

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA PÓS-PARAGEM
CARDIORRESPIRATÓRIA:
Da formação à ação**

Telma Sofia Caires Camacho

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

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA PÓS-PARAGEM
CARDIORRESPIRATÓRIA:
Da formação à ação**

Telma Sofia Caires Camacho

Docente: Professora Doutora Maria Luísa Santos

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

Funchal,

2022

A aventura da vida é aprender.

O objetivo da vida é crescer.

A natureza da vida é mudar.

O desafio da vida é superar-se.

A essência da vida é cuidar.

O segredo da vida é atrever-se.

A beleza da vida é dar.

A alegria da vida é amar.

Francisco Alcaide Hernández

AGRADECIMENTOS

Com o término deste trabalho gostaria de expressar a minha mais profunda gratidão para com algumas pessoas, sem as quais não teria conseguido alcançar este objetivo. Agradeço:

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Luísa Santos, pelo rigor, pela partilha e por não me ter deixado duvidar das minhas capacidades.

Aos professores, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores e toda a equipa multidisciplinar, pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas no decorrer deste percurso.

Aos meus pais, por serem os meus pilares basilares, por todo o apoio e pelo esforço investido na minha formação enquanto pessoa e enquanto profissional.

À minha família. Em particular aos meus tios **Judite e Marco** e aos meus primos **Matilde e Artur**, pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos e compadres André e Fabiana, por todo o carinho e por nunca me deixarem desistir.

Ao Vítor, à Carolina, à Maria, ao Rúben, à Jossie e a todos os meus amigos, por terem sido colo e abraço nos dias mais difíceis.

Ao Válter, por me ter acompanhado neste desafio.

A todos, **Muito Obrigada!**

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny - 2019-2021 e intitula-se “Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa Pós-Paragem Cardiorrespiratória: Da formação à ação”.

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva baseada na evidência científica mais atual e nos referenciais da profissão, emerge este relatório, cuja apresentação e discussão pública objetivam descrever o percurso para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no cuidado de enfermagem especializado à pessoa pós-paragem cardiorrespiratória e fundamentar a discussão pública do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A prática clínica realizou-se no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, mais especificamente no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Serviço de Medicina Intensiva e na Unidade de Tratamento Intensivo Coronário, do mesmo hospital.

Da complexidade inerente aos cuidados prestados à pessoa pós-paragem cardiorrespiratória, expressa a necessidade de compreender e fundamentar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desde que esta é acometida até à estabilização da sua condição clínica.

Advogo que o conhecimento aprofundado para a melhor abordagem à pessoa/família em situação crítica pós-paragem cardiorrespiratória, da formação à ação, acrescenta valor à qualidade e continuidade de cuidados e antecipa importantes focos de instabilidade, promovendo melhores *outcomes* e ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista.

Termino, neste seguimento, argumentando que o nível de conhecimento de segundo ciclo neste âmbito da ação, fortalece a autonomia e valor da Enfermagem Médico-cirúrgica.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Cuidados Especializados, Doente Crítico, Cuidados Pós-Paragem Cardiorrespiratória

ABSTRACT

This report appears within the scope of the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the São José de Cluny Higher School of Nursing - 2019-2021 and is intended "Specialized Nursing Care to The Post-Cardiac Arrest Person: From Training to Action".

Through a descriptive, analytical and reflective methodology based on the most current scientific evidence and the references of the profession, this report emerges, whose presentation and public discussion aim to describe the path to the development of common and specific competencies in specialized nursing care to the cardiorespiratory person and to support the public discussion of the title of Master in Medical-Surgical Nursing.

Clinical practice was carried out in the scope of specialized nursing care for the person in critical situation, more specifically in the Emergency Department of the Dr. Nélio Mendonça Hospital, in the Intensive Care Service and in the Coronary Intensive Care Unit of the same hospital.

From the complexity inherent to the care provided to the cardiorespiratory person, it expresses the need to understand and support the intervention of the nurse specialized in medical-surgical nursing since it is affected until the stabilization of his/her clinical condition.

I advocate that in-depth knowledge for the best approach to the person/family in critical post-cardiac arrest, from training to action, adds value to the quality and continuity of care and anticipates important foci of instability, promoting better outcomes and health gains sensitive to the intervention of the specialist nurse.

I end this follow-up, arguing that the level of knowledge of the second cycle in this scope of action, strengthens the autonomy and value of Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Nursing, Competencies, Specialized Care, Critical Lyme, Cardiorespiratory Post-Stop Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATP - Adenosina Trifosfato

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CER - Conselho Europeu de Reanimação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ECTS - European Credit Transfer System

EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EMIR - Equipa de Médica de Intervenção Rápida

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

MRMI - Medical Response to Major Incidents

MTS - Sistema de Triagem de Manchester

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD 2021-2026 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

PREPC - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil

RAM – Região Autónoma da Madeira

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional

SEMI - Sociedade Europeia de Medicina Intensiva

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STAT - Sistema de Triagem de Atendimento Telefónico

SU – Serviço de Urgência

UTIC - Unidade de Tratamento Intensivo Coronário

VV – Vias Verdes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA PÓS- PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA: DA FORMAÇÃO À AÇÃO	12
2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DO PRÉ- HOSPITALAR AOS CUIDADOS INTENSIVOS.....	17
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	18
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico- cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.....	28
2.2.1 Do cuidado de enfermagem especializado à pessoa/ família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica à prevenção e controlo de infeção no ambiente hospitalar	28
2.2.2 Situações de catástrofe ou emergência multi-vítima	54
3. MESTRIA NO CUIDAR DA PESSOA/ FAMÍLIA PÓS-PCR	58
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – ADEQUAÇÃO DO USO DE LUVAS	ii

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Processo do Sistema Respiratório Comprometido	47
Tabela 2 - Processo do Sistema Circulatório Comprometido.....	48
Tabela 3 - Processo do Sistema Regulador Comprometido	48
Tabela 4 - Status Neurológico Comprometido	49
Tabela 5 - Crise Familiar Atual	50

INTRODUÇÃO

No âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 2019-2021, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), realizou-se este relatório de estágio com os objetivos específicos de descrever o percurso para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no cuidado de enfermagem especializado à pessoa pós-paragem cardiorrespiratória e fundamentar a discussão pública do título de mestre em enfermagem médico-cirúrgica. O relatório foi intitulado de “Cuidados de enfermagem especializados à pessoa pós-paragem cardiorrespiratória (PCR): da formação à ação” sob docência da Professora Doutora Luísa Santos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656) e o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) é o profissional dotado de habilidade e competência para cuidar e dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família/pessoa significativa, mobilizando os seus conhecimentos e aptidões para responder em tempo útil e de forma holística, baseado em padrões de conhecimentos sólidos e válidos objetivando a excelência do cuidar.

A pessoa pós-PCR é alvo dos cuidados do EEMC pela complexidade da patologia subjacente, instabilidade hemodinâmica, dependência de meios avançados de monitorização e de suporte vital.

Os contextos eleitos para a concretização dos estágios foram o Serviço de Urgência (SU), o Serviço de Emergência pré-Hospitalar da Região Autónoma da Madeira (RAM), o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

A execução do relatório revela o percurso formativo realizado ao longo dos ensinamentos clínicos I, II, e III, para a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Comporta a descrição e análise da ação e as suas implicações, profissionais, sociais e éticas na essência do cuidado, socorrendo-se da evidência científica mais atual, como ferramenta potenciadora da resolução dos problemas de aprendizagem/conhecimento enfrentados. Sem dúvida, e neste propósito, a

aprendizagem com os pares ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, foi determinante para o resultado operado em mim, contudo, o constante questionamento foi a premissa para encontrar as evidências que permitem prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (Sousa et al., 2018) e assegurem trilhos de desenvolvimento mais fortalecedores.

O EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica edifica o seu perfil de competências baseado nas premissas do saber-saber, saber-fazer e saber ser (Le Boterf, 2003).

Este relatório, estruturado em três capítulos, em que o primeiro é constituído pela contextualização teórica da temática selecionada, justificação do interesse no tema e definição da sua pertinência neste contexto formativo. No segundo capítulo é abordado o percurso de construção e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, assentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados. O terceiro capítulo culmina no desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As citações e as referências bibliográficas apresentadas estão de acordo com as normas da American Psychological Association adoptadas pela ESESJC.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA PÓS-PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA: DA FORMAÇÃO À AÇÃO

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o interesse pelos cuidados especializados em enfermagem à pessoa pós-PCR, emergem do próprio percurso profissional desenvolvido até ao momento e na necessidade de formação nesta área do saber.

Atualmente a exercer funções como enfermeira no serviço de internamento de Medicina Interna e Unidade de Cuidados Especiais do Hospital dos Marmeleiros, integro a equipa de emergência interna e sou a colaboradora do elo de ligação da emergência intra-hospitalar.

A realização do curso Medical Response to Major Incidents (MRMI) direcionado para a atuação em situação de exceção e catástrofe constituiu um momento impulsionador de procura de conhecimento especializado na área da pessoa em situação crítica. Ressalvo que também já exerci funções no Serviço de Doenças Infecciosas, o que impulsionou o interesse pela área da prevenção e controlo da infeção em ambiente hospitalar, que não é mais que uma competência específica integrante do escopo de intervenção do EEMC.

No meu ponto de vista, o conhecimento do processo experienciado pela pessoa pós-PCR não descarta a sua família e valoriza o espectro do saber do enfermeiro, concede-lhe competências diferenciadas e permite a antecipação de focos de instabilidade decorrentes da situação.

A PCR representa uma das situações mais emergentes com que os profissionais se deparam, com necessidade de tratamento imediato, que exige deteção e entrega rápida de manobras de reanimação cardiopulmonar. Apesar da realização de todas as intervenções essenciais aos procedimentos de suporte básico e avançado de vida em tempo útil, a taxa de sobrevivência pós alta hospitalar é inferior a 20% na maioria da população (Tintinalli et al., 2016; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2019).

Dos que sobrevivem, a maioria apresentou PCR em fibrilação ventricular, testemunhada e monitorizada, por isquémia do miocárdio e conseqüentemente revertida com sucesso imediato após desfibrilhação (INEM & DFEM, 2019).

Esmiuçando dados relativos ao prognóstico, cerca de 22% das vítimas de PCR intra-hospitalar, que vêm a morrer nas UCI, têm como causa de morte a lesão neurológica,

tornando-se necessário criar um modelo individualizado de prognóstico aplicável imediatamente após o retorno da circulação espontânea (American Heart Association, 2015; INEM & DFEM, 2019).

De acordo com Nolan, et al. (2008) a recuperação espontânea da circulação constitui o primeiro passo para a recuperação da vítima pós-PCR.

A síndrome ou status pós-PCR envolve vários órgãos e sistemas e é uma condição de elevada complexidade. Esta compreende:

- A lesão cerebral pós-PCR;
- A disfunção miocárdica pós-PCR;
- A lesão de isquémia/reperfusão;
- E a persistência da causa subjacente ao evento que desencadeou a PCR, que pode incorrer em complicações na fase pós-reanimação se não for revertida.

O cérebro é um órgão especialmente sensível à isquémia, pelo que a interrupção completa do fluxo sanguíneo durante breves minutos e posterior retorno da circulação espontânea, é suficiente para desencadear um processo fisiopatológico complexo, que leva a mecanismos de lesão que podem acarretar danos irreversíveis (lesão de isquémia-reperfusão) (Nolan et al., 2008).

As lesões de isquémia-reperfusão atingem todos os tecidos e órgãos, no entanto, o coração e o cérebro são afetados de forma significativa e são os principais responsáveis pelo estado clínico e prognóstico (Nolan et al., 2008).

Vários estudos evidenciaram que o tempo de interrupção total da circulação, ou “*no flow*” (duração entre o momento da PCR e o início da reanimação cardiopulmonar) e o tempo de perfusão parcial, ou “*low-flow*” (duração entre o início da reanimação cardiopulmonar e o retorno a uma circulação espontânea) têm grande influência sob o prognóstico dos doentes reanimados (Morton & Fontaine, 2013).

De acordo com os autores supracitados, com o aumento do tempo da PCR, aumenta a gravidade da síndrome pós-PCR, sendo que se o tempo for curto, esta pode não acarretar complicações significativas na qualidade de vida da pessoa. Até 50% dos sobreviventes desenvolvem uma lesão neurológica, que se pode caracterizar dentro de um largo espectro - desde discretos déficits de memória a estado vegetativo persistente.

A lesão cerebral pós-PCR é causada pela isquémia cerebral global, que por sua vez é desencadeada pela interrupção da circulação e conduz ao coma. Este coma, é causado por lesões difusas do sistema nervoso central originadas por micro trombozes vasculares. Ao

nível macro vascular, constata-se que a hemodinâmica cerebral é alterada nas 72h seguintes à reanimação cardiopulmonar (Oliveira, 2012).

A isquémia pode conduzir à acumulação de ácido láctico, aumento da permeabilidade da membrana celular e subsequente edema cerebral. O metabolismo anaeróbio não é capaz de sustentar as necessidades cerebrais, as reservas fisiológicas da molécula de adenosina trifosfato (ATP) esgotam-se e este processo culmina na falha das bombas iónicas da membrana dependentes de ATP, que são essenciais para manter uma homeostase adequada (Dash & Chavali, 2018).

Nolan et al. (2008) explica que, até 72h após a PCR, a síndrome pós-PCR é descrita por uma falência hemodinâmica transitória, provocada por uma disfunção miocárdica pós-PCR e por uma vasodilatação global. Após estas 72h o quadro clínico caracteriza-se por distúrbios neurológicos de origem anóxico-isquémica, que podem ser agravados pelos distúrbios hemodinâmicos de reperfusão. Outros sistemas comprometidos acarretam consequências como distúrbios respiratórios, insuficiência renal e/ou insuficiência hepática, podem agravar o quadro clínico e comprometer o prognóstico.

As lesões de isquémia-reperfusão desencadeiam uma disfunção sistólica e diastólica das células do miocárdio. É comum existir uma diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, verificada por angiografia coronária, nos doentes com síndrome pós-PCR, independentemente de a causa ser ou não de etiologia coronária, o que se traduz em instabilidade hemodinâmica (Laurent et al., 2007).

Os mesmos autores esclarecem que existe também um componente de insuficiência circulatória, evidenciado perifericamente, que ocorre devido ao estado inflamatório sistémico que ocorre após o retorno da circulação espontânea provoca uma vasodilatação global.

Briggs (2016) explica que o estado de choque cardiogénico compreende-se como um estado em que ocorre uma profunda diminuição da irrigação periférica devido ao compromisso da função cardíaca (frequentemente associado a enfarte agudo do miocárdio (EAM)). Corroborando estes achados, mais recentemente, Tüker (2019) atesta que a isquémia cardíaca torna o coração disfuncional e as funções sistólicas e diastólicas ficam comprometidas, sendo que o baixo fluxo sanguíneo ou a ausência deste, provoca alterações na contratilidade no que respeita à artéria ocluída e também nas áreas miocárdicas mais distais.

Quer seja por falência direita ou esquerda, a diminuição do débito cardíaco promove a libertação de catecolaminas, que aumentam a contratilidade e o fluxo sanguíneo periférico.

No entanto, este aumento da contratilidade incrementa as necessidades de oxigénio no miocárdio, que pode exceder a capacidade das artérias coronárias, fomentando a extensão da isquémia cardíaca. Este estado de défice de perfusão favorece o metabolismo anaeróbio, fazendo com que ocorra um aumento do ácido láctico nas áreas afetadas que, por sua vez, é desfavorável à adequada função contrátil ventricular. Esta sequência de acontecimentos pode levar a um importante compromisso do desempenho cardíaco (Briggs, 2016).

A PCR pode então ser considerada a mais emergente das emergências que os profissionais enfrentam. Uma vez restabelecida a circulação espontânea, é imperativo a uniformização de intervenções precoces e adequadas nas horas que se seguem, de modo a diminuir a morbi-mortalidade dos doentes hospitalizados (Nolan et al., 2010).

Nesta linha de pensamento, o Conselho Europeu de Reanimação (CER) e a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (SEMI) colaboraram na elaboração de orientações de cuidados pós-reanimação para adultos, sustentadas no Conselho Internacional de 2020 sobre a Ciência da Reanimação Cardiopulmonar com Recomendações de Tratamento. Os tópicos abordados compreendem a síndrome pós-PCR, diagnóstico de causa de PCR, o controlo da oxigenação e ventilação, reperfusão coronária, gestão e monitorização hemodinâmica, controlo de convulsões, controlo de temperatura, gestão global dos cuidados intensivos, prognóstico, resultados a longo prazo (*outcome*), reabilitação funcional e doação de órgãos. De acordo com os tópicos mencionados, os autores criaram um algoritmo de atuação denominado Algoritmo de Reanimação (Nolan et al., 2021).

É com base no algoritmo supracitado e no estudo de Nolan et al. (2021) acerca dos cuidados pós-reanimação que baseei o meu estudo e intervenções ao longo dos ensinamentos clínicos.

