

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO ÀS
COMPETÊNCIAS DE MESTRE:
o desafio da gestão de cuidados em UCI COVID**

Sofia Laura Ferreira Santos

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

**Funchal,
2022**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO ÀS
COMPETÊNCIAS DE MESTRE:
o desafio da gestão de cuidados em UCI COVID**

Sofia Laura Ferreira Santos

Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana

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

Funchal,

2022

Faça da sua vida um sonho, e de um sonho, uma realidade.

Antoine Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny por me ter proporcionado as condições para a aquisição e desenvolvimento de competências que me permitiram evoluir não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

À Professora Doutora Cristina Pestana pelo apoio, orientação e preocupação ao longo deste percurso.

À minha família que com todo o apoio prestado e incentivo constante foram um pilar fundamental nesta caminhada.

Aos meus orientadores de estágio por partilharem os seus conhecimentos e experiências, contribuindo para o crescimento e aperfeiçoamento profissional.

Aos meus colegas e amigos pela motivação que me impulsionou ao longo deste percurso.

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do IV curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, e sistematiza todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. A apresentação e discussão pública do mesmo visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O relatório demonstra o percurso realizado ao longo de três ensinios clínicos através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva baseada na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão de Enfermagem, permitindo a aquisição e aprofundamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências de Mestre.

Rumo à excelência do exercício profissional, comprova-se que os diferentes contextos clínicos permitiram cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica através de uma resposta pronta e em tempo útil, que por sua vez implica a gestão de protocolos terapêuticos complexos. Constata-se especial ênfase para o cuidado ao doente crítico com COVID-19, em específico na área da gestão de cuidados de enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, o que permitiu consolidar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e dinamizar uma resposta eficaz em situações de exceção, como é o caso da pandemia.

Neste percurso evidencia-se, ainda, a aplicação do conhecimento científico nos diferentes contextos onde se desenvolveram os ensinios clínicos; a capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão fundamentais na deteção precoce de sinais de instabilidade e antecipação de cuidados ao doente crítico; e a capacidade de comunicação eficaz quer com o doente/família quer com a equipa multidisciplinar. Tudo isto permitiu promover a capacidade de autoaprendizagem e espírito crítico, essenciais na prestação de cuidados de excelência.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista; Competências Especializadas; Doente Crítico; COVID-19.

ABSTRACT

This report is part of the IV Master's course in Medical-Surgical Nursing, from Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, and systematizes the entire path of specialized skills development in the nursing area to the person in critical situation. Both presentation and its public discussion aim to obtain the Master's degree in Nursing.

This report demonstrates the journey of clinical teachings through a descriptive, analytical, and reflective methodology based on the latest scientific evidence and the references of the nursing profession, allowing the acquisition, and deepening of the common and specific competences of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing, as well as master skills.

Towards the excellence of professional practice, it is proven that the different clinical contexts allowed to take care of the person to experience complex processes of critical disease, anticipating instability and the risk of organ failure through a prompt and timely response, which in turn implies the management of complex therapeutic protocols. Special attention is found for the care of critically ill patients with COVID-19, especially in the area of nursing care management in the context of intensive care units. This has enabled the intervention to be consolidated in the prevention and control of infection and to boost an effective response in exceptional situations, such as the pandemic.

In this course, the application of scientific knowledge in the different contexts in which clinical teachings were developed is evidenced. Furthermore, it is also denoted the ability to judge clinically and to make a fundamental decision in the early detection of signs of instability and anticipation of care for the critically ill patient, as well as effective communication skills with both patient/family and multidisciplinary team. All this has made it possible to promote self-learning capacity and critical thinking, which are essential in the provision of excellence care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse; Speacialized Skills; Critical Patient; COVID-19.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Agudo

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

BPS - *Behavioural Pain Scale*

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

cmH₂O - Centímetros de Água

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

cpm - Ciclos por Minuto

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

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigénio

FLCCC - *Front Line COVID-19 Critical Care Alliance*

HFNO - Ventilação de Alto Fluxo

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILS - *Immediate Life Support*

