. Foi-me possível adquirir mais experiência em monitorização neurológica e ainda participar no aperfeiçoamento das minhas técnicas intervencionais, e no raciocínio rápido face à atuação de Enfermagem a este tipo de paciente crítico.

O cuidado ao paciente neurocrítico é feito ao longo de diversas etapas, sendo que foram diversos os pacientes com este tipo de diagnóstico, porém com cinéticas de lesão diferentes. Num primeiro caso, abordei a situação de um paciente no seu pós-operatório com hemicraniectomia descompressiva por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico na artéria mediana M1, servindo este paciente para ser um estudo de caso clínico com aplicação do Processo de Enfermagem, objeto de avaliação para o Módulo I referido anteriormente. As intervenções realizadas a este paciente foram contínuas e de extrema monitorização apertada, visto que a alteração da estabilidade de certos valores poderia ser significativa no comprometimento do *outcome* do paciente.

Segundo Falcão et al. (2015), o AVC é a urgência médica do sistema nervoso central mais frequente, além de que, no AVC isquémico e hemorragia subaracnoide, existem tratamentos emergentes e efetivos, tais como a trombólise endovenosa com rtPA (Alteplase) até às 4 horas e meia após o início dos sintomas. Nos casos de AVC agudo, os pacientes devem ser internados numa unidade de AVC que tenha as mesmas características que uma unidade de cuidados intermédios, uma vez que este tipo de internamento promove a redução da mortalidade, a melhoria do défice funcional, a diminuição das complicações advindas deste tipo de diagnósticos, e ainda a redução de custos para a unidade hospitalar.

Segundo estes autores, sabe-se que os pacientes que são vítimas de AVC agudos têm indicação para internamento em UCIP, na procura à melhoria do seu *outcome*, e facilidade da recuperação dos pacientes pelo rácio mais apertado.

Segundo Huffstutler (2010), as partes do cérebro irrigadas pelas artérias cerebrais médias são a superfície lateral dos lobos parietal, frontal e temporal, as circunvoluções pré-

centrais (motoras) e pós-centrais (sensitivas), sendo a sintomatologia do paciente compatível com toda a clínica diagnosticada. Refere o mesmo autor que a circulação do cérebro possui características especiais, sendo que favorece o sistema nervoso central relativamente a todas as outras partes do organismo, contribuindo para o fornecimento constante de glicose e oxigénio no tecido nervoso.

Uma vez que este caso retrata um AVC isquémico com enfarte maligno da artéria cerebral média, com alteração da consciência súbita, trata-se de um quadro neurológico grave. Neste caso, as patologias vasculares e cardíacas devem ser associadas no tratamento à patologia neurológica, uma vez que todas estas se podem influenciar na deterioração clínica do paciente. É imperatório que se domine os campos teórico-práticos no cuidado a este tipo de pacientes.

Um outro paciente neurocrítico a quem prestei cuidados de Enfermagem foi a um indivíduo estrangeiro, vítima de um TCE. Segundo Coimbra (2021), o TCE é uma das principais causas de morte e incapacidade crónica em Portugal, tendo o mesmo consequências familiares, sociais e económicas. Ainda neste enquadramento, segundo o respetivo autor, o TCE dá-se quando a cabeça embate num objeto sólido, pelo que as forças bruscas de desaceleração poderão provocar uma deformação óssea e lesão do conteúdo craniano. Esta cinética poderá danificar a estrutura rígida do crânio, do cérebro, dos ossos faciais, tecidos moles, estruturas vasculares e dos nervos cranianos, podendo ainda dividir-se, na fisiopatologia do TCE em lesão cerebral primária ou secundária.

A lesão cerebral primária é uma agressão direta do tecido cerebral, com destruição de células, fibras nervosas e vasos sanguíneos, sendo que incluem estas a existência de uma rotura de vasos cerebrais, contusões hemorrágicas e de lesão axonal difusa. Já a lesão cerebral secundária dá-se como uma consequência de agressão após o traumatismo original, ou seja, pela resposta fisiológica do organismo, traduzindo-se em alterações do Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC) no tecido circundante por isquémia ou hiperémia, e por ativação de cascatas bioquímicas locais e sistémicas, das quais resultam na destruição do tecido cerebral, provocando necrose e apoptose neuronal.

Neste tipo de situações evidenciadas, é importante definir o método de diagnóstico para aferir o local do foco de instabilidade, ou de trauma, e também para adaptar e ponderar as estratégias de tratamento. Os exames complementares de diagnóstico, tais como a Tomografia Computorizada (TAC) e a ressonância magnética, são fundamentais.

Segundo Falcão et al. (2015), a TAC é um suficiente indicativo para realização de trombólise, sendo apenas necessária a execução de uma ressonância magnética com

sequências de difusão em casos de dúvida quanto ao diagnóstico, tal como a dúvida entre um AVC *versus* uma doença neurológica, assim como referido neste primeiro caso. Os pacientes submetidos a AVC agudo neste tipo de circunstâncias devem ter internamento na UCI, de forma a manter a sua estabilidade vital.

Manita (2015) afirma que tradicionalmente os cuidados a este tipo de pacientes, no passado, estavam centrados no suporte hemodinâmico e cardiorrespiratório, porém a alteração de conceitos e da capacidade tecnológica tornou possível a monitorização da vertente neurológica, com a avaliação em tempo real de parâmetros funcionais que permitem identificar alterações significativas, possibilitando atuar de forma imediata. Nesta ideologia, é importante primar-se pela prevenção, deteção e tratamento de hipo e/ou hiperglicémias, hipertermias, infeções e recorrentes tromboembolismos.

De acordo com o mesmo autor, nunca existe um parâmetro isolado que se avalie por completo na estabilidade da fisiologia cerebral, daí que na prática, os mecanismos de lesão, tais como a hipoperfusão, isquemia por hipertensão intracraniana, hipoxemia cerebral, hipoglicemia cerebral e excitotoxicidade por crises epiléticas, possam ocorrer. Desta forma, existem alguns parâmetros fisiológicos que se devem avaliar de modo a controlar o *outcome* do paciente, tal como a Pressão Intracraniana (PIC), o FSC, o metabolismo cerebral (glicémia e oxigénio) e ainda o estado elétrico cerebral, que nem sempre é tradicionalmente implementado nas UCI.

O FSC é considerado como o volume de sangue existente na circulação cerebral durante um período de tempo, pelo que o seu valor normal é de 50 a 60 mls/100g/min, e está diretamente relacionado com a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), e inversamente proporcional à resistência vascular cerebral (NAEMT, 2021).

A PPC define-se como a quantidade de pressão necessária para ocorrer a circulação cerebral, expressando-se com a fórmula Pressão Arterial Média (PAM) menos a PIC. As características do cérebro permitem manter gradientes de pressão, dependendo do volume intracraniano, denominando-se como complacência intracraniana, e a elastância, ou distensibilidade da parede dos ventrículos (Barreto, 2017). A complacência intracraniana define-se pela capacidade de o crânio tolerar o aumento do volume sem o aumento da PIC. Em situações normais, este aumento do volume cerebral, seja de sangue ou de líquido cefalorraquidiano, não promovem o aumento da PIC, porém quando a sua complacência, que afeta diretamente a elastância, se encontra diminuída, é o suficiente para causar elevação da PIC.

Segundo Olson et al. (2014) quando o limite da extensão é alcançado, ocorre a hipertensão intracraniana (HIC), ou interpretados como valores de PIC superiores a 20 mmHg, devido à falência dos mecanismos compensatórios. De acordo com Barreto (2017), o aumento da compressão cerebral com incapacidade de controlo da HIC, poderá instigar herniação cerebral, que consequentemente provocará sequelas neurológicas graves, provocando inclusivamente a morte.

Coimbra (2021), refere que a identificação da HIC será dada pela alteração do estado de consciência, tríade de Cushing, diminuição dos reflexos do tronco cerebral, papiledema, postura de descorticação, anisocoria pupilar e diminuição ao estímulo luminoso, vômitos em jato, cefaleias e ainda alteração do padrão respiratório.

No paciente neurocrítico vítima de AVC, e de acordo com Falcão et al. (2015), o AVC isquémico muito extenso poderá desenvolver edema cerebral maciço na zona do enfarte, tendo potencial risco de herniação transtentorial, provocando o edema de dois tipos, o citotóxico ou vasogénico. O desvio lateral do hemisfério por efeito de massa promove a diminuição da vigília, onde posteriormente se identifica uma herniação transtentorial, tal como ocorrido numa das situações em campo de estágio.

Neste tipo de situações, como foi imediata, é indicada a realização de uma descompressão cirúrgica, que deve ser realizada precocemente, até 72 horas após o respectivo episódio, pelo que nos enfartes malignos da artéria cerebral média, a hemicraniectomia descompressiva está indicada em pacientes com qualquer idade em que exista deterioração do estado de consciência, independentemente do local, ou hemisfério afetado, não devendo-se esperar até ao coma profundo para a realização da intervenção cirúrgica, uma vez que os resultados são de pior *outcome*.

Segundo Coimbra (2021), a realização da craniectomia descompressiva é usada tradicionalmente como o último recurso no controlo da HIC refratária, pelo que estudos recentes demonstram a eficácia da craniectomia na redução da PIC. Nunca tendo eu prestado cuidados de Enfermagem a este tipo de pacientes, tornou-se imperativa a pesquisa deste tipo de situações.

O retalho ósseo, numa das situações, era extenso, de modo a que não existam dimensões menores ao da área delimitada do edema provocado pelo enfarte. Desta feita, este tipo de intervenção reduz a mortalidade e melhora o prognóstico funcional, porém tal como todas as intervenções, não é isenta de complicações, como infeções, derrames subdurais, herniação cerebral externa e herniação paradoxal.

A forma de avaliação clínica do paciente submetido a hemicraniectomia descompressiva é através da PIC, permitindo determinar o tratamento da hipertensão intracraniana, ajustando-se clinicamente o tratamento e os respetivos cuidados de Enfermagem.

Para isso, foi-me possível aplicar de forma adequada os protocolos existentes na UCIP sobre o cuidar do paciente neurocrítico. Só assim, seria possível promover a estabilidade de parâmetros vitais à recuperação e reabilitação do respetivo paciente. Acredito que o enfermeiro deve realizar uma avaliação sistematizada, centrando a sua atuação na prevenção de complicações resultantes da redução do estado de consciência e na minimização dos quadros que decorrem das lesões secundárias.