A pessoa pós-PCR é, portanto, alvo dos cuidados do EEMC na medida em que esta se encontra a lidar com uma patologia complexa, que lhe confere instabilidade hemodinâmica e dependência de meios avançados de monitorização e de suporte vital. A OE (2011) corrobora estes fatos e atesta que:

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, p. 8656).

Após compreender a importância da intervenção precoce e segura nestas situações, o meu investimento pessoal no cuidar da pessoa pós-PCR emerge da necessidade de aprimorar as minhas competências de atuação, acrescentando valor aos cuidados de enfermagem especializados.

2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DO PRÉ-HOSPITALAR AOS CUIDADOS INTENSIVOS

A disciplina de enfermagem exige uma constante atualização do saber, em todos os aspetos da prática. O saber profissional em enfermagem advém de um processo de formação complexo, cimentado numa prática de cuidados holística e refletida, que se centra na pessoa/família e nas suas necessidades de cuidados, estando diretamente relacionado com as experiências pessoais e profissionais de cada um (Carper, 1978; Fawcett et al., 2001).

Le Boterf (2003) explica que os saberes são compostos por saberes teóricos, que abarcam os conceitos, conhecimentos disciplinares, organizacionais e racionais; o saber-fazer formalizado, que engloba as estratégias, instrumentos de utilização prática e a capacidade para a realização de operações; o saber-fazer cognitivo, que compreende as operações intelectuais necessárias à análise e resolução de problemas, conceção e realização de projetos e tomada de decisão; saberes de contexto, que se entendem como sendo os saberes sobre o processo, materiais e produtos; organizacionais e sociais; saber-fazer relacionais (ou saber-ser), que pressupõem capacidades que permitem cooperar eficazmente com os outros e ainda os saberes processuais, que implicam o conhecimento das regras para ação, saberes operatórios que descrevem processos, métodos, modos operatórios.

Assim, segundo o autor supracitado, entende-se que a competência não se constitui apenas como um conjunto de resultados observáveis sustentado num desempenho, contudo, o desempenho pode assumir-se como uma demonstração de competência. Um profissional competente constitui aquele que é capaz de agir eficazmente em determinada situação e compreende o porquê de agir de tal forma, mais concretamente, é o profissional que detém a compreensão da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz.

A profissão de enfermagem tem evoluído nas últimas décadas, pelo que, no sentido de responder aos vários desafios que o campo da saúde impõe, os enfermeiros têm desenvolvido cada vez mais conhecimentos, capacidades e competências que lhes possibilitem uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas tomadas de decisão. O desenvolvimento do pensamento crítico e refletido no contexto da prática, potenciam uma melhoria contínua do exercício profissional de enfermagem objetivando a crescente prestação de cuidados de qualidade (Teixeira, 2017).

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A identidade profissional do enfermeiro edifica-se mediante o seu perfil de competências. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham domínios de competências, denominadas de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019).

A análise e interpretação destas competências revelaram-se primordiais para compreender o caminho a percorrer, sendo que foram exploradas dentro dos seus quatro domínios:

Responsabilidade profissional, ética e moral que compreende o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Melhoria contínua da qualidade, na qual o enfermeiro assume um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, coopera em programas de melhoria contínua de qualidade e ainda cria/mantém um ambiente seguro;

Gestão dos cuidados, através da qual o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, dos seus coadjuvantes e a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança à gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, onde o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e, baseia a sua prática especializada em padrões de conhecimentos sólidos e consistentes.

O enfermeiro especialista é entendido pela OE (2019, p. 4744) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

Aufere-se que o enfermeiro especialista é aquele que reúne características e competências diferenciadores no seio de uma equipa, particularmente a capacidade de observação, avaliação, e previsão de complicações, concomitantemente, liderar e coordenar intervenções que têm de ser precisas e concisas para a resolução de problemas.

Para o desenvolvimento de competências no cuidar especializado à pessoa pós-PCR, importa aludir que as práticas clínicas se realizaram em quatro contextos distintos: Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), SU, SMI e UTIC.

A pertinência pela escolha destes contextos justifica-se pelo percurso que a pessoa pós-PCR segue desde o colapso inicial, à estabilização e posterior internamento em unidades diferenciadas de cuidados intensivos.

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

Quando se abordam as normas legais, ética e deontologia rapidamente surge a necessidade de aludir o Código Deontológico do Enfermeiro, instrumento indispensável à prática de cuidados de enfermagem e no qual podemos encontrar expostos os deveres profissionais, fundamentados nos direitos dos cidadãos, bem como as responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem (OE, 2015).

Neste domínio, orientei a minha prática de forma criteriosa e ponderada, com o foco de agir de respeitando os princípios da profissão, permanentemente respeitando os direitos dos doentes e suas famílias e dando resposta às suas reais necessidades. Reforço que sempre atendi ao cumprimento das obrigações legais vigentes na Lei n.º 156/2015, Artigo 97.º, a que a profissão de enfermagem me exige (OE, 2015, p.32).

A enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, onde dilemas e problemas éticos surgem e exigem uma tomada de decisão fundamentada. O enfermeiro responde pelas suas decisões e pelas suas ações no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2010).

O mesmo autor esclarece que um problema ético se define por um problema cuja resolução compete aos enfermeiros encontrar, uma vez que se insere no âmbito do cuidado de enfermagem.

A prática do exercício profissional de enfermagem é indissociável dos valores éticos e morais, contudo, a especificidade de cada caso conduz à priorização do princípio a utilizar.

Na procura da intervenção mais adequada perante um problema ético, guiei-me pela dignidade da vida e pelo respeito pela pessoa. A decisão ética e a decisão clínica são indissociáveis e muitas vezes, o pensamento ético levou-nos a repensar a decisão clínica, pois o aprofundamento do conhecimento neste domínio clarifica a decisão de cuidado em enfermagem, permitindo o estabelecimento de pontos de interceção entre a decisão clínica e a decisão ética de enfermagem, tornando-a profícua para o doente e família.

Os modelos de tomada de decisão revelam-se cruciais, na medida em que permitiram organizar o pensamento e os dados de cada caso, possibilitando uma análise objetiva e adequada de cada um deles.

Em situações mais delicadas, destaco a pertinência da aplicação do modelo DECIDE (Definição do problema; Estudo ético; Consideração das opções; Investigação dos resultados; Decisão sobre a ação; Estimativa/ avaliação os resultados) (Thompson et al., 2004) pelo seu fácil entendimento e grande aplicabilidade na prática, ou seja, as suas vantagens ultrapassam as suas limitações e fazem deste, um valoroso instrumento para a tomada de decisão ética (Deodato, 2010).

A título de exemplo, os dilemas éticos com que mais me deparei ao longo destes ensinamentos clínicos centraram-se na obstinação terapêutica (inclusive este foi um dos temas de reflexão crítica ao longo do estágio). A consideração das opções viáveis adequadas a cada caso e o exercício de mobilização de conhecimentos acerca dos prós e contras de cada uma destas, permite uma tomada de decisão sólida sustentada no respeito pelo doente/ família e pela dignidade humana.

Considero que é uma mais-valia a aplicação deste modelo de tomada de decisão, na medida em que o seu conhecimento e análise permite uma decisão fundamentada nos princípios éticos que regem a profissão, não descurando a premissa de que a especificidade de cada caso conduz à priorização do princípio a utilizar. Na procura da intervenção mais adequada a prestar perante a ocorrência de um problema ético, o enfermeiro guia-se pela dignidade da vida e pelo respeito pela pessoa para encontrar o cuidado adequado a cada caso.

Várias situações vivenciadas permitiram-me reflexões com a enfermeira tutora, desde o pré-hospitalar até as unidades diferenciadas. Como exemplos de situações de reflexão foram a decisão de não reanimar e a crescente necessidade de cuidados paliativos.

Após a análise de alguns documentos e estudos, tais como a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, posso afirmar que prestei cuidados aos doentes com respeito pela dignidade humana e pelas suas crenças, e ideologias. Cuidei de acordo com cada situação/ patologia e procurei sempre priorizar os direitos dos doentes e famílias, por exemplo no garantir do acesso à informação sobre o seu estado de saúde, à sua privacidade e confidencialidade (no que respeita à informação a transmitir a terceiros e nas conversas/ reuniões que ocorreram nos serviços), advoguei o direito de escolha, isento de qualquer julgamento.

Os contextos da prática exigiram-me diferentes formas de adaptação e de planeamento da ação. O SU revelou-se um contexto muito desafiante relativamente à garantia da privacidade e da confidencialidade das informações, o que levou a adotar medidas de gestão do meio ambiente com a utilização de barreiras físicas para a separação dos espaços físicos ou na procura de espaços físicos disponíveis e vazios de modo a conseguir uma conversa clara, de modo a prestar cuidados assegurando o máximo de intimidade, privacidade, dignidade e, indissociavelmente, a segurança dos doentes.

As dificuldades da configuração do espaço acontecem pela grande afluência de pessoas que procuram o SU, dos constrangimentos decorrentes de uma reorganização forçada perante a situação pandémica que nos encontramos e também das equipas se encontrarem a trabalhar além das suas capacidades e não conseguirem responder rapidamente ao número de solicitações que ocorrem em simultâneo. No pré-hospitalar as mesmas questões de privacidade emergem devido à imprevisibilidade das ocorrências.

Emerge a necessidade da melhoria continua dos cuidados, que é importante em qualquer contexto e deve ser sempre o objetivo do enfermeiro especialista, revelando-se um desafio constante da prática. Deste modo, a qualidade dos cuidados é entendida como uma questão revestida de extrema importância, conforme pode ler-se no Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), onde um dos seus pilares é o pilar 5: práticas seguras em ambientes seguros, enaltece que:

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (p. 97)

Também a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, na sua base 1, relativa ao direito à proteção da saúde, explana que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais - reforça o papel do Estado enquanto promotor e seu garante, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), das Administrações Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.

No mesmo despacho, mencionando o PNSD 2021-2026, também se contempla a necessidade de segurança dos cuidados, aludindo ao pilar 1: cultura de segurança.

Numa alusão ao Código Deontológico, onde constam múltiplas referências à segurança das pessoas, priorizam-se valores universais como a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, objetivando o bem comum, bem como a competência e o

aperfeiçoamento profissional (Artigo 78º, 2, alíneas b e c), o enfermeiro norteia a sua ação pela responsabilidade intrínseca ao papel que desempenha perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Artigo 78º, 3).

Assim compreende-se a importância da segurança nos cuidados de enfermagem aliada à qualidade dos mesmos como dois fatores indissociáveis. Sendo a pessoa/ família o foco dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento da segurança no cuidar compreende várias dimensões, num amplo espectro de ação, como a gestão de recursos humanos, a melhoria do desempenho profissional, a gestão das medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (por exemplo o controle de infeção, segurança dos equipamentos). Advogo que o primeiro passo para prevenir os erros, é uma clara identificação dos fatores que levam ao seu aparecimento.

Ao longo dos ensinamentos clínicos as questões de escassez de recursos humanos foram várias vezes debatidas e tema de reflexão em equipa, pelo que se torna consensual que os níveis inadequados de recursos humanos estão correlacionados com a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas, aparecimento de úlceras por pressão, erros de terapêutica, ocorrência de infeções nosocomiais e posteriores readmissões hospitalares, entre outros.

“Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente”.

O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (p. 99).

Os objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 prendem-se com a segurança cirúrgica, segurança no parto, prevenção da ocorrência de quedas, prevenção da ocorrência de úlceras por pressão, prevenir e controlar infeções associadas a cuidados de saúde, identificação inequívoca de doentes e segurança no manuseio da medicação.

Estes tópicos são intimamente ligados à prática diária de cuidados de enfermagem e é indissociável da qualidade dos cuidados de saúde. Compreende-se deste modo que a segurança representa um pilar dos cuidados de enfermagem e daqui emerge uma das

competências comuns dos enfermeiros especialistas, se prende exatamente com a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Aludindo neste ponto a uma importante e recente temática, destaco o conceito de terapia nutricional, que quando adequado às necessidades de cada doente, previne a lesão celular oxidativa, favorece a resposta metabólica e atenua as alterações metabólicas características da resposta ao stress (McClave et al., 2016).

Em vários países constatou-se que os doentes hospitalizados apresentam algum grau de desnutrição, entre 30 a 50% (Veras & Fortes, 2014).

A desnutrição aumenta a predisposição a alterações teciduais e orgânicas, imunológicas, cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais. Consequentemente poderão ocorrer complicações decorrentes da perda de massa corporal, compromisso na cicatrização de feridas e/ou aparecimento de úlceras por pressão (aumento do tempo de hospitalização), má função do sistema imunitário, diminuição da força diafragmática (dificuldades no desmame ventilatório), aumento da predisposição a infeções nosocomiais oportunistas e disfunção de órgãos, comprometendo assim a sua evolução e prognóstico. O défice nutricional nestes doentes está associado a elevados índices de morbidade e mortalidade em comparação aos doentes que exibem um estado nutricional adequado (Azim & Ahmed, 2016; McClave et al., 2016).

É consensual que a implementação precoce da terapia nutricional acarreta ganhos importantes ao doente crítico, promove a estabilização hemodinâmica, preserva a barreira da mucosa intestinal, evita colonizações por agentes agressivos no intestino e evita os efeitos do catabolismo. Existem inúmeras situações específicas para o ajuste da terapia nutricional, a título de exemplo doentes com insuficiência renal, insuficiência hepática, diabetes mellitus, necessitam de um ajuste que lhes permita colmatar as suas necessidades nutricionais promovendo a compensação das patologias subsistentes.

O conhecimento científico permite ao enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica compreender as necessidades destes doentes, interpretar sintomas e valores analíticos objetivos, comunica-los à equipa multidisciplinar e colaborar no ajuste e implementação do plano nutricional.

Perante o supracitado, o SESARAM, EPERAM instituiu a avaliação nutricional dos doentes internados a partir de 2019, de forma a diminuir os efeitos da desnutrição em doentes internados. Saliento que no SMI do HNM a terapia nutricional é prescrita pelo médico assistente, administrada e supervisionada pelo enfermeiro responsável pelo doente em todos os turnos. Na UTIC e nos serviços de internamento a avaliação do risco nutricional é efetuada

pelos enfermeiros e o plano nutricional é elaborado pelos dietistas e nutricionistas da instituição em articulação com o enfermeiro. Em casos mais específicos o médico assistente também pode prescrever ou solicitar suplementos dietéticos. O enfermeiro é responsável pela administração, avaliação de estase gástrica/ tolerância do doente e comunicação de efeitos adversos à equipa multidisciplinar.

Desde a sala zero do SU, até às unidades mais diferenciadas por onde realizei os estágios, procurei ter uma intervenção adequada, em tempo útil face à pessoa em situação crítica, assegurando a prática de cuidados seguros. Refleti criticamente a minha prática e nos diferentes ambientes atribuí especial atenção à comunicação com a pessoa em situação crítica e família, sendo que uma das minhas reflexões críticas foi exatamente sobre este tema.

Estudos comprovam que a forma como o profissional comunica com o doente/família tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem e também por este motivo o enfermeiro sente uma responsabilidade enorme aquando desta prática (Pereira, 2008).

A comunicação assume também um papel preponderante no estabelecimento da relação terapêutica, na transmissão de más notícias e garante da continuidade de cuidados, pelo que foi um aspeto muito explorado ao longo dos ensinamentos clínicos.

No SMI e na UTIC a comunicação com os doentes e demais equipa são muito importantes na redução de sentimentos de frustração e stress, na satisfação das necessidades, na prevenção do *delirium* e no contributo a continuidade de cuidados de alta qualidade, deste modo existem preconizados guias de orientação para a transmissão de informação na passagem de turno, o que é um elemento uniformizador e facilitador da transmissão de dados imprescindíveis acerca do doente. As informações transmitidas são fortemente detalhadas e objetivas entendendo-se o porquê, dada a diferente complexidade e organização dos respetivos serviços.

Procurei também atribuir especial atenção ao plano de cuidados de enfermagem e à sua atualização; prescrevi, implementei e atualizei intervenções de enfermagem especializadas de acordo com as necessidades dos doentes, tornando os planos de cuidados individualizados e adequados a cada situação.

Apliquei e geri protocolos terapêuticos complexos com elevado rigor técnico e científico, protocolos como o de hipotermia induzida, gestão de fármacos vasoativos, sedativos e analgésicos no que respeita à pessoa pós-PCR.

A gestão diferenciada da dor foi um tema sob o qual também atribuí especial atenção, desde o SU até às unidades diferenciadas.

No que respeita ao controlo da dor no doente com síndrome pós-PCR, atentando a que a dor constitui um foco da prática, isto é, uma área de atenção, tal como foi descrito pelo mandato social e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem. Da perspetiva do doente, a dor é possivelmente o sintoma mais frequentemente experienciado numa unidade de cuidados intensivos, é entendido como um fator major causador de stress. O reconhecimento e a monitorização sistemática da dor melhoram a recuperação do doente e otimiza a intervenção terapêutica (Le Roux et al., 2014).