L/min - Litros por Minuto

mg/dL - Miligramas por Decilitro

ml/Kg - Mililitros por Quilo

mmHg - Milímetros de Mercúrio

NE - Nutrição Entérica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PaCO₂ - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO₂ - Pressão Parcial de Oxigénio

pH - Potencial Hidrogeniónico

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ - Saturação Periférica de Oxigénio

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEITUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM.....	19
CAPÍTULO II - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA.....	25
CAPÍTULO III - PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: O CONTRIBUTO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	39
3.1. Estágio I: Serviço de Urgência.....	43
3.2. Estágio II: Cuidados Intensivos.....	56
3.3. Desenvolvimento de competências na área de opção: gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID	68
CAPÍTULO IV - AQUISIÇÃO DA MESTRIA.....	87
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	i
ANEXO A - AÇÃO DE FORMAÇÃO: ANÁLISE DE TRAÇADOS ECG.....	iii
ANEXO B - UCI COVID	xv

INTRODUÇÃO

O presente relatório de Mestrado surge no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), espelhando o encerrar de mais um ciclo formativo. Pretendo, com este relatório, descrever e fundamentar o percurso efetuado a nível pessoal e profissional tendo como principais objetivos a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em EMC, bem como as competências de mestre.

O IV Curso de Mestrado em EMC está, essencialmente, vocacionado para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica (PSC). Assim, segundo a Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008) a PSC é “aquela em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p.9). Esta definição está em consonância com o referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), no Regulamento n.º 429/2018, afirmando que estes doentes apresentam a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Como tal, os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados, sendo prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades. Além disso, é da competência do enfermeiro especialista em EMC, a capacidade de dinamização de resposta em situação de catástrofe e/ou emergência multivítimas, assim como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Em complemento, o grau de Mestre em EMC é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão na área de especialização, demonstrando competências de liderança, de investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem (OE, 2016).

Como alicerce a este percurso sustentei-me nos modelos teóricos de enfermagem, nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, em complemento com as competências definidas para o segundo ciclo de estudos, de forma a sistematizar todo o processo de autoaprendizagem e desenvolvimento de competências no cuidado à PSC.

Tendo em conta a diversidade de problemáticas de saúde cada vez mais complexas, o enfermeiro especialista assume-se como um elemento-chave na implementação de cuidados especializados e seguros à PSC, baseados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, definidos no Regulamento n.º 361/2015. Portanto, a identificação dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional constitui um referencial importante para nortear o percurso de desenvolvimento da prática especializada.

Assim, o presente relatório permite dar visibilidade ao percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM) e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) – estágio I; na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HNM – estágio II; e na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e UCIP do HNM – estágio III, através da descrição reflexiva, crítica e fundamentada das atividades realizadas ao longo dos mesmos, inerentes à aquisição das competências do enfermeiro especialista em EMC e às competências de mestre.

Os contextos em que decorreram os estágios potenciaram o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem complexos à PSC e na identificação de sinais de instabilidade no sentido de prevenir complicações, estabelecendo prioridades através de uma tomada de decisão assertiva, permitindo dar resposta às situações de emergência em tempo útil, de forma holística e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, atuando em segurança e prevenindo potenciais riscos, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Do ponto de vista estrutural, o relatório está organizado em quatro capítulos principais. No primeiro capítulo, relativo ao enquadramento teórico da profissão de Enfermagem, desenvolver-se-á uma breve evolução histórica da mesma, a sua afirmação enquanto profissão e as transformações enquanto disciplina. No segundo capítulo, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, explanar-se-ão os diferentes domínios de competências desenvolvidas e que são aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde. No terceiro capítulo, dedicado ao percurso individual de desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, será descrito o processo de aquisição das mesmas com base na evidência científica atual, na reflexão sobre as experiências vividas e atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, à luz dos referenciais da profissão de Enfermagem. Por fim, no quarto capítulo refletir-se-á acerca da importância da aquisição das competências de mestre em enfermagem no percurso pessoal e profissional.