Por ser uma situação em que não só o paciente se encontra vulnerável, mas também a família e respetivas pessoas de referência, foi fundamental este ensino clínico para a demonstração das minhas competências facilitadoras na comunicação, promovendo uma relação de ajuda e aproximação com as partes. Isto, tanto pela incapacidade de expressão verbal, devido à presença de uma prótese ventilatória, mas também pela perfusão medicamentosa sedativa e analgésica que é realizada num paciente destes, tornou-se importante o apoio da equipa de Enfermagem à família.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2 e 1.3, assim como a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5, e a competência específica “C” nas suas unidades de critério 3.1 e 3.2 do Regulamento n.º 429/2018.

A gestão diferenciada da dor é considerada, na UCIP, uma competência imperativa para o cuidado de excelência, como igualmente pela prevenção da mesma, pela ação de perturbação da estabilidade inata e hemodinâmica dos pacientes. Para isso, a exigência do registo do nível de dor, utilizando as mais diferenciadas escalas, tornou-se necessário.

Em conformidade na UCIP, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas são fundamentais, visto que as equipas de Enfermagem procedem na prevenção da dor, utilizando várias estratégias possíveis ao dispor. Isto demonstra que a precisão de conhecimentos na área da gestão da dor, da sedação, da analgesia e do *delirium*, é necessária, promovendo igualmente uma necessidade de capacitação na continuidade dos cuidados.

A DGS (2003), no uso das suas competências técnico-normativas, através da Comissão de Acompanhamento do “Plano Nacional de Luta Contra a Dor” na sua Circular Normativa N.º 09, instituiu a “Dor” como o 5º sinal vital, sendo que é considerada como

essencial a prática da sua avaliação nos cuidados de saúde e aplicação do registo sistemático na intensidade da dor, a utilização de uma escala de mensuração da dor que seja validada de forma internacional, e a inclusão de um espaço próprio para o registo da intensidade da dor em folha de registo de sinais vitais.

Segundo a SPCI (2012) através do seu “Plano Nacional de Avaliação da Dor”, o enfermeiro e médico devem ter em atenção diversos critérios aquando da avaliação da dor, tais como o seu nível de acordo com o relatado pelo paciente sendo este o *gold standard* da sua avaliação, a utilização da *Behavioral Pain Scale* (BPS) em pacientes sedados e ventilados que não comunicam, e a realização da avaliação da dor em todos os turnos, e sempre que se justifique.

Quanto à sedação, na sua essência deverão os enfermeiros ter como objetivos o tratamento de doença subjacente, tais como convulsões, hipertensão intracraniana e abstinência alcoólica, a manutenção da segurança do paciente e equipa, a redução do consumo de oxigénio, e a facilitação da tolerância à terapêutica para intervenções invasivas. Esta é parte integral do tratamento ao paciente crítico, uma vez que permite reduzir a ansiedade, estabelecer um repouso adequado, e ainda reduzir sensações desagradáveis dos tratamentos ou até mesmo procedimentos, servindo também de adjuvante e analgésico (Monte, 2020). A sua avaliação deverá ser realizada de acordo com uma escala precisa, tal como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS).

O *Delirium* é um síndrome caracterizado por um início agudo em que o paciente evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência ao longo do dia, e compromisso da função cognitiva, podendo este ser dividido em “*Delirium* Hiperativo”, caracterizado por agitação, “*Delirium* Hipotativo”, definido pela diminuição aos estímulos externos, letargia e lentificação psicomotora, e ainda “*Delirium* Misto”, em que existe uma flutuação entre os subtipos referidos anteriormente, sendo então a essência deste diagnóstico uma condição multifatorial, pelo que a admissão numa UCI cria um grande risco no desenvolvimento deste síndrome (Vieira et al., 2020).

Neste contexto, na disciplina de Investigação, realizada na Pós-Graduação em Emergência Pré-hospitalar e Cuidados Intensivos, a qual obtive equivalência no respetivo curso de mestrado, desenvolvi uma revisão de literatura integrativa com o título “Qual a abordagem não farmacológica à pessoa adulta internada na UCI com o diagnóstico de *delirium*?”. Este trabalho possibilitou-me identificar as abordagens não farmacológicas que foram utilizadas em contexto de cuidados intensivos a pessoas com *delirium*, sendo que a aplicação do *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) foi

realizada em todos os pacientes que tive, sendo a monitorização do mesmo para a sua prevenção, não obtendo felizmente qualquer evidência de *delirium* nos pacientes em contexto de UCI.

Sabendo que a continuidade dos cuidados de excelência não é feita só pela aplicação dos conhecimentos teóricos, é necessária a sensibilidade relativa à promoção e manutenção da dignidade, segurança e privacidade dos pacientes. Na UCIP, este tema foi, para mim, importante.

O cuidar de pessoas vulneráveis necessita, na minha opinião, de uma entrega total e constante, pelo que nem sempre o paciente consegue entender a necessidade de priorizar diversas intervenções, ainda que com uma devida justificação. Neste sentido, experienciei diversas situações em que esta priorização de Enfermagem foi entendida, pelos respetivos pacientes, como um ignorar das suas necessidades imediatas, tendo em conta as suas perspetivas pessoais.

Exemplo disso foi a de um paciente que exigia ter em sua proximidade um enfermeiro de forma a prestar-lhe auxílio no imediato, apesar de lhe ter sido explicado por várias vezes que a ajuda seria prestada apenas quando possível, tratando-se de uma unidade cujos pacientes tendem a ter uma situação clínica crítica podendo necessitar de mais auxílio do que a do respetivo indivíduo que exigia cuidados permanentes nos mais pequenos detalhes.

Não obstante de lhe ter sido prestada esta informação, o paciente ignorou estes valores, mantendo o tom de voz rude e perentório. Neste contexto, tive sempre uma atitude proativa na sensibilização dos pacientes aos eventos que decorriam no momento e que necessitavam da atenção primada dos enfermeiros destacados nesse turno.

Aqui, poderei defender a equipa de Enfermagem, pelo que muitas das vezes existe a necessidade constante de mobilizar pacientes entre o próprio serviço, visto que a sua dinâmica muda muito facilmente, de forma rápida e imprevisível, pelo que é função do enfermeiro Chefe de Equipa, organizar o serviço de forma a dar a melhor resposta possível, adequada às condicionantes atuais, utilizando os princípios da “Beneficência”, e “Não-maleficência”, anteriormente já referidos, tentando ao máximo não prejudicar a qualidade dos cuidados que devem obviamente ter, sem prejuízo para o paciente, de forma digna e ética, mesmo com as condicionantes logísticas e de recursos humanos.

A importância da equipa de Enfermagem como elo para com a família foi constante, sendo que os critérios na UCIP, quanto à dignificação e promoção da segurança e bem-estar da mesma. A articulação deste enfermeiro com os restantes elementos do turno foi

notoriamente constante, de forma a determinar a necessidade de apoio extra, uma vez que a maioria dos pacientes críticos poderão ter um nível de instabilidade muito elevado. Para isto, considera-se que este profissional deve deter de um grande espírito de liderança, dominar a dinâmica do serviço e deter grande experiência em contexto de cuidados a pacientes críticos.

A liderança torna-se essencial na vida profissional do enfermeiro, pois é com esta capacidade que o mesmo se encontra apto para se comunicar, de forma clara com o grupo, sendo este capaz de apontar soluções para os conflitos e ter capacidade de iniciativa na tomada de decisões, regra geral, atributos que garantam um desempenho satisfatório na arte de cuidar.

No exercício da liderança, o profissional deve proporcionar um ambiente favorável para a execução das atividades da sua vida profissional. Este profissional assume a difícil tarefa de coordenar a equipa de Enfermagem, e por isso necessita de desenvolver habilidades que favoreçam a condução equilibrada de um grupo, transmitindo segurança na tomada de decisões (Amestoy et al., 2016).

Os mesmos autores referem ainda que a capacidade do trabalho em equipa exige que o enfermeiro considere o todo de cada indivíduo, respeitando as individualidades, reconhecendo as competências, capacidades e potencialidades de cada membro. É importante neste meio de atuação que o enfermeiro ofereça oportunidades de participação, compartilhe e procure soluções para os problemas que possam surgir na sua equipa, procurando ouvir as opiniões dos elementos, desenvolvendo a comunicação verbal e não-verbal.

Segundo Teixeira et al. (2020), os comportamentos de liderança em Enfermagem que reforcem o sentido do trabalho, que promovam a participação na tomada de decisão e que expressem a confiança no enfermeiro são comportamentos promotores de empoderamento, uma vez que funcionam com fatores facilitadores de cumprimento de metas organizacionais e da promoção de autonomia.

Atualmente, a gestão e liderança têm demonstrado uma grande importância na área da Enfermagem. O enfermeiro, na sua prática diária, depara-se com situações diversas que exigem uma tomada de decisão imediata, flexibilidade, capacidade de resolução de problemas e de mediação de conflitos, coordenação de equipa e planeamento para atingir os objetivos pretendidos.

Kerfoot (2019) aponta que líderes com sucesso têm um plano de ação e de resposta rápido, ao contrário daqueles que não têm. A mesma autora afirma que por vezes os enfermeiros, sejam eles líderes ou não numa determinada equipa, consideram que não

necessitam de compreender as dinâmicas dos princípios de Enfermagem. Segundo Gabr (2019), a liderança, em situações de paragem cardiorrespiratória, é crucial para a eficácia da prestação da equipa que atua, e ainda do *outcome* do paciente. Os bons líderes são, normalmente, distinguidos pelas suas qualidades não técnicas, sendo as qualidades comunicacionais e interpretativas mais importantes no momento, do que propriamente o conhecimento prático exaustivo.

Para lidar e compreender, é necessário passar a informação de forma eficaz. De acordo com a CIPE (2015), a comunicação é considerada um comportamento interativo que consiste em “dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (p. 47).

Segundo Borges (2015), o tipo de comunicação eficaz caracteriza-se como a base e o fundamento da relação entre o enfermeiro, o paciente e sua família, determinando-se como o principal mecanismo de partilha das experiências, sentimentos, perceções, e esclarecimentos da interação e do conhecimento, uma vez que esta deve então ser honesta. De acordo a DGS (2017) o conceito de comunicação eficaz em saúde é entendido como uma transmissão de informação “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p. 4).