A dor, segundo Silva (2013), está presente na grande maioria dos doentes admitidos em cuidados intensivos, razão pela qual deve ser monitorizada e prevenida de forma consistente e frequentemente. Idealmente, esta deve ser avaliada pelo próprio doente através de uma escala verbal ou numérica. No entanto, tal nem sempre é possível dada a gravidade da situação clínica do doente que pode ter a sua consciência diminuída e estar sob ventilação, entubação e efeito de fármacos sedativos.

Além disso, o EEMC também tem como objetivo o desenvolvimento das suas competências na gestão diferenciada da dor, provendo o bem-estar e o conforto do doente. Especificamente para o doente com síndrome pós-PCR a dor mais comumente associada é a dor isquémica. Esta é definida na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2019) como “sensação de dor com origem na redução da irrigação sanguínea periférica, associada a doença vascular periférica, diminuição do fluxo sanguíneo provocada pela constrição devida a aparelhos ortopédicos ou outros objetos compressores; aporte sanguíneo como nas doenças arteriais oclusivas, e por traumatismo cirúrgico.

A dor isquémica é muitas vezes descrita como intensa e atroz. Os autores Santos e Bianco (2018) elucidam que a dor isquémica precordial, é o sintoma que mais frequentemente impulsiona a procura de cuidados de saúde diferenciados. Neste sentido esta é entendida como uma dor de características ímpares e é indicador sugestivo de EAM. Para reconhecer este sintoma é essencial para antecipar consequências e complicações e ainda, determinar o tratamento adequado, sabendo de antemão que esta patologia é tempo-dependente (Santos & Bianco, 2018).

Durante a minha prática conheci as escalas de avaliação da dor implementadas no SMI e na UTIC, sendo que a mais comum é a Behavioural Pain Scale (BPS). Todavia, apesar de constituir uma ferramenta válida e confiável, importa considerar que a BPS não fornece informações sobre a localização, qualidade e o tipo de dor. Para além disto, a capacidade de o doente demonstrar movimentos dos membros superiores pode estar comprometida devido ao uso de fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares (Barreto, 2018). Neste sentido,

aprendi que é essencial conhecer outras escalas e ajustar a que me melhor se adequa ao caso em questão. Realizei pesquisas e pude aplicar após discussão com enfermeira tutora, a Critical Care Observation Tool, bem como a escala qualitativa verbal quando os doentes foram extubados e tinham possibilidades de descrever a sua dor, o que enriqueceu a minha experiência neste âmbito.

A gestão diferenciada da dor influencia positivamente o *outcome* do doente crítico. Alguns autores explicam que o controlo da dor reduziu a duração da ventilação mecânica e o número de infeções nosocomiais nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos. Fisiologicamente tal poderá ser esclarecido atentando a que a analgesia reduz a resposta ao stress (taquicardia, EAM, consumo de energia sistémico, hipercoagulabilidade e imunossupressão) e isto leva à redução de complicações pulmonares e reduz globalmente o delirium (Chanques et al., 2010).

Ao longo dos ensinamentos clínicos identifiquei evidências fisiológicas e comportamentais de dor e mal-estar no doente alvo dos meus cuidados em conjunto com a enfermeira tutora, priorizei a monitorização e o controlo da dor. É também importante referir que todos os doentes possuem analgesia prescrita na unidade de cuidados intensivos e este é apenas mais um exemplo de uma área em que as intervenções interdependentes são essenciais na manutenção do bem-estar e conforto dos doentes. Este foi um tema de reflexão com as enfermeiras tutoras.

Advoguei importância do cumprimento das Precauções Básicas de Prevenção e Controlo de Infeção (PBCI), procurei influenciar os colegas e os pares aquando da realização de procedimentos e prestação de cuidados, mantendo a assepsia, na realização de técnicas como algáliação, aspiração de secreções, inserção de dispositivos invasivos, realização de tratamento a feridas.

O trabalho dos assistentes operacionais foi acompanhado diariamente e inclusive identifiquei algumas necessidades de formação em relação à gestão dos dispositivos de proteção, sendo que pude refletir sobre isso com a enfermeira tutora e efetuei uma ação de formação (Apêndice A) sobre a correta utilização de luvas e apresentei-a aos assistentes operacionais do SMI. Procurei atualizar-me e revi vários documentos emitidos pela DGS acerca do tema. As necessidades crescentes de recursos humanos acentuaram-se durante a situação pandémica, o que proporcionou uma contratação de vários assistentes operacionais nos últimos dois anos, sendo que algumas dúvidas surgem durante a prática e o intuito desta sessão foi o esclarecimento de dúvidas e recapitular de conceitos essenciais à prática segura.

Esta ação vai de encontro aos deveres deontológicos em geral, mais concretamente ao Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, Artigo 100.º, onde encontra expressa a necessidade de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 8079)

A gestão de cuidados e recursos constituiu uma preocupação diária durante o ensino clínico, a título de exemplo, eu e a enfermeira tutora acompanhávamos a passagem de turno até ao fim, acompanhávamos - sempre que possível - a visita médica, participando no ajuste do plano terapêutico de cada doente, o que permitiu uma melhor gestão de tempo e de recursos humanos durante o turno (priorizando atividades e intervenções de acordo com o definido).

No SU esta atividade era executada pelo responsável de equipa (enfermeiro especialista); e tanto no SMI como na UTIC eram atividades realizadas pelas minhas tutoras (EEMC) com a minha participação. Estas atividades tornaram-se muito proveitosas para mim, na medida em que me permitiu compreender o papel do enfermeiro especialista na assessoria dos outros enfermeiros, na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar e na supervisão de tarefas, objetivando a qualidade dos cuidados.

Considero que transversalmente aos três ensinamentos clínicos cimentei a minha prática clínica com a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, através da pesquisa em livros, em manuais de normas, em protocolos, em algoritmos de atuação – todos estes elaborados com base em evidência científica válida e comprovada.

Socorri-me das tecnologias de informação e a utilizei métodos de pesquisa fidedignos e com isto, criei um bom suporte de dados acerca da Paragem e Ressuscitação Cardiorrespiratória; Choque; Síndromes Coronárias Agudas; Insuficiência Cardíaca Agudizada; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada; Ventilação Não Invasiva e invasiva; Acidente Vascular Cerebral e Trauma.

Toda a informação recolhida será útil ao longo da carreira e da construção da minha identidade profissional. Quando me encontrava a prestar cuidados e surgia algo que não era do meu conhecimento, anotava e posteriormente pesquisava sobre o tema e procurava atualizar o saber em determinado assunto. Recorria também à enfermeira tutora, discutíamos as situações e o motivo das situações sucederem de uma determinada forma, este exercício crítico e de partilha de informações criou momentos muito ricos de discussão e de apreensão de informações essenciais à construção do meu percurso enquanto enfermeira especialista.

Dado o supracitado, considero que os ensinamentos clínicos realizados contribuíram de forma valorosa e indispensável para, no meu percurso profissional, edificar as competências

de enfermeiro especialista, permitindo cimentar saberes nos quatro domínios indispensáveis à formação do enfermeiro especialista.

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

Considerando o efetivo desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, bem como das competências comuns do enfermeiro especialista, o ensino clínico proporcionado pelo curso de Mestrado em análise, apresenta-se como o teatro de operações fulcral à aquisição e desenvolvimento das competências enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros, e que se encontram plasmadas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, sendo os seus domínios:

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Objetiva-se a formação especializada de enfermeiros autónomos, com espírito crítico e reflexivo, que desempenhem um papel proativo no desenvolvimento organizacional das instituições, respeitem a pessoa e a família em todo o processo de cuidados, integrem a inovação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem recorrendo a metodologias de investigação e tomem decisões ético-legais alicerçadas nos valores da profissão.

Neste sentido, passo a referir o percurso para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

2.2.1 Do cuidado de enfermagem especializado à pessoa/ família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica à prevenção e controlo de infeção no ambiente hospitalar

O ensino clínico inclui três estágios: Estágio I- Urgência, Estágio II- Cuidados Intensivos e Estágio III- Opção, correspondentes a 35 ECTS. Sendo que o percurso do desenvolvimento de competências realizou-se em diferentes contextos, torna-se importante

descrever a natureza destes cuidados de enfermagem e a pertinência do tema selecionado em cada um destes.

A Unidade Curricular de Estágio I- Urgência contempla um total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 de Estágio e 10 de Orientação Tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante. Estas horas correspondem a 10 ECTS (European Credit Transfer System/ Sistema Europeu de Transferência de Créditos). Realizou-se no mês de setembro de 2020, com 109.5 horas de contato no SU do HNM, seguindo-se de 22.5 horas no serviço regional de proteção civil, na Equipa de Médica de Intervenção Rápida (EMIR).

Esta prática clínica permitiu a consecução dos seguintes objetivos: participar nos cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência e /ou catástrofe; revelar conhecimentos aprofundados no atendimento ao doente vítima de trauma e paragem cardiorrespiratória; aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, em contexto de urgência; deter a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem de urgência.

O SU do HNM dá resposta a situações urgentes e emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco, de toda a ilha, nas variadas especialidades médicas. Este é considerado um serviço de urgência polivalente, entendido como o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se relativamente perto do centro da cidade do Funchal, o que se encontra de acordo com o preconizado pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012).

A nível intra-hospitalar é no SU que se realiza a primeira abordagem à pessoa em situação crítica. As necessidades de saúde são inúmeras e este torna-se um contexto desafiante para os profissionais, que devem deter competências especializadas no cuidar, proporcionando os melhores cuidados de saúde a que os doentes têm direito.

Considerei pertinente incluir a vertente do pré-hospitalar na minha aprendizagem, pois esta é uma mais-valia no desenvolvimento de competências especializadas perante situações emergentes. Tal tornou-se possível através da realização de três turnos na EMIR.

O SEMER tem por missão a prestação de cuidados de saúde aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, desempenhando por isso um importante papel na nossa sociedade, bem como a organização, coordenação e prestação do socorro Pré-Hospitalar, em toda a região autónoma da Madeira e preferencialmente no local da ocorrência, de modo a satisfazer as necessidades imediatas da(s) vítima(s).

A equipa da EMIR, parte integrante do SEMER, é constituída por médicos de diferentes especialidades e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica e enfermagem de reabilitação.

A viatura da EMIR é constituída por um médico e um enfermeiro, e pelo que pode apurar, o enfermeiro deve deter uma grande perícia e segurança na sua prática diária, pois é exigido que responda a todas as necessidades do doente, em tempo útil, não tendo outro colega à disposição no imediato. A articulação e trabalho em equipa multidisciplinar são imperativos para o sucesso das técnicas e ações de ambos, essencial à sobrevivência da vítima.

Com a realização de turnos na EMIR foi possível compreender o papel do enfermeiro especialista na emergência extra-hospitalar, reconhecer a metodologia de trabalho adotada e reconhecer o equipamento específico utilizado no contexto pré-hospitalar.

Estive a acompanhar os colegas no Sistema de Triagem de Atendimento Telefónico (STAT), que é um sistema de triagem efetuado exclusivamente por enfermeiros (a grande maioria EEMC), criado de modo a permitir a conseqüente priorização das ocorrências provenientes do 112 na RAM. Destaco o apoio diferenciado que é facultado às equipas dos centros de saúde na avaliação do doente e dos riscos inerentes à sua patologia, estabilização e transporte seguro para o SU do HNM. A promoção da telessaúde segura é também um dos objetivos estratégicos enunciados no PNSD 2021-2026.

Os dois últimos ensinamentos clínicos (estágio II – cuidados intensivos e estágio III – opção) desenvolveram-se em unidades diferenciadas de cuidados intensivos: SMI e UTIC.

A Unidade Curricular de Estágio II- Cuidados Intensivos contempla um total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 de Estágio e 10 de Orientação Tutorial) e 110 horas de Tempo Individual do estudante. Estas horas correspondem a 10 ECTS. Esta prática realizou-se nos meses de outubro e novembro de 2020, no SMI do HNM, com 135 horas de contacto.

Por sua vez, a Unidade Curricular de Estágio III- Opção contempla um total de 375 horas: 210 horas de contacto (198 de Estágio e 12 de Orientação Tutorial) e 165 horas de Tempo Individual do estudante. Estas horas correspondem a 15 ECTS. A prática clínica desenvolveu-se durante os meses de fevereiro e março de 2021, com 150 horas de contacto SMI do HNM e 51 horas de contacto da UTIC da mesma instituição.

A prática clínica no SMI pressupõe o desenvolvimento das seguintes competências: revela conhecimento aprofundado no cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos; avalia e adequa metodologias de análise de situações complexas de doentes com

falência multiorgânica, segundo uma perspetiva académica avançada; realiza gestão de cuidados aos doentes com falência multiorgânica; assiste a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde; desenvolve procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Por sua vez o estágio III – opção pressupõe o desenvolvimento das competências: desenvolve habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade; presta cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e em contexto de unidades diferenciadas de acordo com a opção de cada estudante, sendo que no meu caso particular optei por realizar a prática na SMI e UTIC, tendo como linha norteadora no desenvolvimento de competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa pós-PCR.

O SMI do HNM, o único na RAM, é o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências orgânicas com implicações vitais.

O desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas e avanços tecnológicos resultaram num reconhecimento crescente de que a enfermagem é também importante na gestão da monitorização e vigilância do doente crítico, na medida em que estas soluções tecnológicas compreendem instrumentos essenciais para a sua avaliação e tratamento. Mediante esta necessidade, os hospitais dispõem de unidades para tornar mais eficiente o uso dos equipamentos e recursos humanos com treino especializado para cuidar destes doentes (Tunlind et al., 2014).

Assim sendo, desencadeou-se a necessidade de os enfermeiros procurarem especializar-se, desenvolvendo os seus conhecimentos e práticas em áreas médico-cirúrgicas complexas, em particular emergência, cuidados coronários, nefrologia, neurocríticos, hemato-oncologia, unidades de cuidados intermédios e intensivos cirúrgicos, entre outros.

O SMI do HNM caracteriza-se como uma unidade de nível III – autónoma e fechada, sendo que se torna o ambiente ideal para o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa em situação crítica na medida em que se destina “(...) à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de

monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, p. 2).

As unidades notadas como nível III tratam-se como sendo unidades polivalentes que recebem “(...) doentes com falência múltipla de órgãos com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória, ou substituição da função renal” (Ponce, 2015, p. 536).

Este serviço assegura a assistência às vítimas socorridas na sala zero do SU, mais recentemente (a partir do ano de 2020) é também responsável por uma ala de cuidados intensivos no SU, denominada Cuidados Especiais da Urgência, e é ainda o responsável pela emergência interna hospitalar, assegurando os cuidados urgentes e emergentes a todas as pessoas que se encontram dentro do hospital.

A UTIC do HNM é uma unidade afeta ao serviço de cardiologia, cujo objetivo é a prestação cuidados em regime de cuidados intensivos, a doentes com patologias do foro cardíaco em situação crítica, que necessitem de vigilância hemodinâmica contínua e cuidados altamente diferenciados.

Segundo o que pude apurar, as patologias mais comuns nesta unidade são os Síndromes Coronários Agudos (SCA); doença coronária estável; Insuficiência cardíaca aguda; Insuficiência cardíaca crónica descompensada; distúrbios do ritmo; taquiarritmias; bradiarritmias; Síndromes vasculares agudas; trombo-embolismo pulmonar; Síndromes aórticas agudas; Síndromes pericárdicos: pericardite aguda e tamponamento pericárdico; Síndromes miocárdicos agudos: miocardite; miocardiopatias; endocardite infecciosa e hipertensão pulmonar.

Dado o meu interesse em desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa pós-PCR e sendo que a maioria das PCR tem etiologia cardíaca (Engdahl et al., 2002; Pinto, 2012), nomeadamente os SCA, optei pela realização de um período do estágio, aproximadamente 51 horas de contacto nesta unidade, sendo que isto contribuiu para entender o seguimento dos doentes quando deixam o SMI até que se encontram estabilizados para progredir para os cuidados intermédios (previamente à transferência para a enfermaria).

Considerando os objetivos do meu projeto de autoformação e o serviço onde exerço a minha atividade profissional, pareceu-me congruente aprofundar conhecimentos nesta área específica do doente crítico, nomeadamente os cuidados à pessoa pós-PCR.

Uma vez esclarecidos os contextos de cuidados, neste capítulo segue-se o relato do percurso respeitante ao decorrer dos três ensinamentos clínicos, apresentando-se uma análise teórico-reflexiva das atividades realizadas para consecução dos objetivos inerentes, no âmbito da aquisição das competências específicas do EEMC.

Conforme já descrito anteriormente neste trabalho, o Regulamento n.º 429/2018, referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica define a pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362).

Por sua vez no mesmo documento, pode ler-se que:

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p. 19362).

Neste sentido, visando a excelência do cuidar à pessoa em situação crítica, o enfermeiro deve mobilizar conhecimentos e desenvolver competências que lhe confirmem um elevado nível de avaliação clínica, de modo a realizar precoce e eficazmente a avaliação e monitorização persistente de focos de instabilidade, fundamentados na melhor evidência científica, objetivando sempre ganhos em saúde.