Segundo Silva e Emídio (2021), a comunicação em saúde apresenta-se como uma tarefa essencial para o estabelecimento de relações terapêuticas de confiança, de forma eficaz entre o enfermeiro e o binómio paciente-família. Já para Phaneuf (1995) este tipo de competência, o comunicar, é um fator crucial da prática de Enfermagem, ao longo dos seus cuidados, sendo que é através da comunicação que se constitui uma componente fundamental do relacionamento dos intervenientes, neste caso enfermeiro-paciente e/ou família

É comunicando que se estabelece uma relação terapêutica eficiente que promova a humanização e qualidade dos cuidados que são prestados à pessoa vulnerável e sua respectiva família e/ou pessoas de referência, sendo que a harmonização variante entre a comunicação verbal e não-verbal fazem a diferença na criação de uma relação terapêutica eficiente e promotora de humanização e qualidade dos cuidados de Enfermagem, diminuindo o sofrimento associado à transição da doença.

A comunicação em emergência é fundamental para o sucesso, seja ele na prestação dos cuidados de saúde, seja no socorro de vítimas de doenças súbitas, trauma ou situações multivítimas, pelo que se o emissor não conseguir fazer chegar a informação ao recetor de forma eficaz, poderá dessa forma comprometer o estado de saúde da pessoa que necessita de

ajuda (Bouça, 2021). O mesmo autor refere que “sem uma comunicação eficaz, não vamos ter um socorro eficiente” (p.43).

De acordo com o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020” do Ministério da Saúde (2015), a criação de objetivos estratégicos com o intuito de melhorar a qualidade, segurança e a diminuição de incidentes durante a prestação dos cuidados de saúde foi materializada. Desta forma, a DGS (2016) elaborou a norma nacional de boa prática sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.

No seguimento do Despacho n.º 1400-A/2015 referente a esse mesmo Plano Nacional, é descrita a comunicação como sendo fundamental para a segurança do paciente, em especial na existência de situações de transferência de responsabilidades a nível da prestação de cuidados de saúde. O respetivo documento acrescenta que as instituições prestadoras de cuidados deveriam de implementar procedimentos normalizados para assegurar que exista uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, evitando eventuais lacunas na continuidade dos tratamentos com consequentes danos para o doente.

Atualmente, o novo “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”, emanado a 24 de Setembro de 2021, pelo Ministério da Saúde (2021) por Despacho n.º 9390/2021, afirma que “a experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração do novo PNSD 2021-2026 que assentou numa metodologia participativa de auscultação de peritos e parceiros nacionais e internacionais” (p. 97).

O respetivo plano mantém-se fiel aos objetivos do anterior Plano Nacional, desenvolvido e a desenvolver neste âmbito, referindo que tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente (...)” (p. 97).

Aquando destes planos é recomendada a utilização da comunicação segura, pelo que adotei a metodologia “ISBAR”, nas transições de cuidados, independentemente dos níveis de prestação, com priorização na transferência de informação em momentos críticos aquando dessa prestação de cuidados, dado que são momentos de grande exigência, em que o risco de existirem falhas na eficácia da comunicação é maior. Assim, esta prática é recomendada por várias organizações de saúde dada a sua fácil memorização por parte dos profissionais, pela possibilidade de replicação em diferentes contextos, e por se tratar de um método padronizado, simples, claro e flexível.

A mnemónica “ISBAR” permite, através de uma forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que o “I” corresponde à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação, bem como do paciente a quem diz respeito a comunicação. O “S” corresponde à situação atual, onde há a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde, o “B” aos antecedentes, descrição de factos clínicos de Enfermagem e outros relevantes, assim como diretivas antecipadas de vontade.

Já o “A” entende-se pela avaliação, onde constam informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento e alterações de estado de saúde significativas. Por fim o “R”, corresponde às recomendações, à descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica específica do paciente. Tive a oportunidade de ensinar a utilização da mnemónica “ISBAR” a alguns colegas que a desconheciam, e que se inspiraram para o aperfeiçoamento da sua prática.

Jacinto (2019), afirma que para que exista uma manutenção da segurança nos cuidados de saúde é fundamental que a comunicação seja feita de forma concisa e eficaz, sobretudo quando se trata da passagem de informação clínica de uma pessoa para outra.

No fundo, além das competências fundamentais para a prática de Enfermagem com mestria, a comunicação eficaz na saúde requer competências específicas tais como conhecimento, competência e empatia, sendo fundamental que o enfermeiro saiba quando falar, o que dizer, e adequar a forma como transmite a informação. Ainda assim, e apesar de esta ser uma ferramenta usada diariamente como adjuvante na prestação de cuidados, a comunicação depende da existência de competências e aptidões que devem ser praticadas e bem interiorizadas de forma que a comunicação, então, seja eficaz.

Foram fundamentais os registos, mas também a criação de diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizando a linguagem da CIPE, aplicando o processo de Enfermagem em todos os pacientes que estiveram ao meu cuidado, assim como a gestão e atualização do plano de trabalho. Sem esquecer que o “Processo de Enfermagem” é essencial na planificação dos cuidados personalizados, incluindo a apreciação inicial, diagnósticos de Enfermagem, planeamento, implementação e avaliação, sendo um processo contínuo e ativo, possível de alterar aquando dos seus cuidados à medida que se modifiquem as necessidades do paciente (Potter & Perry, 2006).

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6 do Regulamento n.º 429/2018.

2.2.3 Estágio III – Serviço de Cuidados Intensivos Cardiorádicos

A realização do ensaio clínico III (Módulo II) foi feita na UCICT do HNM do SESARAM, de 3 de maio a 20 de junho de 2022.

A realização deste ensino clínico III (Módulo II) foi todo ele orientado para um estágio de opção no ramo da pessoa em situação crítica, de forma a atingir o auge da excelência das competências do enfermeiro Especialista. O local de ensino clínico para a realização deste estágio final de especialidade foi, predominantemente, o serviço de UCICT, juntamente com passagem nos serviços de internamento em Enfermaria da Cardiologia, serviço de Hemodinâmica e Unidade de Tratamento Intensivo de Coronários (UTIC).

Foi-me possível determinar que a UCICT do HMN tem como missão melhorar o estado de saúde e o bem-estar dos doentes que trata, através da prestação de cuidados de saúde de excelência, promover a investigação básica e clínica e formar futuros médicos e enfermeiros na área da cirurgia cardiorádica. Tem como visão garantir a melhor resposta possível a todos os doentes do foro cardiorádico da RAM, de acordo com a política institucional do SESARAM.

Tem como primordial objetivo para com os pacientes que cuida, suportar e recuperar a função cardiovascular e respiratória, de modo a criar condições para que a doença subjacente tenha uma evolução favorável e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade (SESARAM, 2022).

Esta unidade consegue receber, no seu funcionamento contínuo de 24 horas por dia, ao longo de todo o ano, pacientes com patologia cardíaca provenientes de todos os serviços do HNM, assim como de todos os serviços de saúde da RAM. A admissão de pacientes dá-se para o tratamento da pessoa em situação cardíaca crítica, com patologia potencialmente reversível, seja de origem traumatológica ou cirúrgica cardiorádica, cumprindo as orientações do Ministério da Saúde.

Segundo Harris e Williams (2012), uma UCI deverá ser uma unidade distinta no hospital, cujo acesso ao departamento de emergência, BO e serviço de imagiologia deverá ser facilitado, de modo a proporcionar uma atuação imediata a pessoas em condições de perigo iminente de vida ou de lesão potencialmente comprometedora.

Neste campo, a necessidade de conhecimentos básicos de cuidados cardiovasculares é cada vez maior dadas as complexidades das práticas nesta área, sendo que as oportunidades para o desenvolvimento são essenciais. O impacto das doenças cardiovasculares na nossa sociedade é, neste momento, tremendo, pelo que atinge todas as

dimensões do ser holístico, particularmente no meio familiar, nas decisões bioéticas e na consciencialização racionalizada das tomadas de decisão.

Quanto à sua classificação, esta UCICT é de nível III, visto que detém equipa Médica e de Enfermagem própria, de presença física constante, de igual forma caracterizado no Estágio II na UCIP, equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária à prática clínica segura.

A equipa do serviço de Cardiologia do HNM é composta, no seu íntegro, por 44 enfermeiros, dos quais 11 são enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 enfermeiros Especialistas em Reabilitação e 3 enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. Dos 25 enfermeiros de Cuidados Gerais encontram-se, aquando da minha prática clínica, 2 a integrar o curso da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, contudo, são números ainda longe da recomendação das dotações seguras emanadas pela OE, tal como também evidenciado no contexto da Prática Clínica II, na UCIP. Na capacidade do serviço de cardiologia, a Enfermaria é composta por 21 camas e 1 isolamento.

Através de uma visita às instalações da UCICT, consegui identificar que esta é composta pela unidade raiz, com três camas, havendo a possibilidade de expandir a lotação de camas pela ocupação de pacientes na UTIC, em que é a mesma composta por cinco camas, sendo comum a admissão na UTIC de pacientes do pós-operatório imediato, nas situações em que a UCICT se encontre na sua lotação máxima. De referir, que a equipa destacada para o turno é dividida de acordo com as necessidades dos serviços da Cardiologia e da carga do serviço, em geral. A disposição dos equipamentos é essencialmente central, tanto na unidade raiz da UCICT como na UTIC.

Na eventualidade de existirem pacientes com patologia SARS-CoV-2, em fase de potencial contágio recente, com diagnóstico cardíaco, estes são admitidos em valência de UCI ou de Enfermaria, tendo em conta o grau de doença, em unidade destacada para pacientes COVID-19 positivos. Nesta situação, são destacados enfermeiros para se deslocarem a essa respetiva unidade, para cuidarem dos pacientes em questão.

Na UCICT da RAM, sendo uma unidade que se destaca pelo extenso campo cirúrgico cardiorrespiratório, é comum, na sua maioria percentual, a admissão de pacientes submetidos a cirurgias cardiorrespiratórias no pós-operatório imediato, com patologia cardíaca e da aorta torácica, tais como patologias valvulares, isquémicas, congénitas e ainda complicações de cirurgias cardíacas prévias.

É a UCICT, uma unidade de admissão para pacientes no pós-operatório imediato a pessoas submetidas a cirurgias ao pulmão, ao pleural mediastino e diafragma e respetivas

estruturas anatómicas da parede torácica. São também admitidos, sem indicação cirúrgica, traumatismos torácicos e/ou complicações de cirurgias torácicas prévias. Face à excelente qualidade dos recursos humanos na sua constituição, este é um serviço cujo dinamismo se adapta às circunstâncias e necessidades de resposta ao doente cardíaco na RAM, pelo que serve, de apoio, ao serviço de internamento em Enfermaria da Cardiologia, à UTIC e ao serviço de Hemodinâmica do respetivo hospital.

Nesta entreajuda, é comum que existam transferências de pacientes entre estes serviços que acabei de identificar, isto porque a sua estabilidade clínica assim o exige. Esta transferência dá-se para o serviço de Hemodinâmica, e/ou admissão desse respetivo serviço de pacientes que se encontrem à espera da realização de cateterismo cardíaco diagnóstico, como na transferência e posterior admissão de pacientes submetidos a cirurgias cardiorrespiratórias no BO central do HNM.

O tipo de cirurgias cardiorrespiratórias realizadas no HNM são, na sua grande maioria, cirurgias programadas, e de pacientes residentes na RAM, porém a existência de um programa de apoio com a Região Autónoma dos Açores (RAA) possibilita a realização de cirurgias no HNM da RAM, a pacientes residentes na RAA. A existência do Programa de Recuperação de Cirurgias (PRCs) é uma realidade que sobrecarrega a dinâmica da UCICT, mas que é necessária ao cumprimento de procedimentos cirúrgicos para a melhoria da saúde de muitos pacientes.

Na sua agenda normal, a realização de cirurgias cardiorrespiratórias dá-se às segundas-feiras e quartas-feiras em todas as semanas, pelo que realisticamente se realizam, no mínimo, 100 cirurgias por ano. Em suplementação a esta agenda, a realização de PRCs toma lugar em dias aleatórios durante a semana, se assim a lotação da UCICT o permitir.

Relativamente à realização de exames de imagiologia, diariamente, em contexto normal, realizam-se Raio-X tórax na UCICT, e ainda Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações a todos os pacientes internados na UCICT e na UTIC. A necessidade de execução de exames imagiológicos mais específicos, por exemplo uma TAC ou uma Ressonância Magnética (RM) significa a realização de um transporte intra-hospitalar até ao serviço de imagiologia, considerando toda a logística de transferir um paciente de nível III, tendo em conta, na sua grande maioria, a instabilidade hemodinâmica e ventilatória que este tipo de paciente poderá vir a desenvolver.

Em situações críticas, ainda que raro, a transferência dá-se por meio inter-hospitalar, sendo realizada por elementos de equipa da UCICT do HNM até à unidade de destino, ou até nave aérea com equipa destacada para tal transporte, tal como a semelhança

ao transporte de pacientes para contexto inter-hospitalar da UCIP, descrito no ensaio clínico dessa respetiva unidade.

A transferência poderá ser realizada em contexto de pacientes com necessidade de realização de ECMO, ou, inclusivamente, com necessidade de transplante de órgãos nobres.

Neste ensino clínico, foi-me possível participar na transferência de pacientes críticos no pós-operatório imediato provenientes do BO até à UCICT, aplicando os conhecimentos teóricos aprendidos, bem consolidados na preparação e transporte seguro dos pacientes com monitorização contínua, dos quais a ventilação invasiva era um dos dispositivos cuja manipulação e manutenção foi cuidada e zelada, assim como o suporte vasopressor e restantes dispositivos de monitorização contínua invasiva.

De forma a conhecer as diferentes dinâmicas da UCICT, foi delineado por mim, o objetivo de passar nas diferentes unidades aferentes à Cardiologia, no mínimo de um turno, uma vez que permitiria conhecer melhor a dinâmica dos demais serviços, visto que é possível conhecer o percurso do paciente desde a sua admissão no serviço de internamento de Cardiologia, com passagem no serviço de Hemodinâmica para cateterismo, pela admissão na UTIC no pós-cateterismo imediato, e à eventual posterior necessidade cirúrgica cardiorrespiratória desse mesmo paciente. Aliado a isto, foi importante a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos pela evidência científica aquando da pesquisa diária sobre as novas situações.

Efetivamente num contexto pandémico em que predomina o SARS-CoV-2, sendo uma condicionante constante nestes últimos dois anos e meio, uma das situações que identifiquei foi o esforço extra que os colegas de Enfermagem têm de fazer de forma a permitir a segurança de doentes com patologia simultânea cardíaca e de COVID-19. O desafio constante de realizar turnos extra de forma a permitir essa segurança de pacientes críticos é contrastado pela falta de enfermeiros num serviço em que a necessidade contínua de prestação de cuidados é imperativa.

Por vezes, quando existe a necessidade de destacar um enfermeiro para a unidade COVID-19, na grande maioria das situações é sempre um enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que condiciona ainda mais a falta de enfermeiros Especialistas na UCICT. A condicionante de trabalharem sozinhos na unidade COVID-19 torna-se desafiante a todos os níveis, isto porque muitas das vezes são pacientes nível III, com suporte ventilatório invasivo e suportes vasopressores, em que a carga de trabalho excede de larga forma um rácio de segurança ideal, infelizmente causado pelas condicionantes atuais.

Os ensinamentos aprendidos foram aprofundados de uma forma exaustiva, e com um raciocínio constante sobre a prática diária, uma vez que a variabilidade da estabilização dos pacientes cardiorrespiratórios poderia mudar subitamente, sendo necessário atuar na prevenção de complicações. A aposta no desenvolvimento de competências foi idealizada de forma a me preparar com o modelo de exemplo da minha tutora, uma vez que a considero ser uma enfermeira Especialista admirável. Reconhecer e antecipar situações de deterioração é capaz vez mais um sinal de diferenciação de competências a nível da Enfermagem.

Citando Bouça (2021), “como o inesperado pode acontecer, é fundamental ter os conhecimentos adquiridos sempre presentes, para tirar o maior partido das ferramentas/material que temos ao nosso dispor” (p. 43). O mesmo autor enaltece os conceitos de experiência e atitude, pelo que afirma que o referido aproveitamento do maior partido dessas ferramentas/material que adquirimos é quanto maior for a nossa experiência como profissionais de saúde, em particular na Enfermagem, pelo que deve ser a respetiva experiência ser obtida com treino de casos simulados, participação em simulacros e no manuseio diário dos equipamentos.

Bouça (2021) refere que é através deste tipo de atitude que “conseguiremos que o resultado final seja positivo, diminuindo a taxa de mortalidade e de morbilidade, assim como evitando e minimizando o agravamento do estado em que a vítima se encontra” (p.43).

A identificação de sinais precoces de deterioração clínica são um passo fundamental na melhoria dos *outcomes* e da qualidade dos cuidados nos nossos hospitais. No conceito nacional, a resposta tradicional a este tipo de contextos é de reação, pelo que as equipas de intervenção em situações agudas devem ter na sua essência, como base, a identificação de sinais clínicos de doença crítica que, na sua maioria, são semelhantes, independentemente dos processos patológicos subjacentes (Caldeira, 2021).

Segundo o mesmo autor, é através de uma disseminação de cultura de segurança do paciente e da instituição de escalas do tipo *Early Warning Score* (EWS) muito utilizada no Reino Unido com a variação *National Early Warning Score* (NEWScore) desenvolvida pelo *Royal College of Physicians*, que se consegue de uma forma clara, precisa e protocolada, tempos de resposta intra-hospitalares a situações de agravamento de quadros clínicos, em função da sua severidade, de forma inequívoca, para um caminho com vista a reduzir o número de paragens cardiorrespiratórias, mortes, e admissões não previsíveis em UCI.

O sucesso da estabilização dos pacientes começa na prevenção da sua deterioração, sendo que a abordagem sistematizada “ABCDE”, e a identificação precoce do paciente crítico são fatores de melhoria dos cuidados e melhores resultados em termos de *outcome*.

A distinção e identificação da possível causa é sempre, e em todos os casos, essencial, uma vez que a intervenção imediata nas possíveis causas de paragem cardiorrespiratória, tais como os cinco Hs (Hipoxia, Hipovolémia, H+(acidose), Hipocaliemia/Hipercaliemia, e Hipotermia) e os cinco Ts (Toxicidade, Trombose pulmonar por síndrome coronário agudo, Trombose pulmonar por tromboembolismo pulmonar, PneumoTórax Hipertensivo e Tamponamento cardíaco), poderão ser revertidos de forma a salvar a vida da pessoa em situação crítica.

O tratamento da doença começa com a identificação do diagnóstico e reconhecimento dos sinais dessa deterioração, pelo que um enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve estar preparado para tal, destacando-se como um profissional “Perito” que seja capaz de ser detentor de uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando-se num julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação de problemas, tal como referido anteriormente quando citado por Benner (2001).

Com isso, investi também na identificação de diagnósticos que, por ser uma UCICT diferenciada, permitiu-me experienciar diferentes situações que não são muito comuns na minha prática clínica, nomeadamente toda a patologia cardíaca e da aorta torácica com indicação cirúrgica, daí possibilitando um crescimento enorme e impulsionador na minha aprendizagem.

Foi-me possível lidar com pacientes críticos, com ventilação invasiva e não invasiva, com oxigenoterapia, com linha arterial, com técnica de substituição renal convencional, monitorização contínua de ECG, ECMO e Balão Intra-Aórtico (BIA). Das terapias que pouco dominava encontravam-se o ECMO e o BIA. O ECMO, segundo Oliveira et al. (2019), é um mecanismo de suporte de vida baseado num fluxo sanguíneo extracorporeal ao qual, através de dispositivos vasculares com um circuito extracorporeal, uma bomba de sangue e uma membrana permutadora de gases, é fornecido oxigénio e removido dióxido de carbono, sendo posteriormente devolvido à circulação sanguínea suportando a função pulmonar e/ou cardíaca.

Em Portugal, o ECMO surge em 2009 como uma consequência das infeções pelo vírus *Influenzae A* (H1N1), das quais resultaram casos de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) grave com hipoxia refratária. Em contexto Mundial, segundo MacLaren et al. (2012), a adoção deste conceito como medida de resgate tratou-se de um recurso promissor. Este tipo de mecanismo é predominantemente indicativo nas situações em que os regimes de terapia agressiva falham

em promover a melhoria do estado clínico do paciente, de forma a proporcionar um *output* cardíaco adequado à perfusão multiorgânica (Currey & Graan, 2012).

Desta feita, os mesmos autores afirmam que o ECMO melhora a oxigenação corporal total, ao mesmo tempo que possibilita uma melhoria intrínseca da fisiopatologia pulmonar. As indicações do ECMO aplicam-se igualmente tanto à falência cardíaca aguda severa como à falência respiratória aguda severa e choque refratário.