Ao longo do ensino clínico no SU tive oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico em falência ou na eminência de falência orgânica, em todas as áreas daquele serviço, à exceção da sala aberta.

A admissão de doentes provenientes do extra-hospitalar é, na maioria dos casos, realizada através da triagem do SU (à exceção dos casos emergentes que estão previamente sinalizados e entram diretamente para a sala zero). De modo a prestar cuidados neste local, foi muito importante dominar muito bem o Sistema de Triagem de Manchester (MTS). Este constitui um instrumento sensível na identificação de prioridades de emergência, uma vez que a partir da identificação dos sintomas iniciais segue-se o fluxograma de decisão.

Este sistema de classificação estabelece a prioridade no atendimento dos doentes em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica. De acordo com o despacho n.º 10319/2014 publicado em Diário da República, a implementação de sistemas de triagem em serviços de urgência é obrigatória, impondo que sejam instituídos critérios de

atendimento e que seja feita uma estimativa do tempo de espera, desde a triagem até à primeira observação médica de acordo com esses mesmos critérios.

Importa ressaltar que este método de realização de triagem hospitalar é realizado por enfermeiros treinados e experientes, no entanto, esta definição de prioridades não fornece um diagnóstico de enfermagem, fornece sim as prioridades clínicas de acordo com o quadro sintomático inicial.

A DGS (2015) esclarece que o profissional de triagem deverá ser experiente na prestação de cuidados de urgência e deverá deter competências avançadas para comunicar eficientemente com os doentes e famílias, o que vai de encontro às competências de um EEMC, na medida em que este “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Ao longo da minha permanência na triagem do SU do HNM pude refletir sobre as condições e recursos dos espaços onde esta decorre. Refleti acerca da importância da realização da triagem em espaços privados, assegurando a privacidade e a intimidade das pessoas que recorrem a este serviço. A existência de um espaço físico dedicado acrescenta qualidade aos cuidados prestados e promove o desenvolvimento de uma relação terapêutica profícua, plataforma de cuidados onde emergem os cuidados de enfermagem de excelência.

No meu entender, a triagem realizada por um EEMC acarreta ganhos importantes em saúde, pois otimiza o ambiente de cuidados e possibilita um primeiro contacto entre o enfermeiro e o doente, em que os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica se iniciem uma relação terapêutica que salvguarde a identificação e a antecipação de instabilidades e/ou risco de falência orgânica em tempo de ouro.

Em síntese, diria que, a triagem realizada por um enfermeiro especialista permite uma efetiva observação da “árvore na floresta”, no sentido que lhe dá Peter Senge, permitindo ainda a assistência nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, em momentos geradores de stress e angústia, como é exemplo, a procura por cuidados de saúde urgentes.

A triagem possibilita a identificação das situações prioritárias, o que me leva a explicar a importância das Vias Verdes (VV), que se entendem como sistemas de resposta rápida a situações emergentes.

A CRRNEU (2012) explica que as VV “(...) são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para

realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico.” (p.22)

No SU tive a possibilidade de cuidar da pessoa em situação crítica na sala de emergência, ativada por intermédio de um alarme sonoro em situações identificadas na triagem como emergentes, nomeadamente as VV, situações sinalizadas pela EMIR, politraumatizados, entre outros.

Considero que a ativação destas VV é elogiável pela sequência de procedimentos clara e esquematizada. Os profissionais articulam-se adequadamente em relação ao que deve ser feito e quando fazer seguindo os fluxogramas de atuação predefinidos.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a vários doentes cuja situação clínica exigiu a ativação da VV AVC, executar avaliação do doente segundo a mnemónica ABCDE, pude colocar acesso venoso de grande calibre (antecipando o caso de ser necessário realização de trombólise) para administração de produto de contraste aquando da realização da Tomografia Axial Computorizada, entre outros. Colaborei na monitorização do doente e na interpretação dos exames complementares diagnóstico, a título de exemplo enuncio a interpretação de gasometrias arteriais, avaliação da força muscular, análises clínicas, entre outros.

Em algumas das experiências a VV foi desativada, por não se confirmar diagnóstico. Noutras pude realizar o acompanhamento do doente até ao SO, onde permaneceu em vigilância até possuir teste de despiste à *coronavirus disease 2019* (Covid-19) (OMS, 2020) negativo e ser transferido para a Unidade de AVC ou eventualmente para a enfermaria de Medicina Interna. Neste caso, reitero que foi possível realizar um acompanhamento adequado a estes doentes e ainda se criou a possibilidade de articular com outros serviços, fornecer e documentar os dados importantes relativos à história do doente, desde que este deu entrada no SU, realizar registos de enfermagem e transmitir informação pertinente e clara.

Estas experiências permitiram-me diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, a implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações ou possíveis complicações que pudessem surgir e a implementação de intervenções respeitantes à vigilância e monitorização contínua.

Após análise e reflexão, considero que seria vantajoso se os doentes que chegam ao SU do HNM por suspeita de AVC, quando se trata de uma situação já detetada no pré-

hospitalar ou em outras unidades de saúde, fossem já acompanhados pela equipa médica de intervenção rápida sob monitorização e vigilância contínua.

Tive ainda a possibilidade de participar no acompanhamento de um doente na VV trauma, que me permitiu colaborar ativamente na aplicação de técnicas e conhecimentos sobre trauma, assim como manusear material específico (imobilizador de cabeça [vulgo colar cervical], maca telescópica [vulgarmente conhecida por pluma], cinto pélvico, entre outros), o que considero ter sido uma experiência rica, porém exigente.

Ao longo deste processo, apercebi-me que o doente estava a apresentar aparentes sinais de choque e conseguia interpretar sinais de falência orgânica, consegui relacionar a administração de terapêutica e os mecanismos compensatórios, realizei avaliação primária e secundária, identifiquei focos de instabilidade e tentei minimizar as complicações decorrentes da instalação deste quadro.

Relativamente à VV coronária, esta é uma área de particular interesse pessoal, sendo que foi área que realizei o meu projeto de autoformação, por este motivo estava desperta para ocorrências neste âmbito, no entanto, apenas foi possível acompanhar um doente desde a ativação da VV coronária até à concretização da Intervenção Coronária Percutânea (ICP).

O caso que pude acompanhar, baseia-se num doente de 71 anos, que recorreu ao SU por dor precordial e dispneia súbita. Atendendo aos fatores de risco como a idade, e antecedentes pessoais (hipertensão arterial e dislipidemia) e aos sintomas apresentados, foi ativada a VV coronária e o doente seguiu de imediato para o gabinete médico de observação e posteriormente foi transferido para o SO, onde o pude acompanhar e prestar cuidados ao longo de toda a situação.

A equipa médica da respetiva especialidade foi acionada e, até à sua chegada, procedeu-se à contínua monitorização eletrocardiográfica do doente. Em termos de exames complementares de diagnóstico procedeu-se à realização de eletrocardiograma de 12 derivações e ao teste rápido das troponinas (*tropo-test*) – utilizado para identificar rapidamente marcadores indicativos de lesão miocárdica – onde se identificaram várias alterações no traçado cardíaco compatíveis com SCA com supra desnivelamento do segmento ST, pelo que foi encaminhado para o serviço de hemodinâmica para a realização da ICP.

Assim, criou-se a oportunidade de planear e executar o transporte intra-hospitalar de um doente crítico, procedendo às diferentes fases do transporte. Fui capaz de proceder à

transferência da doente para o serviço de hemodinâmica, colaborar na transmissão de informação ao colega e nos registos no processo clínico.

Importa referir que a transição de cuidados “deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) (DGS, 2017).

De acordo com esta técnica, fui capaz de transmitir informações essenciais, claras e precisas sobre o caso clínico. Iniciando pela “I” – identificação, abordei a identificação do doente, bem como dos profissionais que o acompanham e procedi ainda à identificação do familiar/ pessoa significativa que estava ao corrente da situação.

Seguidamente abordei a “S” - situação atual/causa, na qual transmiti informações pertinentes como a data e hora de admissão, descrevi o motivo de admissão, informei acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e a ainda por realizar.

Abordando a “B” - antecedentes/ anamnese, pude transmitir os antecedentes clínicos, abordar o nível de dependência no seu autocuidado previamente ao sucedido, apurar a existência de diretivas antecipadas de vontade, alergias conhecidas ou da sua ausência, hábitos relevantes, terapêutica de ambulatório, técnicas invasivas realizadas, presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e associadas medidas a implementar e ainda a identificação da situação social aliada à habilitação do cuidador para lidar com o sucedido.

No que concerne à “A” – avaliação, foram transmitidos os problemas/diagnósticos ativos, o plano terapêutico instituído, as alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas, foram ainda identificados os focos de atenção do enfermeiro, bem como os diagnósticos formulados e intervenções ativas pertinentes de acordo com o caso clínico.

Por último, em relação às “R” – recomendações, pude assegurar a continuidade de cuidados transmitindo o plano implementado e objetivos terapêuticos a atingir, transmitir informações sobre consultas e exames agendados e ainda em alguns casos, alertar para as necessidades da família/ pessoa significativa, de modo a ser um elemento facilitador deste processo de transição.

Importa referir que a ISBAR é uma valorosa “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017).

Senti que no SU tudo acontece em contrarrelógio, e os profissionais trabalham arduamente de forma a conseguir responder às situações em tempo útil, na medida em que o tempo é determinante para o sucesso dos esforços e aquisição de ganhos em saúde. Esta ideia é corroborada por Brazão et al. (2016), que no seu artigo sobre a Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares refere que “o ambiente no SU pode mover-se desde a ordem até à complexidade e ao caos e em seguida, voltar novamente à ordem dentro de um período muito curto de tempo, mas também pode ficar cronicamente no caos (p.11). As competências de priorização na gestão de cuidados assumem aqui um papel fulcral na qualidade da assistência aos doentes.

Estas experiências possibilitaram-me desenvolver competências de adequação dos recursos e o tempo à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações/ eventos adversos decorrentes da patologia aguda e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e ainda atuar rápida e eficazmente nas situações agudas, monitorizando a segurança e bem-estar do doente.

No decorrer de todo este processo, o doente apresentou-se consciente, pelo que estabeleci uma relação terapêutica eficaz, pude prestar apoio emocional e explicar a sequência dos procedimentos, promovendo alguma segurança, dado que este constituiu um momento de alguma tensão e angústia face ao acontecimento.

Em relação à família, que não pôde estar presente devido às circunstâncias impostas pela pandemia, foi estabelecido um contato via telefone, onde foi possível escutar, informar, identificar barreiras à comunicação e esclarecer dúvidas. Foi ainda possível adquirir informações importantes como a terapêutica realizada no domicílio, estado de dependência e situação previa ao acontecimento. Estas informações foram devidamente documentadas em processo clínico, garantindo a continuidade de cuidados.

Importa ressaltar que no SU, os enfermeiros são frequentemente confrontados com responsabilidades acrescidas no que respeita às necessidades das famílias. Foi um dos meus objetivos olhar a família como foco dos meus cuidados, sendo que consegui intervir proficuamente na gestão das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ ou falência orgânica, sendo esta uma unidade de competência alusiva às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

No SMI a abordagem aquando do transporte do doente crítico é minuciosa, normalmente as saídas são programadas atempadamente (transferências entre serviços, realização de exames ou técnicas no serviço de hemodinâmica) e só se realizam se o doente

reunir todas as condições para tal. Segundo a Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), (2008),

o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente e se o transporte constitui um risco significativo, então a sua realização deve ser reavaliada e adiada (p. 13).

O transporte intra-hospitalar de um doente crítico, pressupõe três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. Para estes autores nas duas primeiras fases cabe ao serviço de origem a responsabilidade técnica e legal, sendo que na primeira é atribuída ao médico assistente, chefe de equipa e diretor de serviço, na segunda é atribuído à equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade de origem. Na terceira e última fase, essa responsabilidade, cabe à equipa que assegura o transporte (OM & SPCI, 2008).

Na primeira fase, Decisão: pressupõe que a equipa de saúde, decida se a transferência do doente lhe poderá trazer mais benefícios ou riscos. Pois o risco de transporte envolve duas componentes: o risco clínico (diretamente dependente de fatores que afetam o doente fisiologicamente e/ou afetam a fiabilidade da monitorização, como por exemplo alterações de temperatura) e o risco de deslocação (OM & SPCI, 2008).

De modo a minimizar os riscos inerentes ao transporte, é necessário executar e antecipar intervenções e prevenir complicações durante o transporte (como a manutenção de monitorizações ou terapêutica) de modo a que o transporte seja sempre seguro para o doente e não acarrete risco ou malefício (OM & SPCI, 2008).

A segunda fase, Planeamento: pressupõe que após a decisão de transportar o doente, mas antes de o efetuar, obrigatoriamente, seja feito um contato inicial personalizado, onde deve ser confirmado com o serviço recetor: de modo a agilizar horários, existência de vagas e dos meios necessários a manter o nível ótimo de cuidados.

A última fase deste processo é a Efetivação: que se for o caso, corresponde à transferência do doente. Esta deve ser a mais breve possível, o processo clínico (registos clínicos e de enfermagem, notas de transferência, exames complementares de diagnóstico e resultados laboratoriais) devem fazer-se acompanhar.

No caso de regresso ao serviço de origem (aquando da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou atos terapêuticos) importa ressaltar que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.

A coordenação do transporte é realizada mediante a decisão da equipa de saúde envolvida, sob avaliação da equipa de transporte avaliando o risco benefício para o doente.

Ao longo do estágio na UTIC não foi possível/ necessário proceder a nenhum transporte de doentes. No entanto, no SMI esta foi uma intervenção comum, na medida em que tive oportunidade de acompanhar e realizar cerca de seis transportes. O mais comum é o transporte para a realização de exames de imagiologia com tomografias axiais computadorizadas e além deste, o transporte para o serviço de hemodinâmica, o que efetivamente vai de encontro aquilo que está descrito na literatura como sendo o tipo de transporte mais frequente em cuidados intensivos.

Ao realizar uma análise acerca da primeira fase de decisão do transporte, é transversal que, excetuando situações emergentes e inesperadas, a equipa que está a acompanhar o doente (médico, enfermeiro e por vezes o chefe de enfermagem) se reúne no início do turno, trocando impressões e informações acerca do seu estado e discute-se a pertinência da realização do exame para a continuidade de cuidados e ajuste terapêutico, sendo que está é, por norma, uma situação ponderada. Quando se decide avançar com o transporte este é, desde cedo convencionado entre a equipa médica e de enfermagem, sendo que se define a hora e meios necessários para a consecução do mesmo, por forma a que tudo seja tratado de acordo com o preconizado.

O plano terapêutico é ajustado de forma a que o doente se encontre estável para uma saída do serviço. Manter ao longo do transporte o nível de cuidados intensivos que se tem dentro do SMI não é uma tarefa fácil e exige do EEMC uma exigente organização e mobilização de conhecimentos para a antecipação de possíveis complicações.

A família é também informada na maioria das vezes e devo realçar que se denota uma preocupação por parte dos EEMC em não descuidar a família e envolvê-la nos cuidados, até porque na maioria das vezes é o EEMC que realiza este contacto. Se houver visita agendada esta é informada acerca da possibilidade de atrasos na realização de exames e é estabelecido um contacto telefónico a informar como decorreu o procedimento e qual o melhor momento para uma nova visita. Importa à equipa que o familiar compreenda a pertinência das intervenções e da importância das mesmas.

Para a realização do transporte é então impreterível um planeamento, o qual responde a uma série de etapas predefinidas de forma a manter a segurança e o nível de cuidados durante o transporte. Afirmo que esta intervenção se realizou sempre de acordo com o elucidado na literatura, onde se convém que o planeamento deverá iniciar-se

atempadamente (quando possível) e assim pude verificar ao longo desta aprendizagem (OM & SPCI, 2008).

A segunda fase de planeamento pressupõe que após a decisão de transportar o doente, mas antes de o efetuar, obrigatoriamente seja feito um contato inicial personalizado, onde este deve ser confirmado com o serviço recetor e deve ser criada uma situação de alerta para garantir atendimento prioritário, eliminando qualquer tempo de espera. É também confirmado a hora e disponibilidade do serviço para receber o doente e são transmitidas informações acerca do estado do doente que permitam aos colegas ter a sala preparada e adequada ao doente em questão.

Estas ações foram por mim desempenhadas com a orientação e supervisão da enfermeira tutora, no transporte do doente com síndrome pós-PCR e também no doente neurocrítico com hemorragia cerebral, que foram os dois tipos de patologia com que mais pude trabalhar ao longo do ensino clínico.

No caso dos transportes que pude realizar, houve sempre o importante cuidado em desobstruir os corredores até à imagiologia, preparar os elevadores e ter a chave na nossa posse, esta intervenção diminui os tempos de espera e evita a exposição do doente ao ambiente hospitalar o que é deveras importante para a sua privacidade, controlo de infeção e prevenção de complicações associadas ao movimento e alterações de ambiente.