A utilização de BIA é muito frequente aquando das cirurgias cardiorrespiratórias pela sua componente terapêutica de suporte circulatório, sendo a sua utilização relativamente reduzida nas suas complicações. Segundo Currey e Graan (2012), o objetivo principal do BIA é a assistência no restaurar do desequilíbrio cardíaco do suporte de oxigénio no coração, tendo em conta a sua necessidade de demanda. Os mesmos autores referem que serve o BIA de indicação para o choque cardiogénico, enfarte agudo do miocárdio com isquémia, e desmame de bypass cardiopulmonar. Tendo em conta os excelentes resultados desta terapia, tal como a combinação de aumento de *output* cardíaco, da PAM e da redução da carga, capacita o BIA de ser uma terapia ideal *standard* na gestão do choque cardiogénico. Nisto, a importância da Enfermagem na prevenção de complicações é de grande importância.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, e a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, e 2.4 do Regulamento n.º 429/2018.

Segundo Hughes e Cooke (2011), o risco de infeções nosocomiais é maior nos pacientes internados nas UCI, comparativamente com os restantes pacientes hospitalizados, isto derivado ao seu ambiente e logística, e de tipicamente estarem internadas pessoas em pior situação crítica, nesta unidade. Os autores referem que este é um fator de aumento de suscetibilidade às doenças nosocomiais, em particular aos microorganismos multirresistentes. Assim, condicionantes que potenciem o risco de infeção são a presença de administração de antibióticos e dispositivos invasivos, tal como anteriormente referido. Nesta unidade, a implementação de antibioterapia profilática é comum no pós-operatório imediato, sendo que é implementado a todos os pacientes o protocolo de Gentamicina e Vancomicina profilática no pós-operatório imediato, aliados ao doseamento periódico da toxicidade medicamentosa destes antimicrobianos.

Segundo Petros et al. (2011), o objetivo principal da antibioterapia profilática nas cirurgias cardíacas são a prevenção de infeções da incisão mediastínica e do coração. Os mesmos autores referem que os principais microorganismos causadores de endocardite são a *enterococci*, *viridansstreptococci* e ainda *coagulase-negative staphylococci*. Ainda para

redução da infeção, e de acordo com os autores De Gaudio et al. (2011), em concordância com o realizado na unidade, a UCICT recebia, regra geral, tubos endotraqueais com via de aspiração de secreções subglóticas, reduzindo o número de pneumonias associadas ao ventilador nos pacientes submetidos a cirurgia cardiorrespiratória.

Pela necessidade de existência de pacientes cardíacos na unidade destacada a pacientes positivos para SARS-CoV-2, cria-se a implementação de novas medidas de prevenção e controlo de infeção, adotadas pelos colegas enfermeiros. O percurso destes pacientes dá-se pela entrada dos mesmos na unidade destacada para COVID-19, de forma a que se mantenham em permanência na mesma até ao 10º dia, inclusive, a partir do dia em que houve registo de positividade. Após este período, o paciente é considerado como recuperado e transferido para a unidade de tratamento adequada à sua situação clínica, se a sua situação clínica e estado de saúde assim o permitirem.

Quanto aos restantes isolamentos, o serviço de cardiologia apenas detém de um isolamento na Enfermaria, que poderá ser utilizado para ventilação mecânica invasiva no cuidado a um paciente crítico, com igual necessidade de suporte hemodinâmico ou realização de terapêutica de substituição da função renal, seja esta em valência contínua ou convencional.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “C” nas suas unidades de critério 3.1 e 3.2 do Regulamento n.º 429/2018.

A dor, considerada um sinal vital tal como referido anteriormente, e uma das experiências mais vivenciadas no meio hospitalar, é monitorizada na UCICT de forma constante, como cuidado e prevenção. É comum que a falta de bem-estar, dignidade, privacidade e sensação de segurança nos pacientes, provoque dor, seja então emocional ou física.

Através de discussão e reflexão com a equipa de Enfermagem sobre as diferentes experiências passadas, foi-me possível verificar, aquando da observação participante, o extremo cuidado que a equipa de Enfermagem tem perante estes pacientes. A gestão diferenciada da dor é considerada, na UCICT, uma competência fundamental para o cuidado de excelência, pela sua prevenção na estabilidade hemodinâmica dos pacientes. Para isso, a exigência do registo do nível de dor, utilizando as mais diferenciadas escalas, é necessária, tais como a escala numérica e BPS.

Foi-me possível desenvolver competências na gestão da dor, e nos contextos da sedação e analgesia, na pessoa em situação crítica, isto porque a abordagem e avaliação da

dor num paciente crítico deve ser realizada com zelo e antecipação de possíveis efeitos secundários provocados por analgésicos.

Em conformidade, na UCICT, UTIC e Internamento de Cardiologia, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas (por exemplo a termoterapia e massagem de relaxamento muscular) são por vezes necessárias. Nesta prática clínica, bastante me surpreendeu a forma proativa das equipas na prevenção da dor, através da utilização das variadas estratégias ao dispor. Isto demonstra que a necessidade de conhecimentos na área da gestão da dor, da sedação e da analgesia, é imperativa, o que promove uma necessidade de capacitação na continuidade dos cuidados.

Neste segmento, a equipa da UCICT assumia a dor como o quinto sinal vital, pelo que o registo sistemático da intensidade da dor era feito de forma regular de modo a proporcionar conforto ao paciente e não ser proporcionador de instabilidade no seu estado de saúde. A BPS foi sempre aplicada nos pacientes provenientes do BO, uma vez que a comunicação em pacientes sedoanalgesiadados e ventilados deve ser avaliada de forma subjetiva, através da observação de comportamentos. Com isto, proactivamente, tive o cuidado de quando identificava dor, tratá-la de forma medicamentosa e até por vezes de forma não farmacológica.

Sabendo que a continuidade dos cuidados por excelência não é feita só pela aplicação dos conhecimentos teóricos, é necessária a sensibilidade relativa à promoção e manutenção da dignidade, da segurança e da privacidade dos pacientes. Na UCICT, este tema foi, para mim, importante. As experiências que passei demonstraram que a abordagem da vertente holística é cada vez mais importante para a recuperação do paciente, sendo que consegue proporcionar ao paciente um cuidado personalizado, atendendo a todas as suas necessidades básicas de forma a que o cuidar seja centrado na rápida recuperação com conhecimento dos limites do paciente em questão, e das suas particularidades familiares.

A exposição a um contexto de uma UCICT provoca no paciente variantes externas de *stress* que condicionam a sua segurança e bem-estar. A necessidade de manutenção da dignidade torna-se cada vez mais importante, visto que é comum, numa UCICT, os pacientes estarem por vezes com o corpo maioritariamente despido, e com dispositivos invasivos que provocam desconforto, mágoa e frustração nos mesmos. A necessidade de sensibilização, promoção de conforto e transmissão de empatia foi uma constante da minha parte neste ensino clínico.

Não senti, de forma alguma, a existência na falta de promoção do conceito holístico na sua plenitude, sendo que noutras práticas clínicas, testemunhei por vezes alguns

profissionais a serem até chamados à atenção pelos elementos responsáveis de turno, nomeadamente quando se referiam às suas atitudes e atos.

A demonstração dos conhecimentos científicos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica possibilita a consolidação da teoria, inclusive nas novas experiências. Na prática clínica III (Módulo II), foi possível adquirir situações de aprendizagem contínuas, conseguindo demonstrar conhecimentos específicos no cuidado à pessoa em situação crítica. As reflexões em conjunto com os enfermeiros Especialistas tornaram a consolidação dos conhecimentos mais fácil, e também na identificação e criação dos diagnósticos de Enfermagem, assim como no planeamento de intervenções ao paciente em situação crítica.

A implementação de estratégias para o cumprimento dos objetivos foi das partes mais interessantes neste ensaio clínico, uma vez que fui capaz de desafiar-me sobre a necessidade de demonstração de conhecimentos científicos aliados às mais recentes evidências, implementando, sempre que possível, um debate reflexivo quanto ao estado de saúde dos pacientes.

Numa das situações, um paciente que fora submetido a uma valvuloplastia aórtica, sendo esta a sua segunda cirurgia cardíaca, com diversas complicações no intra-operatório e pós-operatório, entre as quais com necessidade de realizar uma transfusão massiva de componentes sanguíneos por hemorragia. Este paciente teve ainda, já na UCICT, um tamponamento cardíaco, seguido de instabilização hemodinâmica, pelo que foi necessário, por duas vezes, a realização de esternotomias de emergência, *in loco*. Aliado a este cenário, o paciente desenvolveu igualmente uma lesão pulmonar com edema.

Tendo discutido por várias hipóteses o motivo desta situação chegou-se à conclusão, através de discussão com equipa multidisciplinar, que o motivo desta lesão seria causado pela grande quantidade de componentes sanguíneos.

Este tipo de intercorrências, face à administração de grandes quantidades destes componentes designa-se de *Transfusion-related Acute Lung Injury* (TRALI), que se caracteriza por uma síndrome no qual existe um edema não-cardiogénico pulmonar agudo associado a hipoxia que ocorre durante ou após os períodos de transfusão (Cho et al., 2022). Neste sentido, e segundo os mesmos autores, esta situação é confirmada com evidências radiográficas, sendo que são sugestivas as situações de infiltrados bilaterais dos pulmões, a não existência de sobrecarga vascular pulmonar, e a hipoxémia súbita de SpO2 menor que 90% em ar ambiente. Os sinais físicos indicativos de TRALI são a febre súbita, a hipotensão súbita, a taquicardia súbita, a leucopenia e a trombocitopenia, sendo estes sinais

característicos do estado de saúde do paciente em questão, o que perante o tipo de pacientes admitidos na UCIC é, grande parte das vezes, necessário atuar precocemente.

Porém, os sinais físicos não foram imediatos, pelo que neste sentido Cho et al., (2022) referem que uma TRALI tardia é considerada quando os sinais começam a existir após 6 a 72 horas da finalização do componente sanguíneo.

Uma das situações identificada foi que, percentualmente, cerca de 30% deste tipo de pacientes têm pro-BNP baixos, o que nesta situação não se verificava uma vez este paciente ter sido, por várias vezes, submetido a intervenção cirúrgica cardiorrespiratória, não permitindo avaliar de forma segura a pertinência do pro-BNP neste contexto de TRALI.

Consequentemente, este paciente necessitou de ECMO após este cenário, sendo que como Cho et al. (2022) referem, ainda que com suporte agressivo existe um percentil de morte maior do que 12% no reportar destas situações, afirmando que mesmo com a sobrevivência dos pacientes, a recuperação é lenta, tal como se observou no respetivo caso. Desta feita, o alerta foi levantado, e a sensibilização da equipa foi aumentada, pelo que serviu de momento educativo com reflexões críticas através de evidências recentes, no respetivo mês de maio, que enriqueceu a dinâmica da UCIC.

Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020), afirmam que a prática baseada na evidência é essencial para o desenvolvimento da Enfermagem, aquando da sua disciplina e otimização dos cuidados, constituindo-se como uma obrigação moral, ética e deontológica do enfermeiro.

Fez ainda parte deste meu estágio conhecer e testemunhar o percurso do paciente crítico, nas mais variadas situações e valências, nomeadamente o seu percurso desde o SU até à unidade de Hemodinâmica, através de uma via verde coronária, com realização de cateterismo de diagnóstico e/ou terapêutico, passando posteriormente para a UTIC em vigilância contínua.

Sendo que a doença coronária poderá não ser tratada em definitivo por cateterismo e intervenção coronária, a ida ao BO é possível de se realizar para um eventual bypass coronário, pelo que tive a oportunidade de acompanhar um paciente com este diagnóstico. No seguimento do BO, após uma cirurgia cardiorrespiratória, dá-se a admissão na UCIC, onde a estabilização e recuperação pós-operatória é feita. Assim que terminada a sua passagem pela UCIC e quando recuperado da fase mais crítica do pós-operatório na cirurgia cardiorrespiratória, o paciente é transferido para o internamento até a alta para o domicílio.

Com estas atividades, desenvolvi a competência específica “A” nas suas unidades de critério 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6, a competência específica “B” nas suas unidades de critério 2.1, 2.2, 2.3, e 2.4 do Regulamento n.º 429/2018.

Foi neste estágio que me dei conta da tamanha tecnologia existente ao longo dos cuidados de saúde. Apesar de a utilização de tecnologia ser já uma prática comum do meu dia-a-dia, surpreendeu-me a quantidade de robótica, material tecnológico e informática existente desde a admissão de um paciente, seja este em contexto de admissão programada ou urgente/emergente.

Creio que é seguro afirmar que o mundo se encontra em constante transformação, sendo que novos desafios surgem diariamente. Segundo Carneiro (2020) “o Futuro já começou. Esta transição paradigmática, quer na dimensão epistemológica, quer na dimensão política, quer na dimensão social, apresenta mudanças emergentes que desafiam a reconstrução das ciências da Enfermagem em vários domínios (...)” (p. XIII).

A mesma autora afirma que esses domínios se assentam com base no envelhecimento populacional à escala global, na mercantilização dos cuidados de saúde, na explosão epidemiológica das doenças degenerativas e doenças mentais, na radical digitalização do quotidiano, no desafio das novas biotecnologias aquando da recriação do humano e das suas interfaces, na mediatização agressiva proveniente da mudança, e na falência dos modelos de prevenção massificada assentes no pilar regulatório do estado-providência.

É importante que a Enfermagem adquira um saber teórico-prático que o habilite a cuidar dos pacientes utilizando tecnologia, isto porque o permitirá sentir-se mais seguro, promovendo tranquilidade e conforto aquando da assistência, permitindo-o ser capacitado de o chamado “olhar tecnológico” que amplia a capacidade de tomada de decisão.

A utilização de máquinas no contexto atual alivia o peso do trabalho moroso da Enfermagem, porém o facto de utilizarmos a tecnologia, e dependermos em certa medida da mesma nos dias de hoje, não impõe necessariamente uma visão futurista que tudo será automático, pelo que devemos aprender com a experiência em campo, limitando o uso da tecnologia nas tarefas repetitivas e morosas, sem necessidade de um raciocínio muito elevado, acreditando que o conceito racional será sempre atribuído à ação humana.

Segundo Pinho (2020), é provável que no futuro novos medicamentos aumentem a esperança média de vida, e que os humanos venham a possuir microchips biológicos no acompanhamento da sua saúde, possibilitando assim que “enfermeiros robôs” reduzam o sofrimento humano, tratando-se assim do cuidar de um corpo híbrido, um corpo de fronteira,

abrindo todas as premissas possíveis de limite entre o humano e o não humano, e o desumano.

Com isto, segundo o mesmo autor, cria-se um paradigma da ontologia ciborgue plenamente assumido como constructo de Enfermagem, podendo este ser o início do encontro entre o cuidado centrado na pessoa e as biotecnologias agressivas, permitindo atualizar e contextualizar o sentido do cuidado de Enfermagem centrado na pessoa e nos espaços relacionais da tecnologia sofisticada.

Sendo crente de que em cada desafio existe uma oportunidade para melhorar, aprender e ajustar o impacto da mudança, acredito que a Enfermagem nunca será substituída na sua totalidade por um mecanismo tecnológico, mas sim, utilizará a tecnologia para ser cada vez melhor na sua área interventiva à pessoa em situação crítica, uma vez que a humanização dos cuidados só poderá ser realizada, logicamente, através de um toque humano.

Deste modo, o ensino da Enfermagem terá que acompanhar esta mudança, fazendo com que novas propostas epistemológicas da Enfermagem não apontem apenas para um novo tipo de conhecimento, mas para novos modos de produção de conhecimento. Ainda assim, este tipo de avanço tecnológico poderá contribuir para que o enfermeiro se afaste do paciente, constatando-se assim um perigo iminente que deverá estar presente na formação de novos enfermeiros, no intuito de anular esta ameaça, baseando-se no conceito de que “Paciente” e “Máquinas” estão ligados, de forma a que um não “vive” sem o outro, tendo apenas significado a interpretação e validação da sua união, com a necessidade de um cuidado humano constante, por parte de terceiros (Pinho, 2020).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de todo o trabalho elaborado ao longo deste curso de Mestrado foi sem dúvida um orientador de norma na estruturação deste relatório, promovendo uma reflexão contínua da minha prática, tanto pelas competências desenvolvidas, como na incorporação das mesmas em todas as situações que me surgiram.

Para isto, a prática do meu exercício profissional teve uma visão sólida na vontade de atingir a excelência, sendo esta o auge ambicionado ao longo das práticas clínicas, e de toda a minha carreira profissional. Ao longo deste percurso académico, identifiquei-me com a necessidade de desenvolver um raciocínio crítico, em que as competências me permitissem ter um campo de visão mais alargado e pertinente na Enfermagem.

As práticas clínicas proporcionaram-me uma outra visão muito mais realista dos desafios diários que os colegas a nível regional se debatem, possibilitando assim uma aquisição de experiência maior. Foi então isto apenas possível, através da ajuda de professores e orientadoras de estágio, mas como também através da ajuda dos meus colegas de curso, uma vez que com eles também consegui aprender e adquirir novos saberes, nas mais variadas áreas de abordagem ao paciente em situação crítica, muito pela individualidade de experiências tidas em vários campos clínicos, sabendo que ao partilhar também estamos a aprender.

Julgo em crer que o cuidado ao paciente crítico é um desafio diretamente proporcional que se aumenta com o conhecimento adquirido, uma vez que quanto mais sabedoria existe, maior é o dever ético, e consequentemente maior a extensão e dimensão da necessidade do cuidar.

Neste segmento, sinto que, aliada à experiência adquirida, é necessário manter a continuidade dos cuidados em todas as suas vertentes, uma vez que só assim poderemos ambicionar no alto patamar da excelência, na medida em que me permita desempenhar o meu papel da forma mais holística possível.

Foi-me especialmente importante, no crescimento profissional, a procura de uma maior evidência científica atualizada que pudesse defender a minha prática clínica, uma vez que só assim foi-me possível cultivar novos saberes nos mais variados contextos da prática, na tentativa de ser um modelo de Enfermagem para os meus pares, de forma a promover mudanças de comportamento para uma melhoria contínua.

O cuidar de pessoas tão vulneráveis como a pessoa em situação crítica demanda uma necessidade de os enfermeiros serem detentores de competências, saberes e atitudes específicas de forma a agir nas mais variadas situações que possam surgir. Seja na capacitação da liderança, na utilização de uma comunicação adequada e clara, na tomada de decisão, e até mesmo na gestão de conflitos. Tendo em conta as competências necessárias a serem adquiridas para a atribuição do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ramo da pessoa em situação crítica, acredito que todas elas foram desenvolvidas na sua totalidade, para a obtenção de tal qualificação.

Quanto ao perfil de competências de Mestre, recorri igualmente ao Decreto-Lei n.º 65/2018 de forma a materializar o conhecimento e competências que foram adquiridas ao longo deste percurso, com o intuito de seguir um trajeto que me orientasse de forma segura às competências que caracterizam legalmente um Mestre, de o ser na verdadeira atribuição da palavra. E quanto à regulamentação do mestrado em Enfermagem, obviamente que foi importante a utilização minuciosa dos Regulamentos n.º 429/2018 e n.º 140/2019 para uma análise das competências específicas e comuns, respetivamente, do enfermeiro Especialista.

A principal dificuldade sentida na realização deste relatório foi a triagem de informação, uma vez que a vontade de explicar conceitos mais fisiopatológicos era sempre sentida como necessária na sua explicação pormenorizada, o que me comprometeu na concessão detalhada da narrativa das minhas intervenções. Foi também uma dificuldade sentida a seleção das situações a documentar de forma a comprovar o ganho de competências, uma vez que tive práticas clínicas muito ricas. Desta forma, tenciono referir que desenvolvi todas as competências em outras situações que tive oportunidade de testemunhar e participar. Tornou-se assim um desafio que considero ter ultrapassado com sucesso, apesar de nem sempre ter sido fácil selecionar as situações mais adaptadas a um processo descritivo e reflexivo limitado na paginação.

Foi de igual forma difícil a gestão entre aulas on-line e presenciais, uma vez que a conciliação das mesmas era afetada pela carga de trabalho aumentada face ao contexto pandémico vivido no intervalo da realização do mestrado. Dificuldade esta que todos os colegas deste mestrado se debateram.

Ao longo dos ensinamentos clínicos foi possível adquirir situações de aprendizagens contínuas, conseguindo demonstrar conhecimentos específicos no cuidado à pessoa em situação crítica. As reflexões, utilizando o ciclo de Gibbs tornaram a consolidação dos conhecimentos mais fácil, para a execução do processo de Enfermagem.