Após reflexão sobre os transportes realizados, considero que seria uma mais-valia a implementação de uma *check-list* na fase de planeamento, pois homogeneizaria a intervenção da equipa de saúde. Apesar dos colegas em cuidados intensivos estarem muito habituados a realizar estes transportes, tal não quer dizer que não possam existir lapsos, pelo que a utilização das *check-lists* seria uma forma de reduzir os erros e aumentar os padrões de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Corroborando esta análise, também Martins e Martins (2010) realçam a importância da *check-list* para a interiorização das *guidelines* de uma forma clara e consistente, conduzindo a que esta seja uma ferramenta útil na diminuição dos erros.

Segundo Elli et al. (2013) a *check-list* deve ser um instrumento claro, de fácil manuseio e de fácil análise, de modo a possibilitar a conceção de uma base de dados sobre os incidentes mais comuns advindos do transporte, a analisar e notificar as possíveis consequências do mesmo, permitindo a identificação e resolução de problemas de acordo com cada contexto.

Atualmente a instituição não preconizou nenhuma *check-list* quer para o transporte intra ou inter-hospitalar na região, mas é do meu conhecimento que tal já foi proposto por

uma colega do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e que se encontra em fase de análise. Assim se evidencia a importância do EEMC na busca contínua pelo aumento do nível de cuidados ao doente crítico e no desenvolvimento de competências necessárias ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados.

Quanto aos equipamentos que acompanharam os doentes, quer o doente com síndrome pós-PCR quer o doente neurocrítico fizeram-se acompanhar de todos os materiais supracitados e a terapêutica era transportada por nós, através da mala de transporte intra-hospitalar. Importa realçar que no caso do doente neurocrítico, este sofre grandes alterações do seu estado hemodinâmico até com um simples posicionar de cabeça, pelo que é muito importante a presença de mais do que um enfermeiro ao longo do trajeto. Tive a oportunidade de discutir com a enfermeira tutora o planeamento do transporte e reajustar aspetos que poderiam ser melhorados numa próxima oportunidade. Reitero que o transporte apenas se realizou quando estavam reunidas todas as condições de segurança para o doente ser transportado.

Parece-me pertinente aprofundar a importância do cuidar da família neste ponto, uma vez que a família constituiu um foco da minha atenção ao longo de toda a minha prática e que procurei sempre dirigir intervenções que promovessem o bem-estar e integração nos cuidados de saúde prestados.

Os enfermeiros cuidam e sempre cuidaram de indivíduos, famílias e comunidades que sofrem mudanças na vida, habilidades nas relações e no estado de saúde individual que desencadeia novas funções/ papéis, perdas de redes e sistemas de suporte. Esses períodos de desequilíbrio são marcados pontos de viragem e determinam um processo de transição que pode ser curto ou longo. Inicia-se assim um processo que teve origem num evento da vida. É a este evento ou mudança que Meleis denomina de transição e que está na base da teoria que tem vindo a desenvolver ao longo da sua carreira, a Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis, 2010). De acordo com esta teoria, a qual considero e acho que se adequa a este tipo de doentes, a família além de se tornar também alvo dos cuidados de enfermagem, poderá tornar-se como um elemento facilitador da transição do doente.

Destaco a pertinência do trabalho que realizei sobre as teorias de enfermagem durante a componente teórica deste curso, que me permitiu cimentar o conhecimento acerca da evolução do cuidar em enfermagem e agora, contextualizar e aplicar a teoria das transições de médio alcance no cuidado prestado à pessoa em situação crítica, essencial no domínio central, unificador e dominante, que distingue a enfermagem de outras disciplinas.

Focando a família do doente com síndrome pós-PCR, torna-se importante realizar a preparação da família para o ambiente de cuidados intensivos, o feedback foi bastante positivo. De todas as famílias com quem tive oportunidade de trabalhar foi notório a satisfação e agrado por lhes ter sido explicado o que vão encontrar, a forma como vão encontrar o seu familiar e o que vão ver. Todos afirmam sentir-se em choque com o cenário numa fase inicial e é necessário desmistificar o ambiente antes do primeiro contacto, para que a família não seja absorvida por inúmeros fatores externos e se sinta perdida, desamparada, com medo ou angústia.

Procurei conversar com os familiares mais próximos num local calmo e tranquilo, sempre que possível solicitei também a presença do médico assistente, o que é uma prática comum na unidade de cuidados intensivos onde estagiei e isso é um ponto muito positivo. Coloquei-me à disposição para esclarecer dúvidas e tentei ser um recurso válido e disponível para as suas necessidades.

Ao longo da minha prática procurei implementar estas intervenções junto das famílias, refleti sobre elas com a enfermeira tutora e adequei-as às necessidades de cada uma delas. Descrevi estas intervenções e justifiquei-as em plano de cuidados, atualizando-o diariamente de acordo com a evolução da situação.

O trabalho realizado com as famílias permitiu-me atingir as competências de gestão da comunicação interpessoal que fundamentam a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, o que é corroborado pelo Regulamento 429/2018 (p. 19363).

As experiências vivenciadas permitiram-me compreender a eficácia da utilização de *guidelines* no transporte de doentes críticos, identificar estratégias preventivas específicas que reduzem os incidentes relacionados com o transporte, compreender a importância do cuidar da família e da aplicação do trabalho em equipa nos diferentes ambientes e tornaram-se indispensáveis para a consolidação de competências neste âmbito.

Considero que foi valorosa a oportunidade de aplicar conhecimentos e desenvolver competências na abordagem ao doente vítima de PCR no SU. Foi ainda possível presenciar uma PCR e proceder às manobras de reanimação, bem como a aplicação dos conhecimentos sobre suporte avançado de vida, o que me envolveu em todo o processo e se tornou importante de modo a compreender percurso do doente até chegar aos cuidados intensivos. A gestão de prioridades no âmbito do SU foi também essencial, principalmente nestes momentos de tensão.

A reanimação foi realizada segundo o protocolo preconizado pela instituição, que se baseia nas European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2021 (Nolan et al., 2021). A organização e definição de tarefas nestas situações está enraizada na atuação dos colegas e isso é muito importante para o sucesso das intervenções, o que vem comprovar a importância da experiência clínica associada ao conhecimento científico.

A ocorrência de PCR no SMI é menos frequente e raramente é inesperada, o facto de o doente se encontrar sob vigilância permanente, sob monitorização, possuir acessos venosos de grande calibre (entre outros) facilita o sucesso das manobras.

Moreira (2015) explica que a maioria das PCR intra-hospitalares não é nem súbita, nem imprevisível. Em cerca de 80% dos casos a PCR não ocorre como acidente súbito. Estes doentes têm geralmente deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipóxia e hipotensão que não foram detetadas pelos profissionais ou foram mal reconhecidas e insuficientemente tratadas.

Neste caso, considero ter desenvolvido conhecimentos e aperfeiçoado técnicas através desta prática clínica: pude executar suporte básico de vida, colaborar na administração de terapêutica (adrenalina, atropina, bicarbonato de sódio, gluconato de cálcio) e interpretar gasometrias arteriais aquando da PCR. Aponto como um aspeto positivo o facto de já possuir alguns conhecimentos nesta área e integrar a equipa de emergência interna do Hospital dos Marmeleiros.

Nesta linha de pensamento, aludo aos conhecimentos desenvolvidos na identificação de arritmias e aperfeiçoamento da leitura de tiras de ritmo, que se revelaram imprescindíveis para a identificação de problemas de origem cardíaca e o estágio realizado a UTIC foi muito pertinente, na medida em que pude encontrar os profissionais dotados de extrema competência e experiência, com todas as condições para me proporcionarem experiências valorosas e frequentes.

Nesta unidade os doentes encontram-se frequentemente com alterações de traçado cardíaco, desencadeados por variadas patologias, sendo que estas podem ser situações crónicas agudizadas ou apenas agudas decorrentes de doença cardíaca recente. Pude compreender e interpretar muito bem o traçado cardíaco. Para tal, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca da trajetória elétrica do coração. Aprendi a identificar os bloqueios de ramo mais comuns, a detetar um EAM e quais as emergências aquando da observação do traçado cardíaco.

Reitero que a passagem pela UTIC foi essencial na consolidação e aperfeiçoamento destes conhecimentos. Mais importante, pude aplicar os meus conhecimentos. Ao longo dos

estágios na UTIC e no SMI constatei e aprendi que é sempre primordial assegurar a perfusão adequada dos órgãos vitais, bem como é também imprescindível manter a monitorização cardíaca, vigiar os sinais e sintomas de falência cardíaca/baixo débito, avaliando o pulso, tensão arterial e os sinais de perfusão periférica – temperatura, cor e preenchimento capilar. Por exemplo, por si só a dor torácica e elevação do complexo ST são indicadores pobres de obstrução coronária aguda, pelo que a intervenção coronária percutânea deve ser considerada em todas os casos pós-PCR com suspeita de doença coronária.

Num doente com síndrome pós-PCR é impreterível atentar às manifestações de falência cardíaca direita (por exemplo ingurgitamento jugular, edemas) e a sinais e sintomas de falência cardíaca esquerda (por exemplo edema pulmonar). A otimização de terapêutica nos doentes com falência cardíaca exige monitorização invasiva de modo a controlar a administração de fluidos, diuréticos, vasodilatadores, vasopressores e pude gerir e aplicar estes protocolos complexos de forma eficaz e com benefício para o doente.

A atuação dos EEMC regem-se pelas normas definidas a nível europeu e estes estágios foram exatamente o assimilar de conhecimentos teóricos articulando-os com a prática. Estes conhecimentos tornam-se valiosos na medida em que os posso aplicar na minha prática de cuidados diária enquanto enfermeira na unidade de cuidados especiais e permite-me saber interpretar os primeiros sintomas de falência cardíaca, identificar e prever situações que se podem vir a tornar críticas para o doente e família.

Relativamente ao plano de cuidados de enfermagem no SU, estes muitas vezes não são realizados. Entenda-se que,

(...) O serviço de urgência é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é irrestrito e as exigências são crescentes, assim como a necessidade de gestão de recursos para evitar o colapso das instituições (Brazão et al., 2016, p.8)

Os colegas alegam estar a trabalhar muito além das suas capacidades e serem forçados a uma priorização de atividades. Constitui uma lacuna dos cuidados de enfermagem no meu entender, porque as intervenções de enfermagem não ficam documentadas devidamente e por vezes isso incorre em dificuldades na continuidade de cuidados. No entanto, durante o período que lá desenvolvi a minha prática procurei criar planos de cuidados adequados às situações dos doentes, prescrever intervenções e assim influenciar alguns colegas a incorrer na mesma prática.

Na UTIC criei momentos de discussão com a enfermeira tutora acerca de alguns diagnósticos de enfermagem adequados ao caso dos doentes que tive oportunidade cuidar

com síndrome pós-PCR, troquei ideias e juntas identificamos importantes problemas e focos de atenção. Sugeri que se unissem esforços no intuito de explorar os diagnósticos de enfermagem e focos de atenção do enfermeiro naquele contexto específico, bem como da pertinência de envolver a família nos cuidados e da importância de cuidar também da família.

Os momentos de discussão foram muito enriquecedores e tive oportunidade de introduzir a alguns colegas o novo browser online da CIPE® (2019).

O SMI foi o campo de estágio onde permaneci mais tempo (150 horas de contacto) e também por isso tive mais oportunidades de trabalhar o processo de enfermagem. No intuito de acrescentar valor à intervenção de enfermagem aquando destas situações propus-me a realizar um guia de intervenção do enfermeiro, baseado nos focos de enfermagem que considerei imprescindíveis ao cuidado do doente pós-PCR.

Estes diagnósticos emergiram após a prática clínica com este tipo de doentes e após detalhada análise das *guidelines* mais recentes acerca dos cuidados ótimos a prestar a um doente com este tipo de afeção. Elucido que este instrumento se trata de uma proposta de diagnósticos de enfermagem, mas que como todo o processo de enfermagem, é passível de adaptação caso a caso. Ressalvo ainda que existem outros focos de atenção de extrema importância, tais como a dor; segurança; mobilidade; status nutricional, a prevenção e controlo de infeção, entre outros. No entanto esta priorização de diagnósticos cingiu-se à análise das mais recentes *guidelines* (Nolan et al., 2021) e a uma abordagem ABCDE(F), pois inclui a família neste contexto.

Reitero que os restantes focos são comumente explorados e as intervenções encontram-se implementadas como protocolos do SMI.

O Processo de Enfermagem concilia as habilidades do pensamento crítico para adequar os cuidados de enfermagem ao doente em questão, a partir de um método ativo de resolução de problemas dinâmico (Doenges et al., 2010). Analogamente ao planeamento de intervenções, sabemos que estas podem ser autónomas e interdependentes e ambas são essenciais à estabilidade do doente com síndrome pós-PCR. Os enfermeiros têm responsabilidade aumentada na medida em que implementam as suas intervenções e participam ativamente na implementação de intervenções de outros grupos profissionais. Os estágios nestas unidades de cuidados intensivos permitiram-me a identificação de focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções num nível de cuidados diferenciado e singular.

Os diagnósticos apresentados são baseados no browser da CIPE® online (2019), por esta representar a versão mais atual desta classificação.

O exercício de raciocínio baseou-se por relacionar a fisiopatologia com a definição dos termos CIPE® (2019) e adequá-los ao caso clínico.

Começo pelo Processo do Sistema Respiratório¹⁰⁰¹⁶⁹⁹¹, pois a abordagem preconizada nas *guidelines* mais recentes (Nolan et al, 2021) é através da mnemónica ABCDE, desde modo surge primeiramente: A – Via aérea e B – Respiração.

Começo pelo Processo do Sistema Respiratório Comprometido. Segundo a CIPE® (2019), o processo do sistema respiratório é também “regulado pelos centros cerebrais da respiração”, então sabendo que a função cerebral pode estar comprometida, importa assegurar a função respiratória e conseguimos perceber que este se torna um termo abrangente (que a CIPE classifica como termo “pai”) e que permite explorar vários outros “termos filhos” que estão estreitamente relacionados com o 1º, como: Limpeza da via aérea¹⁰⁰⁰²⁰⁹⁰; Trocas gasosas¹⁰⁰⁰⁸³⁰⁹ e Ventilação¹⁰⁰²⁰⁷⁰⁴.

Tabela 1- Processo do Sistema Respiratório Comprometido

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado Esperado
<p>Processo do Sistema Respiratório¹⁰⁰¹⁶⁹⁹¹ Comprometido¹⁰⁰¹²⁹³⁸</p> <p>Evidenciado por: Hipoxémia; Presença de mucosidades na cavidade oral e tubo endotraqueal devido à presença de dispositivo e incapacidade de defender-se (deglutir saliva ou tossir);</p>	<p>Manter ventilação com ventilador mecânico¹⁰⁰⁴⁶²⁵⁸ Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ ventilação¹⁰⁰²⁰⁷⁰⁴ (curva de capnografia); Vigiar¹⁰⁰¹⁹²⁸³ status respiratório¹⁰⁰¹⁶⁹⁶² (prevenir a hipoxia, hiper/hipocapnia) Aspirar mecanicamente¹⁰⁰¹¹⁸²¹ substância secretada¹⁰⁰¹⁷⁶³⁵ pelo tubo endotraqueal¹⁰⁰⁰⁶⁸⁶⁸; Auscultar¹⁰⁰⁰³⁰¹² o tórax¹⁰⁰¹⁹⁶⁹²; Determinar¹⁰⁰⁰⁵⁸²⁴ a posição¹⁰⁰¹⁴⁷⁸⁸ do tubo endotraqueal¹⁰⁰⁰⁶⁸⁶⁸; Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ pressão¹⁰⁰¹⁵⁶⁰⁸ do tubo endotraqueal¹⁰⁰⁰⁶⁸⁶⁸ (cuff); Assegurar¹⁰⁰⁰⁶⁹⁵⁰ pressão¹⁰⁰¹⁵⁶⁰⁸ tubo endotraqueal¹⁰⁰⁰⁶⁸⁶⁸ (cuff) (entre 20 e 30cmH₂O); Monitorizar saturação do oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso¹⁰⁰³²⁰⁴⁷</p>	<p>Processo do Sistema Respiratório¹⁰⁰¹⁶⁹⁹¹ Efetivo¹⁰⁰¹⁴⁹⁵⁶</p> <p>Evidenciado por: Valores de paO₂ entre 80 e 100mmHg; Sem secreções / capacidade de tossir e/ou deglutir/expelir secreções.</p>
<p>Estas intervenções visam ventilar para atingir a normocapnia (35-45mmHg), monitorizar curva de capnografia, manter SpO₂: 94-98% e assegurar a via aérea avançada (Nolan et al., 2021).</p>		

Seguidamente segue-se o C – abordagem Circulatória, o que levou a pensar no Processo do sistema circulatório, que é um termo que da CIPE® (2019) entendido como um termo “Pai”, de outros que considero de extrema importância para a pessoa com síndrome pós-PCR, nomeadamente: o Choque¹⁰⁰¹⁸⁰⁵⁰; Função do sistema circulatório comprometida¹⁰⁰⁴⁷¹³⁶; Hipertensão¹⁰⁰⁰⁹³⁹⁴; Hipotensão¹⁰⁰⁰⁹⁵³⁴; Processo cardíaco comprometido¹⁰⁰¹²⁵⁹⁷; Processo vascular comprometido¹⁰⁰¹²⁹⁹³.