Segundo Mota et al. (2020), a educação formal e explícita na área de cuidados críticos e/ou intensivos, abrangendo aspetos do processo saúde-doença, aspetos ético-legais, sociais e humanitários, apresenta-se como uma construção fundamental à formação do enfermeiro. Com isto, acredito que todo este processo e trajeto permitiram-me melhorar e crescer, fazendo-me capaz de intervir de uma forma mais competente, analisando as situações de forma individual, possibilitando-me ser capaz de organizar, planificar e coordenar cuidados específicos, identificando prioridades tendo em conta as necessidades observadas, agindo sempre na antecipação da potencial deterioração do paciente.

Assim sendo, assumo como objetivo futuro, a ambição de um dia lecionar Enfermagem, pelo gosto em ensinar através de metodologias práticas, as mais próximas da realidade, sabendo que entregar-me-ia em pleno na pretensão de partilhar com alunos de Enfermagem a maior das riquezas obtidas da minha experiência, preparando-os a serem profissionais dotados de qualidades necessárias ao cuidado da pessoa em situação crítica, em qualquer fase do seu ciclo vital.

Até à data, a experiência que o Mestrado me tem proporcionado tem-se baseado numa observação mais minuciosa dos detalhes, aquando do cuidar da pessoa em situação crítica, e no almejar da melhoria na qualidade dos meus cuidados de Enfermagem, e dos meus pares na instituição em que me insiro, obtendo agora uma integração na equipa da qualidade da instituição. É com convicção que afirmo que a qualificação potencia uma melhor adaptabilidade e personalização dos cuidados, utilizando muitas vezes o imprevisto medido e quantificado na sua aplicabilidade, de forma a ultrapassar os obstáculos diários na Enfermagem.

Serve então também este relatório, como consciencialização, para que a minha Enfermagem assuma os desafios do presente e do futuro, aprendendo igualmente com os repositos passados, moldando a prática de acordo com a evidência, assumindo cada um desses desafios como novas oportunidades de aprendizagem numa profissão, e ciência, que teve um processo contínuo influenciado por características individuais e coletivas contínuas, através de uma vertente motivacional assente no impacto, na autodeterminação, no sentido e na competência.

Por fim, tendo em conta tudo o que foi explanado e contextualizado neste relatório, cabe então afirmar que o papel do enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ramo da pessoa em situação crítica, deve sempre centrar-se no cuidar da respetiva pessoa e da sua família/pessoa de referência, de forma integrada e contínua, juntamente com os membros da equipa multidisciplinar em que se integra, garantindo um atendimento de alta

qualidade, utilizando boas práticas clínicas e de Enfermagem, rentabilizando recursos, e consequentemente gerando ganhos em saúde, tudo isto por ser detentor de competências acrescidas e específicas que lhe permitam intervir a um nível de complexidade mais elevado, sendo capacitado para um cuidado mais personalizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações. Lisboa: Autor. Consultado em https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*, 290(12). <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
- Amestoy, S. C., Lopes, R. F., Santos, B. P. dos, Dornelles, C., Fuculo Junior, P. R. B., & dos Santos, E. A. (2015). Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 7(1). <https://doi.org/10.18673/ges.v7i1.22065>
- Barão, M. & Henriques, E. (1999). A Formação em Cuidados Intensivos. Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa.
- Barreto, M. L. C. (2017). Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em Enfermagem (Projeto de intervenção, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). Consultado em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%c3%b3rio%20de%20mestrado.pdf>
- Batista, F. (2015). Atuação dos Enfermeiros na Emergência Pré-Hospitalar em situações de Paragem Cardio-respiratória (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho). Universidade do Minho. Consultado em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/40684>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trad.) Coimbra: Quarteto (Traduzido do original Inglês Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Pearson Education).

- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. (2ª ed.). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Bernardino, A. (2020). Escalas e Grelhas de Verificação: Carga de Trabalho de Enfermagem. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ªed.) (pp.123-133). Lidel.
- Bessa, M. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV (Projeto de Mestrado em Direito - Ciências Jurídico-Políticas, Faculdade de Direito da Universidade do Porto). Consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71440>
- Bijani, M., Torabizadeh, C., Rakhshan, M., & Fararouei, M. (2018). Professional capability in triage nurses in emergency department: A qualitative study. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 13(6).
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Consultado em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Bouça, B. (2021). Gestão, Sistematização e Tomada de Decisão: Comunicações em Emergências. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.39-43). Lidel.
- Brunt, B. (2014). Nursing Professional Development. Tools to Evaluate and Enhance Educational Practice. In *Journal for Nurses in Staff Development* (Vol. 28, Issue 2).
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: a Guide for Health Care Professions*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Caldeira, P. (2021). Pessoa a Vivenciar uma Situação de Urgência e Emergência: Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.) (pp. 113-118). Lidel.
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: a scoping review. *Enfermería Global*, 19(60), 525-572. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. da S. (2019). Death and dying: contributions to a practice based on nursing theoretical frameworks.

Revista Gaúcha de Enfermagem, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>

Carneiro, J. (2020). Prefácios. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ªed.) (pp. XIII-XIV). Lidel.

Castro, C. M. C. (2007). *Perceção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em Enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta). Consultado em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/729>

Charalambous, L. (2021). Future challenges for nursing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(19), 1108. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.19.1108>

Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. Meleis. (Ed.). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Reseach And Practice*. (pp. 24-38). Springer Publishing Company: New York.

Cho, M. S., Modi, P., & Sharma, S. (2022). Transfusion-related Acute Lung Injury. In StatPearls: StatPearls Publishing. Consultado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507846/~>

Christensen, M. & Hewitt-Taylor, J. (2006). From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *Journal of Clinical Nursing*. N.º 15 (2006a), p. 1531-1539. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01601.x>

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2014). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (versão 2019).

Coelho, F. J. C. (2017). *Liderança em Enfermagem e o Burnout nos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado em Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20964>

Coimbra, N. (2021). *Pessoa a Vivenciar uma Situação de Trauma: Trauma Cranioencefálico*. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.287-297). Lidel.

Comissão Nacional da UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Consultado em https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2004). *Parecer sobre o Projecto de Lei n.º 28/IX- Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde*. Presidência do Conselho de Ministros. Consultado em

- https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-sobre-o-projecto-de-lei-no-28-ix-informacao-genetica-pes?download_document=3019&token=0b296e113bfa6bc0d957b72068c7240c
- Cordeiro, A. F. C. (2020). A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37315>
- Correia, S. (2013) Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: Um contributo para a uniformização de Cuidados em Enfermagem. (Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Enfermagem, Setúbal. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/5474>
- Correia, S. (2020). Serviço de Cuidados Intensivos: Gestão: Stress e Burnout. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ªed.) (pp.48-56). Lidel.
- Costa, J. P. da, Nicolaidis, R., Gonçalves, A. V. F., Souza, E. N. de, & Blatt, C. R. (2020). The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>
- Costa, P. (2021). Gestão de Processos Terapêuticos e Intervenções Técnicas de Alta Complexidade: Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.53-59). Lidel.
- Council of Europe. (1997). Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164). Consultado em <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=164>
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Consultado em <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1887>

- Currey, J. & Graan, M. (2012). Cardiac Surgery and Transplantation. In Elliott, D., Aitken, L. & Chaboyer, W. (Eds.) *ACCCN's Critical Care Nursing*. (2ªed.) (pp. 291-324). Elsevier Australia.
- De Gaudio, A. R., Casini, A. & DiFilippo, A. (2011). Device Policies. In: van Saene, H., Silvestri, L., de la Cal, M. & Gullo, A. (Eds). *Infection Control in the Intensive Care Unit*. (pp. 159-171). Springer, Milano.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. Consultado em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?_ts=1680825600034
- Demetriadou, E., Kokkinou, M., Metaxas, G., Kyriakides, E., & Kyprianou, T. (2017). Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 736–743. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1231922>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Author. Consultado em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Fabião, A. C. P. (2005) *Formação: Contributo para a Qualidade*. Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde. 53(5).
- Falcão, F., Pinho e Melo, T. & Ferro, J. M. (2015). Acidente Vascular Cerebral. In P. Ponce, J. J. Mendes, (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp. 19-31). Lidel.
- Figueirinha, D., Marques, I. & Simões, J. (2012). Ética na relação do profissional de saúde e idoso nos cuidados continuados. *Revista Portuguesa de Bioética*. (16), 31-44. Consultado em https://www.researchgate.net/publication/236331404_Ethics_in_respect_of_the_Health_Professional_and_Continuing_Care_in_the_Elderly_Portuguese_original_Etica_na_relacao_do_Profissional_de_Saude_e_Idoso_nos_Cuidados_Continuados
- Freitas, P. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In P. Ponce, (Ed.). *Manual de Urgências e Emergências*. (pp.1-7). Lidel.

- Gabr A. K. (2019). The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(2), 112–116. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2019.205>
- Gonçalves, A. (2017). Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Consultado em <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1862>
- Gonçalves, R. (2021). O Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.31-38). Lidel.
- Grupo Português de Triage (2010). *Triage no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. 2ª edição.
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das transições e a sua aplicabilidade para a enfermagem. Consultado em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Harris, D. & Williams, G. (2012). Resourcing Critical Care. In Elliott, D., Aitken, L. & Chaboyer, W. (Eds.) *ACCCN's Critical Care Nursing*. (2ªed.) (pp. 17-37). Elsevier Australia.
- Hinkle, J. L., Cheever, K. H., Johnson, Y. J., & Smith-Temple, A. J. (2016). In Hinkle, J. L. & Cheever, K. H. (Coord.). *Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (13ª ed.) (pp.186-203). Guanabara Koogan.
- Hottois, G. & Parizeu, M. H. (1998). *Dicionário da Bioética*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Huffstutler, S. Y. (2010). Avaliação do Sistema Nervoso. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green (Eds.). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.) (pg. 1391-1418). Lusodidacta.
- Hughes, J., Cooke, R.P. (2011). Evidence-Based Infection Control in the Intensive Care Unit. In: van Saene, H., Silvestri, L., de la Cal, M., Gullo, A. (eds) *Infection Control in the Intensive Care Unit*. (pp. 145-157). Springer, Milano.
- Imanipour, M., Kiwanuka, F., Akhavan Rad, S., Masaba, R., & Alemayehu, Y. H. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 569–581. <https://doi.org/10.1111/scs.12675>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção – Manual TAS. (1ªed.). Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). CENSOS 2021 - Resultados Provisórios. Consultado em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_dados&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- International Council of Nurses. (2022). Definition of Nursing. Consultado em <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Jacinto, C. M. P. (2019). Garantindo a Transição Segura de Cuidados na Sala de Reanimação (Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde). Setúbal. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28866>
- Joint Quality Initiative. (2004). Shared ‘Dublin’ descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Dublin: Autor. Consultado em https://www.uni-due.de/imperia/md/content/bologna/dublin_descriptors.pdf.
- Jornal Oficial da União Europeia (2016). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Consultado em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>
- Joubert J. & Auster P. (1983). The notebooks of Joseph Joubert: a selection. North Point Press.
- Kerfoot, K. M. (2019). Chaos, Teamwork, Compassion, and Leadership: Disasters and Nursing’s Finest Hours. *Nursing Economic\$, 37*(5).
- Lateef, F. (2011). Ethical issues in disasters. *Prehospital and Disaster Medicine, 26*(4), DOI: 10.1017/S1049023X1100642X.
- Le Boterf, G. (1994). De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Paris: Editions d'organisations.
- Lei n.º 27/2006. Diário da República I Série. 27 (16-06-2006). 4696 – 4706.
- Lennquist, S. (2012). Medical Response to Major Incidents and Disasters: A practical guide to all medical staff. Springer. Berlin. Heidelberg.
- Lima, L., Lemos, M. S. & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers’ Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica, 4*(XX), 555-570.
- Lino, M. M. & Silva, S. C. (2001). Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing, 41*(4) (2001), p. 25-29.