Tabela 2 – Processo do Sistema Circulatório Comprometido

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado Esperado
<p>Processo do sistema circulatório¹⁰⁰⁰⁴⁴¹⁶ Comprometido¹⁰⁰¹²⁹³⁸</p> <p>Evidenciado por: Palidez cutânea acompanhada de pele fria e de tempo de preenchimento capilar lento > 4 segundos (choque); Alteração de estado de consciência; Sob suporte vasopressor para atingir valores-alvo de PAM~65mmHg;</p>	<p>Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ pressão sanguínea¹⁰⁰⁰³³³⁵; Otimizar¹⁰⁰¹³⁷¹² pressão sanguínea¹⁰⁰⁰³³³⁵ através de dispositivo invasivo¹⁰⁰³⁴²⁴⁴ (LA); Gerir regime medicamentoso¹⁰⁰²³⁸⁸⁸ segundo protocolo¹⁰⁰¹⁵⁹²⁶ da unidade de cuidados intensivos¹⁰⁰¹⁰⁴⁴⁴ (Vasopressor, Analgésico e Sedativo); Avaliar perfusão dos tecidos periféricos¹⁰⁰⁴²⁸⁵⁶; Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ ritmo cardíaco¹⁰⁰⁰³⁹⁰⁴ através de monitor cardíaco¹⁰⁰⁰³⁸⁷³; Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ frequência cardíaca¹⁰⁰⁰⁸⁸³³; Adequar¹⁰⁰¹⁶⁶¹³ dispositivos de monitorização¹⁰⁰¹²¹⁷⁷; Assegurar¹⁰⁰⁰⁶⁹⁵⁰ dispositivo de acesso vascular¹⁰⁰³⁴⁴⁸⁴ (cateter);</p>	<p>Processo do sistema circulatório¹⁰⁰⁰⁴⁴¹⁶ Efetivo¹⁰⁰¹⁴⁹⁵⁶</p> <p>Evidenciado por: Perfusão periférica adequada (pele normotérmica, seca e corada, preenchimento capilar inferior a 3 segundos); GCS 15; PAM ≥ 65 mmHg sem suporte vasopressor;</p>
<p>Estas intervenções visam a monitorização invasiva da pressão arterial de modo à obtenção de uma PAS>100mmHg e PAM~65mmHg (alertar equipa médica a considerar ionotrópicos/ vasopressores se necessário) e se necessário administrar fluídos de modo a restaurar a normovolemia; a vigilância contínua do traçado cardíaco para deteção de disritmias; garantir permeabilidade de acesso vascular intravenoso (Nolan et al., 2021).</p>		

Também o Processo do Sistema Regulador poderá encontrar-se comprometido, e enquadra-se neste ponto C - circulatório, pois considero ser o diagnóstico mais sensível à situação clínica destes doentes, na medida em que pode ocorrer acumulação de produtos tóxicos resultantes do catabolismo e das alterações da volémia, o que pode incorrer em: Desequilíbrio eletrolítico¹⁰⁰³¹¹⁸⁶, Desequilíbrio ácido-base¹⁰⁰²⁹⁵⁴⁸ e Volume de líquidos comprometido¹⁰⁰⁴²⁰⁰⁸ (termos “filhos”).

Tabela 3- Processo do Sistema Regulador Comprometido

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado Esperado
<p>Processo do Sistema Regulador¹⁰⁰¹⁶⁶²¹ Comprometido¹⁰⁰¹²⁹³⁸</p> <p>Evidenciado por: Acidose metabólica (valor de pH na gasometria arterial inferior a 7.35; pCO2 inferior a 35 mmHg, HCO3- superior a 26 mmol/L e valores de lactatos na gasometria arterial superiores a 2 mmol/L; Débito urinário <0.5ml/kg/h;</p>	<p>Monitorizar balanço hídrico¹⁰⁰⁴⁰⁸⁵²; Avaliar urina¹⁰⁰⁵⁰¹⁶⁴; Prevenir¹⁰⁰¹⁵⁶²⁰ a hipernatremia¹⁰⁰³¹⁴⁴¹ / hiponatremia¹⁰⁰³¹⁵⁰⁰; Vigiar¹⁰⁰¹⁹²⁸³ status cardiovascular¹⁰⁰³³⁹⁴⁶ (otimizar o volume de líquidos); Colher amostra de sangue arterial¹⁰⁰⁴⁶⁰⁵² através de dispositivo invasivo¹⁰⁰³⁴²⁴⁴ (LA); Interpretar resultado dos gases no sangue arterial¹⁰⁰¹⁰⁵⁰³; Administrar medicação após interpretar resultado da gasometria arterial¹⁰⁰⁰¹⁷⁹⁴ segundo protocolo¹⁰⁰¹⁵⁹²⁶ da unidade de cuidados intensivos¹⁰⁰¹⁰⁴⁴⁴.</p>	<p>Processo do Sistema Regulador¹⁰⁰¹⁶⁶²¹ Efetivo¹⁰⁰¹⁴⁹⁵⁶</p> <p>Evidenciado por: Equilíbrio ácido-base: valor de pH na gasometria arterial entre 7.35 e 7.45, pCO2 entre 35 e 45 mmHg, HCO3- entre 22 e 26 mmol/L e valores de lactatos na gasometria entre 0 e 2mmol/L.</p>

Valores séricos de ureia e creatinina aumentados;	Débito urinário horário > 0,5ml/kg/h; Valores de ureia e creatinina normais ou em perfil decrescente.
Estas intervenções visam manter os débitos urinários > 0,5ml/kg/h; correção de lactatos e desequilíbrios eletrolíticos (Nolan et al., 2021).	

No que concerne ao D – disfunção neurológica e E – exposição, A síndrome pós-PCR, compreende, entre outros, a lesão cerebral pós-PCR (Nolan et al., 2010). Daqui emerge a necessidade do enfermeiro se preocupar com o status neurológico destes doentes, na medida em que se trabalha na prevenção de uma das piores complicações após o evento, que é o agravamento da lesão cerebral.

Tabela 4- Status Neurológico Comprometido

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado Esperado
Status neurológico¹⁰⁰¹³¹⁴¹ Comprometido¹⁰⁰¹²⁹³⁸ Evidenciado por: ECG < 13 PAM: < 70mmHg PAS:< 90mmH; Temperatura cerebral: >37°C; GC: <110 e/ou > 180mg/dl; PaO2 < 70 mmHg; PaCO2 <35 e >45 mmHg e SpO2 < 92-94%. Pupilas mióticas, midriáticas, anisocóricas, resposta lenta, fixa Sinais comportamentais de dor. Fatores relacionados Hipoperfusão cerebral decorrente do choque.	Avaliar¹⁰⁰⁰²⁶⁷³ status neurológico¹⁰⁰¹³¹⁴¹ (inclui a avaliação: nível de consciência; reflexos pupilares; função motora); Avaliar¹⁰⁰¹³⁷¹² consciência¹⁰⁰⁰⁴⁹⁷⁵ com instrumento de avaliação¹⁰⁰⁰²⁸³², Avaliar¹⁰⁰¹³⁷¹² reflexo pupilar¹⁰⁰¹⁶¹⁷⁵, Avaliar movimento corporal¹⁰⁰⁵⁰²²³ (função motora); Otimizar¹⁰⁰¹³⁷¹² pressão sanguínea¹⁰⁰⁰³³³⁵, Otimizar¹⁰⁰¹³⁷¹² a perfusão dos tecidos¹⁰⁰¹⁹⁷⁴⁵ no cérebro¹⁰⁰⁰³⁶²¹, Avaliar¹⁰⁰¹³⁷¹² sedação¹⁰⁰⁴⁰¹⁵⁶ com instrumento de avaliação¹⁰⁰⁰²⁸³² (repercussão hemodinâmica); Prevenir¹⁰⁰¹⁵⁶²⁰ a agitação¹⁰⁰⁰²⁰³⁵ (otimizar sedação); Prevenir¹⁰⁰¹⁵⁶²⁰ a dor¹⁰⁰¹³⁹⁵⁰, Adequar¹⁰⁰¹⁶⁶¹³ a temperatura¹⁰⁰¹⁹⁵⁵⁶ (protocolo de hipotermia nas primeiras 24h até 72h); Monitorizar temperatura corporal¹⁰⁰¹²¹⁶⁵ (central); Monitorizar¹⁰⁰¹²¹⁵⁴ glicemia¹⁰⁰³⁰⁸³² (segundo protocolo); Posicionar cliente¹⁰⁰¹⁴⁷⁶¹ (alinhamento cervical e cabeça a 30°); Vigiar¹⁰⁰¹⁹²⁸³ convulsão¹⁰⁰⁴⁶⁵⁰⁵,	Status neurológico ¹⁰⁰¹³¹⁴¹ Efetivo ¹⁰⁰¹⁴⁹⁵⁶ Evidenciado por: ECG > 13; PAM > 70mmHg; PAS > 90mmHg; Temperatura cerebral: 32°-36°C e < 38°C; GC: 110 - 180mg/dl; PaO2 > 70 mmHg, PaCO2 entre 35 e 45 mmHg e SpO2 > 92-94%. Tamanho pupilar: 2 – 5 mm, reativas à luz; Sem sinais comportamentais de dor.
Estas intervenções visam monitorizar temperatura central de forma a eleger temperatura alvo (idealmente 32-36°C, prevenir > 37,8°C até 72h); tratar <i>shivering</i> e ponderar outros exames se necessário, como electroencefalograma (Nolan et al., 2021).		

Abordando agora o F – Família, pareceu-me pertinente e adequado incluir a família nesta mnemónica ABCDE(F), porque a família é também foco de atenção do EEMC. Ao

longo da prática clínica prescrevi intervenções para a família e dentro do possível, perante as limitações impostas procurei ser um recurso válido e disponível.

O diagnóstico que considerei mais adequado a este caso foi o de Crise familiar¹⁰⁰⁰⁷⁵⁷⁷ Atual¹⁰⁰⁰⁰⁴²⁰, definido pela CIPE®, (2019) como “Crise: desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família.

Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”. Esta descrição parece-me adequada aquilo que se passa no seio das famílias que vêm o seu familiar, numa situação pós-PCR (situação de ameaça à vida) e está internado numa unidade de cuidados intensivos.

No meu entender, a alteração de papéis no seio familiar, um evento súbito, o prognóstico reservado e o internamento na unidade de cuidados intensivos são evidências deste diagnóstico.

Tabela 5 - Crise Familiar Atual

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado Esperado
Crise familiar ¹⁰⁰⁰⁷⁵⁷⁷ Atual ¹⁰⁰⁰⁰⁴²⁰	Apoiar família ¹⁰⁰³²⁸⁴⁴ ; Avaliar atitude face à doença ¹⁰⁰²⁴¹⁹² ; Explicar ¹⁰⁰⁰⁷³⁷⁰ estado ¹⁰⁰¹⁸⁷⁸⁶ de saúde ¹⁰⁰⁰⁸⁷¹¹ do cliente ¹⁰⁰¹⁴¹³² ; Promover aceitação de estado de saúde ¹⁰⁰³⁷⁷⁸³ ; Apoiar processo de coping familiar ¹⁰⁰³²⁸⁵⁹ ; Confortar ¹⁰⁰⁰⁴⁶⁶⁴ família ¹⁰⁰⁰⁷⁵⁵⁴ ; Estar presente ¹⁰⁰¹⁵⁵⁷⁵ ; Tranquilizar ¹⁰⁰¹⁶⁴⁸⁰ família ¹⁰⁰⁰⁷⁵⁵⁴ ; Escutar ¹⁰⁰¹¹³⁸³ família ¹⁰⁰⁰⁷⁵⁵⁴ ; Providenciar apoio emocional ¹⁰⁰²⁷⁰⁵¹ ; Facilitar capacidade para falar sobre processo de morrer ¹⁰⁰²⁶²⁶⁵ .	Nenhum(a) ¹⁰⁰¹³²⁵³ Crise familiar ¹⁰⁰⁰⁷⁵⁷⁷
Evidenciado por: Transição saúde-doença; Dificuldade de adaptação a situação de mudança; Comunicação ineficaz entre os membros; Alteração de papéis no seio familiar.		Evidenciado por: Aceitação do estado de saúde; Comunicação eficaz entre os membros; Redefinição de papéis adequada à situação atual.

Em alguns momentos procurei acompanhar os familiares durante o período de visita. Deste acompanhamento surgiu a identificação das suas necessidades e isso contribuiu para a minha aprendizagem. Apoiei as famílias, em procedimentos que poderiam ser longos como por exemplo a espera pelo resultado de exames laboratoriais ou imagiológicos, aconselhei-os a descansarem um período. Advoguei a necessidade de informar os restantes familiares, para que não se gerassem especulações e ainda mais angústia em torno da situação.

Sempre que surgiu um agravamento do estado clínico foi solicitada nova reunião familiar e tive a oportunidade de aplicar o protocolo de Buckman na transmissão das más notícias. Foi muito interessante aplicar este protocolo em contextos díspares da minha prática atual.

A humanização de cuidados é um tema importante em qualquer contexto, optei por abordá-lo neste ponto porque quando abordamos o termo cuidado intensivo, rapidamente o associamos a um meio altamente tecnológico. No meu entender, o desafio consiste em não se focar apenas na tecnologia, mas sim utilizá-la de forma a que esta seja adjuvante dos cuidados de enfermagem. Importa salientar aqui que o tratamento e monitorização intensivos aliados às competências humanas dos profissionais, permitem a diferenciação dos cuidados prestados. Neste sentido não descurei as necessidades humanas básicas, as medidas de controlo da dor e promoção do conforto, o toque, a orientação dos doentes, o respeito pela vontade e o cuidar da própria família conforme referido anteriormente.

Após a exploração dos diagnósticos e focos de atenção do enfermeiro perante a pessoa pós-PCR debruço-me sobre um tema indissociável dos cuidados de enfermagem especializados: a prevenção e o controlo de infeção. Estas integram as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, na medida em que este “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento 428/2018, p.19359).

Está trata-se de uma temática atual e preocupante, pois é do conhecimento geral que as infeções hospitalares são sérias ameaças à segurança dos doentes hospitalizados, constituindo-se nas mais frequentes e insidiosas complicações. Além disso, contribuem para elevar as taxas de morbilidade e mortalidade, aumentam os custos de hospitalização, mediante o prolongamento da permanência e gastos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Daltoé, 2008).

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro e ainda mais o enfermeiro especialista, deve responder eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

A OE (2011), aborda no Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – que este “coordena a implementação e

manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção” (p. 8651). Ainda pode ler-se no Regulamento n.º 429/2018, da OE (2018), enunciado das competências específicas do enfermeiro especialista, que o enfermeiro especialista deverá “demonstrar conhecimentos que permitam a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com patologias (...) infecciosas” (...) (p. 19369), pelo que esta problemática se revela de extrema importância e um importante foco da minha atenção em qualquer circunstância.

Esta questão é de dimensão tal que, no PNSD 2021-2026, se definiu como objetivo estratégico “reduzir as infeções associadas às IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM).”

Para a prevenção e controlo da disseminação da infeção, surgiram as PBCI, que segundo a norma 029/2012 da DGS, destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos.

O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (p.10) As PBCI devem ser implementadas por todos os profissionais, mas não garantem a prevenção eficiente à transmissão de todos os agentes infecciosos, sendo que em situações particulares, devem ser aplicadas medidas adicionais, as denominadas precauções baseadas nas vias de transmissão (contato, gotículas e aérea).

Se até 2050 a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos não forem controladas, mais de 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos (DGS, 2017).

A prevenção é onde no meu entender, se deve apostar cada vez mais, na medida em que evitar o dano é sempre a situação mais vantajosa para o doente e família. Assim, considero ter desenvolvido uma prática baseada nestas premissas e ter implementado todas as normas preconizadas para prevenir e controlar a infeção em ambiente hospitalar. Mais especificamente no doente com síndrome pós-PCR, os focos de infeção mais frequentes são os dispositivos invasivos (cateter venoso central, cateter arterial e cateter vesical) e para estes existem já definidos institucionalmente os denominados “feixes de intervenção” associados aos dispositivos supracitados e que são efetivamente cumpridos.

Além disto, importa lembrar que durante as manobras de reanimação, por vezes não é possível cumprir a assepsia tanto quanto desejado, e algum lapso realizado durante esse período terá as suas repercussões à posteriori quando começarem a surgir os sinais e sintomas de infeção, pelo que é muito importante quando recebemos o doente procedemos à implementação de medidas de prevenção de infeção cruzada, nomeadamente, uma descontaminação da pele com os toalhetes de clorhexidina 2% (também protocolizado pela instituição) e na maioria das vezes, refazer os pensos que estão conspurcados com sangue ou outros fluídos corporais. Esta é uma medida de prevenção da proliferação de microorganismos passíveis de provocar infeção e é uma prática que tive ao longo dos ensinamentos clínicos.