- Machado, H. (2021). Gestão, Sistematização e Tomada de Decisão: Organização e Gestão no Serviço de Urgência. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.03-12). Lidel.
- MacLaren, G., Combes, A., & Bartlett, R. H. (2012). Contemporary extracorporeal membrane oxygenation for adult respiratory failure: life support in the new era. *Intensive Care Medicine*, 38(2), 210–220.
- Manita, M. (2015). Neuromonitorização. In P. Ponce, J. J. Mendes, (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva*. (pp. 55-60). Lidel.
- Marques, P., Carvalho, J. C., Sousa, P., Borges, E. & Cruz, S. (2006). Rumo ao conhecimento em Enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Marques, S.& Lino, P. (2021). Gestão, Sistematização e Tomada de Decisão: Protocolo de Triage de Manchester. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.25-30). Lidel.
- Martins, M. M., Trindade, L. L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P. & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(6).
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ªed.) Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Monte, R. (2020). Escalas e Grelhas de Verificação: Sedação e Analgesia no Doente Crítico. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ªed.) (pp. 107-116). Lidel.
- Mota, M., Sousa, L., Bico, I., & Marques, M. do C. (2020). Decúbito ventral na Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto após infeção por coronavírus. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(Sup 2), 16–22. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777>
- Munir, M. M., Martins, R. S., & Mian, A. I. (2020). Emergency Department Admissions During COVID-19: Implications from the 2002-2004 SARS Epidemic. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 21(4), 744–745. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.5.48203>
- Nadarajan, G. D., Omar, E., Abella, B. S., Hoe, P. S., Do Shin, S., Ma, M. H.-M., & Ong, M. E. H. (2020). A conceptual framework for Emergency department design in a pandemic. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00809-7>

- Nascimento, K. C. & Erdmann, A. L. (2009). Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: A teoria do cuidado transpessoal e complexo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17(2), p. 215-221. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado*. Jones & Barlett Learning.
- Nichols, B., & Monahan, F. D. (2010). O Âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica. In F.D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Green (Eds.). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8ªed.) (pp. 1-10). Lusodidacta.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Oliveira, J. T. S. (2011). *Na Conquista da Especialização em Enfermagem. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica)*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Viseu.
- Oliveira, P., Farias, A., Gomes, D., Miranda, F., Dantas, J. & Virissimo, M. (2019) *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas/>
- Olson, D. W. M., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delabar, R., & Stutzman, S. E. (2017). A novel approach to explore how nursing care affects intracranial pressure. *American Journal of Critical Care*, 26(2). <https://doi.org/10.4037/ajcc2017410>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. OE. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. OE. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica. OE. Consultado em [Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny – Rui Alexandre Sousa Góis](#)

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transportes de Doentes Críticos: Recomendações 2008. Consultado em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Pavão S. (2021). Gestão de Processos Terapêuticos e Intervenções Técnicas de Alta Complexidade: Transporte do Doente Crítico. In Coimbra, N. (Coord.). Enfermagem de Urgência e Emergência. (1ªed.). (pp.98-104). Lidel.
- Peças, D. M. G. B. (2014). Resumo mínimo de dados de enfermagem para a consulta de otorrinolaringologia (Tese para a obtenção do grau de Mestre). Instituto politécnico de setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal. Consultado em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6819>.
- Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e a Gestão do luto. Coimbra: Formasau.
- Petros, A. J., Damjanovic, V., Pigna, A. & Farias, J. (2011). Infection in the NICU and PICU. In: van Saene, H., Silvestri, L., de la Cal & M., Gullo, A. (eds) Infection Control in the Intensive Care Unit. (pp. 289-303). Springer, Milano.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pinho, J. A. (2020). Formação e Ensino em Enfermagem: Unidades de Cuidados Intensivos como Locais de Ensino-Aprendizagem. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). Enfermagem em Cuidados Intensivos. (1ªed.) (pp. 63-66). Lidel.
- Portaria n.º 260/2014. Diário da República I Série. n.º 241 (15-12-14) 6084-6095. [Consult. 02 ago 2022]. Disponível em WWW: <<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/04-Portaria-260-2014-de-15-dezembro.pdf>>.
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. (2001). Direcção de Serviços de Planeamento - Rede hospitalar de urgência/emergência. Consultado em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2jJrnoIr7AhURXR0KHQ-6AIwQFnoECBoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.acss.min-saude.pt%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F09%2FUrgencia_Emergencia_2001.pdf&usg=AOvVaw02CMxhKwR1bEN5y6_R0Uo1
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Consultado em <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (14 jun. 2003). Direção-Geral de Saúde. Circular Normativa n.º 09/DGCG. Consultado em https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (24 set. 2021). Despacho n.º 9390/2021. Consultado em <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (31 mar. 2010). Direção-Geral de Saúde. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO. Consultado em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (8 fev. 2017). Direção Geral de Saúde. Norma n.º 001/2017. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- PORTUGAL, Ministério do Trabalho e Segurança Social. (23 jul. 2009). Portaria n.º 782/2009. Diário da República n.º 141, I Série.
- PORTUGAL, Ministério Público – Procuradoria-Geral da República Portuguesa (s.d.) Republicação: Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Consultado em https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf
- PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (16 jul. 2018). Regulamento n.º 429/2018. Diário da República n.º 135, II Série.
- PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015. Diário da República n.º 181, Série I.
- PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Diário da República n.º 205, I Série.
- PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (6 fev. 2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República n.º 26, II Série.
- PORTUGAL, União Europeia (2000). Republicação: Conselho Europeu de NICE – Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia. Consultado em <https://www.consilium.europa.eu/media/21006/conselho-europeu-de-nice-conclus%C3%B5es-da-presid%C3%A2ncia.pdf>

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (14 dez 2014). Regulamento n.º 533/2014. Diário da República, n.º 233, II Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 abril 2018). Regulamento n.º 226/2018. Diário da República, n.º 74, II Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (25 set 2019). Regulamento n.º 743/2019. Diário da República, n.º 184, II Série.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*. 20(45): 137-146. doi:10.14198/cuid.2016.45.15
- Rolfe, G. (1998). Education for the advanced practitioner. In Rolfe, G. & Fulbrook, P. (Eds). *Advanced Nursing Practice*. (pp. 271–280). Butterworth-Heinemann.
- Sancho, M. G. (2006). *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán.
- Sanders, S., & Minick, P. (2014). Making better decisions during triage. *Emergency Nurse*, 22(6). <https://doi.org/10.7748/en.22.6.14.e1336>
- SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Serviço de Cirurgia Cardiorrespiratória - Apresentação do Serviço. 2022. Consultado em: https://www.sesaram.pt/cct/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=161
- SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Serviço de Medicina Intensiva Polivalente - Apresentação do Serviço. 2022. Consultado em: https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=161
- SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Serviço de Urgência - Apresentação do Serviço. 2021. Consultado em: https://www.sesaram.pt/urgencia/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=161
- Silva, D. & Emídio, M. (2021). Pessoa com Perturbações Emocionais e/ou em Fim de Vida: Comunicação de Más Notícias. In Coimbra, N. (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ªed.). (pp.423-426). Lidel.
- Silva, J., Soares, R., Costa, F., Ramos, D., Lima, F., & Teixeira, L. (2015). Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de *burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 27(2), (pp.125–133). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>

- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2005). Brunner&Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (J. E.F. Figueiredo, Trad.). (3ªed.) (Vol.1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (tradução do original Inglês Medical-Surgical Nursing, 10th ed., 2005).
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor. Consultado em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Teixeira, A. C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Qualificação para uma Prática de Sucesso: Investigação e Prática Baseada na Evidência. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). Enfermagem em Cuidados Intensivos. (1ªed.) (pp.8-20). Lidel.
- Teixeira, A. C. (2021). Gestão, Sistematização e Tomada de Decisão: Enfermagem Baseada na Evidência. In Coimbra, N. (Coord.). Enfermagem de Urgência e Emergência. (1ªed.). (pp.19-24). Lidel.
- Teixeira, A. C., Nogueira, A. & Alves, P. (2020). Serviço de Cuidados Intensivos: Gestão: Empoderamento Profissional em Enfermagem. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). Enfermagem em Cuidados Intensivos. (1ªed.) (pp.42-47). Lidel.
- Thompson, I., Kath, M. & Boyd, K. (2004). Ética em enfermagem (4ªEd.). Loures: Lusociência.
- Tolkien, J. R. R. (1991). The Lord of The Rings. HarperCollins.
- Varela, M. M. (2016). A enfermagem, o enfermeiro e o seu papel nos cuidados intensivos. Revista Anuário. Vol. 1, n.º 1 (2016), p.4-5.
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., da Silva, A. & Lima, R.A. (2020). Escalas e Grelhas de Verificação: *Delirium*: Uma Problemática Atual. In Pinho, J. A. (2020). (Coord.). Enfermagem em Cuidados Intensivos. (1ªed.) (pp.81-92). Lidel.
- Vieira, P. M. S., Oliveira, L. P. S. & Ressurreição, S. N. (2005). O enfermeiro perante a emergência pré-hospitalar. Revista Sinais Vitais. 7(61).
- Viel, I., Martuchi, S. & Nogueira, L. (2019). Factors Associated With Interhospital Transfer of Trauma Victims. Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal Of The Society Of Trauma Nurses, 26(5), 257–262. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000452>