A prática clínica possibilitou-me reconsiderar aspetos práticos, que fazem efetivamente toda a diferença. Por exemplo, constatei que alguns sistemas de perfusão não possuíam data de colocação e na minha prática diária comecei a verificá-los diariamente. Mais concretamente quando iniciava o turno e após falar e observar os doentes, procedia às monitorizações necessárias, observava atentamente as perfusões e aqueles que já tivessem mais de 24 horas, trocava-os; procedi sempre à desinfeção do local de punção com antisséptico; utilizei sempre técnica asséptica na realização de pensos e tratamento de feridas; procedi sempre à desinfeção e manuseamento assético das torneiras aquando administração de terapêutica; troquei os sistemas contaminados por sangue; lavei as câmaras expansoras com água e sabão e acondicionei-as em saco próprio, em vez de deixá-las na mesa de cabeceira do doente expostas ao meio.

Desta forma, considero que advoguei a importância de adotar PBCI para tornar os cuidados mais seguros e com isto, considero também ter influenciado os colegas da equipa na implementação destas medidas.

Torna-se importante realçar que perante a situação pandémica que estamos a viver, devido à infeção causada pelo vírus covid-19, as PBCI tornam-se impreteríveis e são da responsabilidade de todos assegurar o seu cumprimento.

É certo que de num ato isolado, as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos, sendo necessária a adoção de medidas adicionais em casos particulares, ou seja, precauções baseadas nas vias de transmissão (contato, aérea e gotículas). No entanto, o sucesso da prevenção da infeção reside num conjunto de ações praticadas criteriosa e consistentemente por todos os profissionais que abordam o doente. Só assim se garante a qualidade e a segurança dos cuidados.

Este foi um período em que todos os utentes e profissionais utilizaram máscara facial, pelo que a adequação das máscaras, a avaliação da sua integridade até serem trocadas e equipamentos de proteção individual foi gerida de acordo com a patologia subjacente e com os procedimentos invasivos a realizar, os aerossóis estão contraindicados e são apenas realizados sob condições específicas e em ambiente controlado (unidades com quartos de isolamento e com pressão negativa), tudo isto de modo a controlar a dispersão de gotículas.

Além da aplicação das medidas para controlar a infeção e ainda mais nesta situação de exceção, esta prática clínica permitiu-me realizar inúmeras pesquisas, analisar meticulosamente o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos e, portanto, cimentar os meus cuidados numa base sólida de conhecimentos nesta área, assegurando uma prática baseada na evidência científica mais recente.

Ao longo dos ensinamentos clínicos pude ainda realizar auditorias internas com a enfermeira tutora, nomeadamente em relação à lavagem das mãos e à correta utilização das luvas (conforme já referido anteriormente foi inclusive realizada uma formação aos assistentes operacionais, de forma a relembrar conceitos) e à desinfeção da unidade do doente. Os resultados das auditorias foram apresentados e discutidos com os colegas.

2.2.2 Situações de catástrofe ou emergência multi-vítima

O Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018) discrimina que o EEMC deve agir em conformidade com a aquisição e desenvolvimento de competências na área de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, na medida em que:

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

A ilha da Madeira é pioneira na formação em resposta médica a catástrofes, sendo que o Serviço de Proteção Civil, em parceria com Serviço Regional de Saúde, promove com frequência cursos de formação intensa na área da emergência médica em cenário de catástrofe, o qual participam e são formadores vários EEMC e outros profissionais nomeadamente assistentes sociais, psicólogos, administrativos, bombeiros, médicos e polícias.

Neste sentido, surge o MRMI – designação da formação internacional, diferenciada na área da emergência e catástrofe, certificada por entidades internacionais como a European Society for Trauma and Emergency Surgery.

O MRMI é um curso baseado num modelo de simulação avançada em que se treina toda a cadeia de comando: cenários, transportes pré-hospitalar e intra-hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multi-vítimas, triagem, corredores de evacuação e estruturas da comunidade que possa auxiliar na resposta a um incidente multi-vítimas, numa situação de catástrofe.

A minha formação e treino neste contexto representam uma mais valia na prática, pois contribuí para uma maior segurança perante estas situações e foi uma experiência importante, no percurso de construção de competências especializadas do enfermeiro nestes cenários. Devido à sua orografia, o arquipélago da Madeira é propício à ocorrência de eventos adversos e catástrofes naturais, pelo que a formação e treino neste âmbito é fundamental para habilitar os profissionais para a ocorrência de circunstâncias sinistras.

Catástrofe Natural¹⁰⁰¹²⁴⁴⁸ é definido segundo a CIPE® (2019) como “Processo Ambiental Comprometido” e este é um fenómeno imprevisível, pelo que estarmos preparados é o melhor comportamento a adotar.

No decorrer dos últimos anos, a região foi alvo de alguns eventos calamitosos, nomeadamente, as inundações provocadas pelo exponencial aumento da precipitação, no dia 20 de fevereiro de 2010; os incêndios de agosto de 2013 e de 2016 (que levaram à evacuação de várias unidades hospitalares, habitações e instituições); a queda de uma árvore durante uma festa popular (que vitimou mortalmente dezenas de pessoas) em agosto de 2017 e ainda a queda de um autocarro em abril de 2019, que fez 29 vítimas mortais.

Durante os incêndios de 2016 encontrava-me a exercer a minha atividade profissional no Serviço de Doenças Infecciosas da RAM e procedi à evacuação do serviço e do hospital, transportando os doentes até o Regimento de Guarnição nº3 e permanecendo cerca de uma semana neste local a prestar cuidados, sendo que o hospital ficou inóspito.

De acordo com o Estatuto da OE, publicado pela Lei n.º 156/2015, o profissional tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p.8079).

No SU pude consultar o plano de catástrofe estabelecido, o documento intitula-se “Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas” foi elaborado por médicos e enfermeiros e, segundo o Despacho 10319/2014, explica detalhadamente como proceder em casos de catástrofes e/ou emergências multi-vítimas na RAM. Este plano de catástrofe/contingência foi elaborado de acordo com as orientações preconizadas pela DGS. Segundo o referido documento, o plano deve ser do conhecimento de todos os profissionais

e deve ser realizada formação e exercícios de simulação periódica. (Ministério da Saúde, 2014).

Também no SU observei o armário de catástrofe, localizado na sala de emergência e pude ainda observar os kits de catástrofe e perceber a sua pertinência neste contexto, conforme enunciado no plano acima referido.

Ainda decurso do estágio II, durante a prática realizada na EMIR, pude consultar o plano regional de catástrofe em vigor, designado de Plano Regional de Emergência de Proteção Civil (PREPC) da RAM (Serviço Regional de Proteção Civil, 2020).

O PREPC é “elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da RAM” (Serviço Regional de Proteção Civil, 2020, p.24).

Auferi ainda que o STAT detém um fluxograma que norteia para os procedimentos a realizar em cenários de catástrofe, de modo a que suceda uma rápida ativação da cadeia de comandos e sejam mobilizados todos os meios de socorro necessários.

Importa ainda referir que durante a realização destes ensinamentos clínicos, o mundo conheceu a pandemia covid-19.

A 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova forma de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus mais comuns estão por toda parte, pois são frequentemente causadores de constipações e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças graves em humanos (Organização Pan-Americana de Saúde & OMS, 2020).

Existem várias estirpes identificadas de coronavírus, entre elas o SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Médio Oriente) e o mais recente, o novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e em fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença covid-19 (Organização Pan-Americana de Saúde & OMS, 2020).

Em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus representa uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta desta organização.

Em março de 2020, a Covid-19 foi determinada pela OMS como uma pandemia. O termo “pandemia” refere-se à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade.

A designação reconhece que, no momento, existem surtos de covid-19 em vários países e regiões do mundo (Organização Pan-Americana de Saúde & OMS, 2020).

O Serviço de Saúde da RAM ativou o plano de contingência e todos os serviços sofreram uma reorganização, de forma a evitar a propagação da doença.

As diligências necessárias foram tomadas, a título de exemplo: a suspensão das visitas, o que constituiu uma grande problemática para os familiares e para os doentes internados; a testagem massiva da população, que sobrecarregou o serviço de saúde e mobilizou muitos enfermeiros para áreas dedicadas; a criação de áreas de internamento específicas e consequente reorganização, criação de novas equipas; a suspensão dos estágios formativos de várias áreas profissionais; implementação de isolamentos profiláticos após contactos com casos positivos de Covid-19, o que limitou a permanência dos profissionais nos locais de trabalho e numa fase posterior, a criação de centros de vacinação.

No meu entender, toda esta situação constitui uma atuação em casos de exceção, na medida em que esta situação representa uma emergência de saúde pública.

Durante este período, que até os dias de hoje se estende, prestei cuidados na unidade de cuidados especiais, serviço onde exerço a minha atividade profissional, fui ainda provisoriamente alocada a um serviço de medicina interna criado no HNM (6º piso), e realizei todos os ensinamentos clínicos nas unidades já referidas (SU, SEMER, SMI e UTIC). Estas experiências permitiram-me desenvolver competências importantes na gestão dos cuidados em situações de exceção, na colaboração e implementação dos planos de contingência e de adaptação a situações de emergência.

Concluo a abordagem a esta temática reiterando que a atuação em casos de emergência, exceção e catástrofe é uma realidade para a qual o EEMC está preparado, sendo que as competências adquiridas ao longo do seu percurso profissional e formativo contemplam a gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, no escopo das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

3. MESTRIA NO CUIDAR DA PESSOA/ FAMÍLIA PÓS-PCR

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovado pelo despacho nº 9128/2012, objetiva assegurar a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação para intervenção na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área clínica de enfermagem médico-cirúrgica; dotar os enfermeiros de competências especializadas que lhes possibilitem prestar cuidados ao doente em estado crítico/emergente.

O enunciado no artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018, clarifica que o grau de Mestre é conferido aos estudantes que possuam:

- ✚ Conhecimentos aprofundados e cimentados numa determinada área do saber;
- ✚ Habilidades para resolver problemas em contextos alargados e multidisciplinares;
- ✚ Aptidões para comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios de uma forma clara e explícita;
- ✚ Competências orientadoras da sua aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado.

Nesta linha de pensamento, neste capítulo pretendo evidenciar as competências de Mestre adquiridas e consolidadas ao longo deste percurso formativo e profissional. No decurso deste relatório expus o meu processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista do EEMC, sendo que muitas destas se assemelham e interligam às competências de mestre. Segue-se assim uma síntese do processo, de forma a não replicar a informação citada anteriormente.

Considero que o percurso de aquisição de competências e saberes é contínuo e dinâmico, pelo que a busca pela excelência do cuidar e a constante atualização do conhecimento estão intimamente relacionadas. Estas constituem uma das minhas premissas profissionais. Esta afirmação é facilmente atestada pela minha vontade de formação diferenciada na área da pessoa em situação crítica e no ingresso deste curso de mestrado. Reconhecer necessidades de formação e investir na atualização de conhecimentos, procurar sair da zona de conforto, ir de encontro a contextos ricos de aquisição de conhecimentos são

ações proativas que colmataram no desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

O conhecimento é essencial à prática. No decorrer dos ensinamentos clínicos considero ter desenvolvido conhecimentos fundamentados nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa pós-PCR, sendo que para tal aponto o Projeto de Autoformação como uma mais-valia, na medida em que este promoveu a minha criatividade, permitiu-me construir o meu percurso e delinear o meu próprio caminho. Do meu ponto de vista, esta é uma estratégia potenciadora do desenvolvimento de competências.

Conforme já descrito, ao longo dos estágios, deparei-me com inúmeras situações novas, que me permitiram aplicar conhecimentos nesta área de especialidade, a título de exemplo, a prestação de cuidados durante uma pandemia, a prestação de cuidados a doentes politraumatizados, neurocríticos, acometidos de patologias agudas emergentes como AVC, PCR súbita, choque, entre outros. Estes constituem quadros não familiares para mim, uma vez que exerço funções numa unidade cuidados intermédios, onde os doentes chegam numa fase pós-estabilização, no entanto, fui capaz de lidar com estas questões complexas, atuar de forma sustentada na evidência mais recente, e comunicar eficazmente com a equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros generalistas e por enfermeiros especialistas.

Durante as práticas clínicas, a covid-19 continuou a propagar-se rapidamente a nível mundial, colocando uma grande pressão e novos desafios às equipas de enfermagem. Este foi um período gerador de muitas emoções nos profissionais, desde o medo de enfrentar o desconhecido, à ansiedade perante situações inesperadas, conduzindo em alguns casos à síndrome do *burnout*. Neste sentido, mobilizei estratégias de *coping* para lidar com o sucedido de forma eficaz. Preocupe-me com os colegas, procurei ser um recurso válido para a resolução de problemas complexos, estando disponível e demonstrando competência nos diferentes contextos por onde passei.

Envolvei-me no cuidar de forma holística, procurei refletir em equipa acerca de situações novas, aperfeiçoando o meu pensamento crítico em enfermagem e fomentando na equipa os momentos de discussão e partilha de conhecimentos baseados na evidência científica.

A prestação de cuidados nas unidades de cuidados intensivos diferenciadas permitiu-me desenvolver competências de responsabilidade e segurança dos cuidados, tornando-me autónoma nas tomadas de decisão, respeitando todas as dimensões da pessoa e reconhecendo o âmbito de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A elaboração do processo de enfermagem fundamentado no âmbito dos cuidados intensivos representou uma oportunidade de excelência para partilhar o meu conhecimento e raciocínio com a minha enfermeira tutora, com os meus colegas e professores de forma exata e concisa. Também a edificação do guia de intervenção do enfermeiro (referido no capítulo anterior) segundo as *guidelines* mais recentes no âmbito dos cuidados à pessoa pós-PCR constitui uma forma de transmissão de conhecimentos científicos à equipa multidisciplinar e duma forma de dar o meu contributo para a continuidade dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos.

A busca pelo conhecimento científico mais recente deve continuar, até porque as condições clínicas não são estáticas e exigem um aprofundamento do saber nas mais variadas áreas. A necessidade de formação no sentido de adquirir conhecimentos, aperfeiçoar a prática, treinar procedimentos, diminuir erros, antecipar complicações, diminuir a mortalidade e obter ganhos em saúde, constitui uma preocupação intrínseca, pelo que pretendo trabalhar no sentido de atingir a excelência dos cuidados, num compromisso assumido pela vida fora.

A complexidade do cuidar engloba várias vertentes, que permitem distinguir o detentor do grau de mestría através da sua intervenção nas áreas de gestão, formação, investigação, elaboração e implementação de normas ou procedimentos que, fundamentados na evidência, permitem melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Em jeito de conclusão, considero ter sido capaz de demonstrar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências elucidativas do grau de mestría em Enfermagem Médico-Cirúrgica, explanando o meu conhecimento, raciocínio e capacidade de resolução de problemas complexos de um modo autónomo e auto-orientado e capacidade de influenciar os meus pares.

CONCLUSÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2019/2021, lecionado na ESESJC resultou o presente relatório de estágio, que me possibilitou evidenciar o percurso realizado para atingir as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica até a obtenção do grau de mestre.

O relatório espelhou a o percurso desenvolvido para atingir os objetivos definidos, focando-se nos aspetos fundamentais da minha aprendizagem, aliado a momentos de reflexão sobre a prática e sobre o desempenho.

O enfermeiro especialista diferencia-se dos outros elementos da equipa pela sua capacidade de tomada de decisão, gestão dos cuidados, resolução de problemas e pela sua praxis clínica sustentada em conhecimentos técnico-científicos diferenciados.

Estes conhecimentos e competências refletem o objetivo do 2º ciclo de estudos que visa compreender a especificidade do cuidar em enfermagem e engloba várias vertentes que distinguem o EEMC. Como principal prestador de cuidados ao doente crítico, intervém nas áreas de gestão, formação, investigação, elaboração e implementação de normas ou procedimentos que, fundamentados na evidência científica, permitem melhorar a qualidade dos cuidados e obter valorosos ganhos em saúde para o doente e família.

Este trabalho, ferramenta reflexiva de aprendizagem, comportou a passagem pelo SU, SMI serviço de emergência pré-hospitalar e UTIC, evidenciou o meu especial interesse pelos cuidados de enfermagem especializados à pessoa pós-paragem cardiorrespiratória, sem descurar a máxima inerente a este processo formativo: o desenvolvimento das competências específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, concretamente, no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e na prevenção e controlo da infeção.

Os ensinamentos clínicos efetuados, aliados à minha formação e à experiência adquirida ao longo de sete anos de prática de enfermagem intra-hospitalar, possibilitaram-me desenvolver competências para a tomada de decisão em enfermagem, essencial para a excelência do exercício profissional.

Apesar de não ter sucedido nenhuma situação que se enquadrasse especificamente nos critérios de ativação de catástrofe ou emergência multi-vítimas, edifiquei um conhecimento mais aprofundado sobre o plano de emergência/catástrofe no decorrer dos

ensinos clínicos através da análise detalhada dos protocolos de atuação, de modo a satisfazer as necessidades de aprendizagem neste âmbito. No entanto, reitero que a fase pandémica, logo de exceção, durante a qual foram realizados os ensinos clínicos, possibilitou-me o acompanhamento das mudanças do plano de contingência face à evolução da situação, o que se tornou uma mais-valia para o aperfeiçoamento de competências face a uma situação imprevista, repentina e de excessiva procura de cuidados de saúde.

Contudo durante este percurso formativo, surgiram algumas contrariedades. Destaco a impossibilidade de concretizar, como havia projetado, algumas componentes dos estágios fora da RAM de modo a conhecer outra realidade nacional, que se tornou impossível por motivos relacionados com a evolução pandémica e de constrangimentos inerentes ao campo de estágio selecionado. Também a desafiante gestão do tempo na articulação da atividade profissional, académica e pessoal tornou-se uma adversidade, pelo que sugiro a extensão do período de tempo individual do estudante para a concretização deste relatório.

Apesar destes contratemplos, considero que a minha motivação e resiliência me permitiram ultrapassar com distinção estas questões e culminar este percurso com a concretização dos objetivos a que me propus.

Em suma, sinto a motivação certa para continuar a desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica, através da continuidade do investimento formativo, do desempenho de funções como responsável de equipa e membro da equipa de emergência intra-hospitalar, com o objetivo da excelência no cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde - RT 09/2013. 2013/04/01. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Acessível no Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.
- American Heart Association. (2015). AHA Guidelines Update For Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science. *Circulation*. 132(18). <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Azim, A. & Ahmed, A. (2016). Nutrition in Neurocritical Care. *Neurology India*, 64, 105–114. http://doi.org/10.1007/978-1-4419-6842-5_10
- Barreto, M. L. C. B. (2018). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: boas práticas dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/24074>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016) Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Briggs, L. (2016). Shock states: cardiogenic and obstructive. In Anderson, K. (Ed.). *The advanced practice nurse cardiovascular clinician* (230-237). Springer Publishing Company.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23. http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_ch03_v1xx.pdf

- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J. M., Jung, B., de Lattre, S., Carr, J., Cissé, M., Lefrant, J.-Y., & Jaber, S. (2010) The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151(3), 711–21. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.039>.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>
- Daltoé, T. (2008). *Métodos de vigilância epidemiológica de infeções hospitalares utilizados pelos hospitais de Porto Alegre* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17758/000718419.pdf?sequence=1>.
- Dash, H. H. & Chavali, S. (2018). Management of traumatic brain injury patients. *Korean Journal of Anesthesiology*, 71(1), 12-21. 10.4097/kjae.2018.71.1.12.
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª Série. 157 (16-08-2018). [Consult. 18 abr 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2010) *A responsabilidade profissional em enfermagem: Valoração da sociedade*. Edições Almedina
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014). 20673-20678 [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho nº 9128/2012. **Diário da República** 2ª Série. 129 (05/07/2012). 2379-23791 [Consult. 14 jan 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2012/07/129000000/2379023791.pdf>

- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103. [Consult. 22 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direcção-Geral da Saúde - Circular normativa nº 001/2017. 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde - Circular normativa nº 002/2015. 23/10/2015. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2010). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span* (9th ed.). DavisPlus.
- Elli, S., Gariboldi, R., Tundo, P., Mascheroni, V., Bambi, S. & Lucchini, A. (2013). Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una check-list di pianificazione. *Scenario*, 30(3), 21-25. https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Lucchini/publication/258210064_The_intra-hospital_transport_of_critically_ill_patient_creation_of_a_check-list_of_planning/links/0deec527624d4f2dea000000.pdf.
- Engdahl, J., Holmberg, M., Karlson, B.W., Luepker, R., & Herlitz, J. (2002). The Epidemiology of Out-of Hospital “Sudden” Cardiac Arrest. *Resuscitation*, 52(3), 235-245. <https://doi.org/10.1016/S0300-95720100464-6>
- Fawcett, J.; Watson, J.; Neuman, B.; Walker, P.; Fitzpatrick, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115-119. https://www.researchgate.net/publication/11921669_On_Nursing_Theories_and_Evidence#:~:text=%20Theory%2C%20inquiry%2C%20and%20evidence%20are%20inextricably%20linked.,diverse%20sources%20of%20data%20for%20evidence-based%20nursing%20practice.

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/ManualSuporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>

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

Laurent, I., Monchi M., Chiche J. D., Joly L. M., Spaulding C., Bourgeois B., Cariou A., Rozenberg A., Carli P., Weber S., Dhainaut J. F. (2002). Reversible myocardial dysfunction in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of the American College of Cardiology*, 40, 2110-2116.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (P. C. R. Reuillard, Trad.) (3ªed.). Artmed Editora.

Le Roux, P., Menon, D. K., Citerio, G., Vespa, P., Bader, M. K., Brophy, G. M., ... Taccone, F. (2014). Consensus Summary Statement of the International Multidisciplinary Consensus Conference on Multimodality Monitoring in Neurocritical Care. *Neurocritical Care Society*, 21(S2), 1–26. <https://doi.org/10.1007/s12028-014-0041-5>.

Lei n.º 95/2019: Lei de Bases da Saúde. **Diário da República** 1ª série. 169 (04-09-2019). 55-66. [Consult. 8 março 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>

Lei n.º 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>

Martins, R. & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 111-120. http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pequis a=&id_artigo=2200&id_revista=9&id_edicao=34.

- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <http://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Moreira, C. (2015). *A situação de paragem cardiorrespiratória: experiências dos Enfermeiros* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1451/3/Celine_Moreira.pdf
- Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (2013). *Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem: Uma abordagem holística*. Guanabara Koogan.
- Nolan, J. P., Neumar, R.W., Adrie, C., Aibiki, M., Berg, R. A., Bottiger, B. W., Callaway, Clark, R. S. B., Geocadin, R. G., Jauch, E. C., Kern, K. B., Laurent, I., Longstreth, W. T., Marchant, R. M., Morley, P., Morrison, L. J., Nadkarni, V., Peberdy, M. A., Rivers, E. P., Rodriguez-Nunez, A., Sellke, F. W., Spaulding, C., Sunde, K., & Hoek, T. V. (2008). Post-cardiac arrest syndrome: epidemiology, pathophysiology, treatment, and prognostication. A scientific statement from the international liaison comitee on resuscitation; the american heart association emergency cardiovascular care comitee; the council on cardiopulmonary, perioperative, and critical care; the council on clinical cardiology; the council on stroke. *Resuscitation*, 79, 350-379. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.09.017>
- Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttige, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moolaert, V. R. M., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Skrifvars, M. B., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European resuscitation council and european society of intensive care medicine guidelines 2021: Post-resuscitation

care. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 369-421. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>

Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D.A., Biarent, D., Bossaert, L.L., Deakin, C., Koster, R.W., Wyllie, J., & Böttiger, B. (2010). *European resuscitation council guidelines for resuscitation*.

http://www.revdesportiva.pt/files/para_publicar/ERC_Ressuscitacao_2010_Portugues.pdf

Oliveira, J. C. (2012). *Síndrome pós-paragem cardíaca: Fisiopatologia, aspectos clínicos, terapêuticos e avaliação do prognóstico a médio e longo prazo*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal). <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26122/2/Joana%20Oliveira%20TF%206%20ano.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial de Saúde. (2020). *Histórico da pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Pereira, A. G. P. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Formasau.

Pinto, S. N. S. T. (2012). *Hipotermia terapêutica na paragem cárdio-respiratória*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66064/2/30750.pdf#:~:text=A%20terap%C3%AAautica%20de%20hipotermia%20demonstrou%20ter%20grandes%20benef%C3%ADcios%20>

2C,desenvolvimento%20de%20arritmias%20card%C3%ADacas%20coagulopatias%20hiperglicemia%20e%20s%C3%A9psis.

Ponce, P. (2015). Alterações do equilíbrio hidroelectrolítico. In Ponce, P. & Mendes, J. J. (Coord.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 285-300). Lidel.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** 2.ª série. 26 (06/02/2019). 4744-4750 [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2.ª série. 135 (16/07/2018). 19359-19370 [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 122/2011. **Diário da República** II Série. 35 (18/02/2011). 8648-8653. [Consult. 22 jun 2021] Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Regulamento n.º 124/2011. **Diário da República** II Série. 35 (07/07/2011). 3966-3966. [Consult. 22 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/670678/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA124%2F2011>

Santos, E., & Bianco, H. (2018). Atualizações em doença cardíaca isquémica aguda e crónica. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 16(1), 52-58. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884997/dezesseis_cinquenta_dois.pdf

Serviço Regional de Proteção Civil. (2020). *Plano regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM2019_v6_150620_CPublica.pdf

Silva, M. (2013). *Avaliação da dor em cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5455/1/Relat%C3%B3rio%20Mestrado>

o%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Dor%20em%20Cuidados%20intensi
vos.pdf.

Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S. & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação Enfermagem*, S2(23), 31-39. https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA

Teixeira, E. (2017). In times of new national curricular guidelines to the nursing graduation course. *Revista Enfermagem UFSM*; 7(2), iii-iv. <https://dx.doi.org/10.5902/21797692288594>.

Thompson, I., Melia, K. & Boyd K. (2004). *Ética em Enfermagem* (4^a ed.). Loures: Lusociência

Tintinalli, J. E., Stapczynski, J. S., Ma, O. J; Yealy, J. M., & Meckler, G. D. (2016). *Tintinalli emergency medicine 2016: A comprehensive study guide* (8th ed.). McGraw Hill Education

Tüker, F. (2019). Cardiogenic shock. In Firstenberg, M. (Ed.). *Advances in extra-corporeal perfusion therapies* (11-33). IntechOpen.

Tunlind, A., Granstrom, J., & Engstrom, A. (2014). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 116-123. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>.

Veras, V.S, & Fortes, R.C. (2014). Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2014; 25(2): 157-172. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/Prevalencia_de_desnutricao_ou_risco.pdf#:~:text=O%20qua-

%20dro%20de%20desnutri%20C3%A7%20C3%A3o%20associado%20a%20uma,%20a%20depende%20dos%20m%20C3%A9%20todos%20empregados%20na%20avalia%20C3%A7%20C3%A3o%20nutricional.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ADEQUAÇÃO DO USO DE LUVAS



DGS
desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa de Prevenção
e Controlo de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos



Enf.^a Telma Camacho
Adaptado de: DGS – Módulo de Monitorização do
Uso de Luvas nas US

EPI – LUVAS

- ▶ O **CUMPRIMENTO** dos critérios do uso adequado de luvas, é uma medida muito relevante para **EVITAR**:
 - a **disseminação cruzada** de microrganismos
 - **minimizar o RISCO** de infeção/colonização

LUVAS – Avaliação do risco

- ▶ A **correta** utilização baseia-se na avaliação do risco individual, *in loco*, de acordo com alguns pressupostos:
 - i. Qual o procedimento a desempenhar;
 - ii. Qual a situação clínica do doente;
 - iii. Qual o ambiente de prestação;
 - iv. Qual o nível de cuidados.



LUVAS – Cuidados a ter

- ▶ **SELECIONAR** o tipo de luva em função do procedimento a executar
- ▶ Retirar adornos antes de lavar as mãos
- ▶ Cobrir cortes e outros ferimentos da pele com adesivos impermeáveis antes de calçar as luvas
- ▶ **LAVAR** as **MÃOS** antes e após o uso de luvas
 - O uso de luvas **NÃO** substitui a necessidade de lavar as mãos.



LUVAS – Cuidados a ter

▶ Deve evitar-se:

- O uso prolongado de luvas, com o propósito de substituir a higienização das mãos;
- O uso, por rotina, de dois pares de luvas;
- A lavagem ou outro procedimento de descontaminação das mãos enluvadas

LUVAS – Avaliação do risco

Antes de colocar as luvas	Quando usar luvas	Quando remover as luvas
<ul style="list-style-type: none">• Há uma indicação para o uso de luvas?• Qual é a indicação?• Que tipo de luvas é necessário?• As luvas estão na embalagem original?• Qual é o momento exato para colocar as luvas?• As luvas protegem o doente e o seu ambiente envolvente e o profissional de saúde?• Há uma indicação para higiene das mãos?• A técnica de colocar as luvas foi cumprida?	<ul style="list-style-type: none">• Ainda se mantém a indicação para o uso de luvas?• Ocorreu alguma indicação para remoção das luvas?	<p>Qual é o momento exato para remover as luvas?</p> <p>A técnica de remover as luvas foi cumprida?</p> <p>As luvas estão bem acondicionadas?</p> <p>As mãos foram higienizadas imediatamente após a remoção das luvas?</p> <p>As mãos foram lavadas com água e sabão após remover as luvas (se houve contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos?)</p>

Utilização NÃO INDICADA

- ▶ Sempre que **NÃO** exista possibilidade de exposição a sangue ou outros fluídos orgânicos ou ambiente contaminado



Programa de Prevenção
e Controle de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos

Utilização NÃO INDICADA

- ▶ Exposição DIRETA ao utente
 - Sinais vitais
 - Injeções SC ou IM
 - Vestir, despir, transportar
 - Manipulação de acesso vascular (na ausência de extravasamento de sangue)

Programa de Prevenção
e Controle de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos

Utilização NÃO INDICADA

- ▶ Exposição **INDIRETA** ao doente
 - Administração de medicação oral
 - Recolha de tabuleiros de refeição
 - Mudança roupa da cama não contaminada
 - Colocação de interface de VNI



Utilização INDICADA – luvas limpas

- ▶ Sempre que **EXISTA** possibilidade de exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos ou ambiente contaminado



Utilização INDICADA – luvas limpas

- ▶ Exposição DIRETA ao utente
 - Contato com sangue
 - Contato com membranas e pele não integra
 - Possibilidade de presença de organismos altamente infecciosos
 - Situações de emergência
 - Colocação e remoção de acessos vasculares
 - Higiene perineal
 - Aspiração de secreções naso/orofaríngeas

Utilização INDICADA – luvas limpas

- ▶ Exposição INDIRETA ao doente
 - Esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos
 - Limpeza de equipamentos
 - Manipulação de resíduos
 - Limpeza de fluidos corporais

Utilização INDICADA – luvas esterilizadas

- ▶ Realização de qualquer procedimento **CIRÚRGICO**
- ▶ Realização de qualquer **TÉCNICA ASSÉTICA**

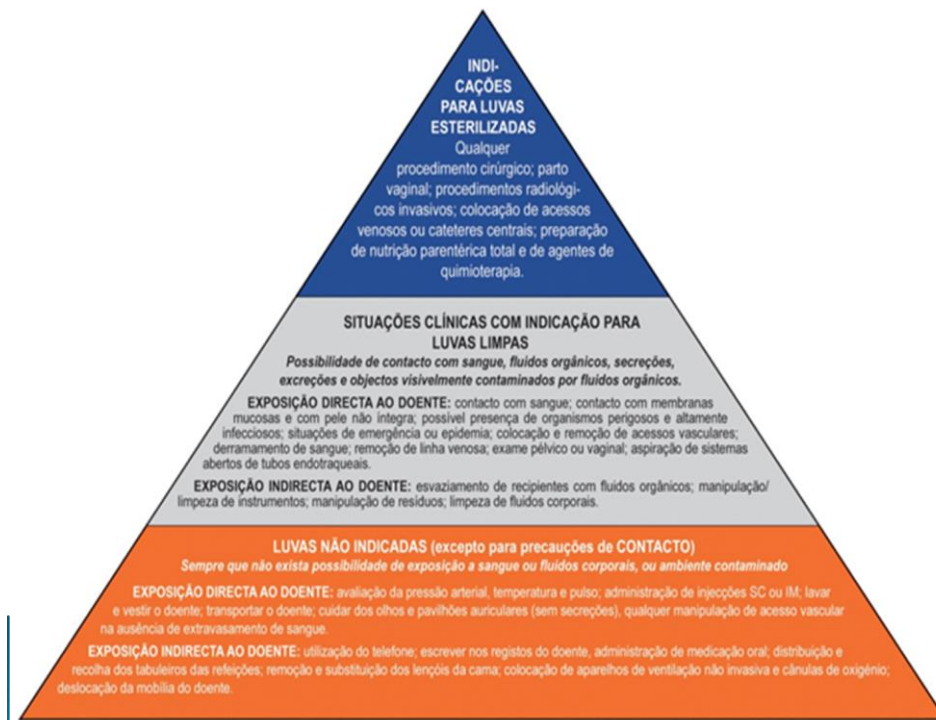


Programa de Prevenção
e Controle de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos



- ▶ A **HIGIENE DAS MÃOS** deve ser **EXECUTADA** quando apropriada, **INDEPENDENTEMENTE** da **INDICAÇÃO** para a utilização das luvas

Programa de Prevenção
e Controle de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos



Obrigada pela
atenção!