A elaboração do relatório baseia-se numa metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e análise crítica e reflexiva do percurso realizado, estabelecendo um paralelo com as competências desenvolvidas.

Por fim, importa referir que a norma utilizada para citações e referências bibliográficas é a preconizada pela ESESJC – normas propostas pela *American Psychological Association* (7^a edição), expostas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações”.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

De modo a abordar o percurso profissional e académico individual que conduziu ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC e às competências de mestre, especificamente no contexto de cuidado à PSC, torna-se imperioso enquadrar a Enfermagem enquanto ciência e profissão, relevando, ainda, a importância da formação e diferenciação académica no percurso profissional.

A Enfermagem existe desde o início da humanidade tendo, com a importante influência de Florence Nightingale, evoluído do simples ato de cuidar para uma profissão complexa e com fundamento científico, cujo foco consiste no cuidar para satisfazer as necessidades humanas básicas (Vaughans, 2012).

Apesar das provas dadas, a construção, desenvolvimento e consolidação da Enfermagem enquanto profissão com saberes e campo de conhecimento próprios, têm constituído um grande desafio, pelo que a produção científica e tecnológica que lhe concerne tem procurado caracterizá-la e legitimá-la no cenário social através da sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos que a ela recorrem (Pires, 2009).

Os critérios de classificação de uma profissão envolvem a sua utilidade social, possuir um corpo de conhecimentos próprio, ter autonomia, representação social, possuir legislação e código ético próprio. Atendendo aos critérios descritos, a Enfermagem define-se como profissão na medida em que acrescenta conhecimentos especializados no campo da saúde e que são reconhecidos como necessários à sociedade, sendo desenvolvida por indivíduos com formação própria (Vaughans, 2012).

O autor supracitado afirma que os primeiros cursos de Enfermagem no nosso país surgiram nas últimas décadas do século XIX sendo que o primeiro, em 1881, foi nos Hospitais da Universidade de Coimbra, que orientava a Enfermagem para o trabalho de assistência técnica.

Na década de 30 do século XX, desenvolveram-se os primeiros movimentos sindicais, que tinham como principal objetivo manter a proteção e integridade física dos enfermeiros. Já nos anos 40 surgiram alguns cursos de aperfeiçoamento em diferentes áreas da Enfermagem (Psiquiatria, Puericultura e Saúde Pública), assim como se determinou que seria necessária formação especializada para exercer a profissão, isto é, um diploma.

Nos anos 50, o ensino foi alvo de nova reestruturação e o curso de Enfermagem passou a ser constituído por três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa. Contudo, devido à dificuldade dos alunos em completar o curso, em 1955 foi criada uma comissão para incentivar a formação dos profissionais.

A construção da Enfermagem enquanto disciplina surgiu da necessidade emergente de definir o cuidado de enfermagem perante a sociedade. Neste âmbito, os períodos pré-paradigmático e paradigmático, primeiramente com a construção das teorias a partir dos anos 50 e seguidamente com a realização de pesquisa e produção de conhecimento, foram fundamentais para clarificar os focos de atenção da disciplina – a Saúde, a Pessoa e o Ambiente, e ainda, definir cuidado, cuidado de enfermagem e o processo de cuidar (Pires, 2009). Já nos anos 60 existiu uma nova reestruturação no ensino de Enfermagem, determinando que este deveria ser realizado exclusivamente por enfermeiros.

Em 1973 abordou-se a necessidade de integrar o curso de Enfermagem no sistema educativo nacional e no ensino superior e, pela primeira vez, debateu-se a possibilidade da criação de uma Ordem. No final da década de 70 houve uma valorização financeira e social dos profissionais de Enfermagem e o nascimento do Sistema Nacional de Saúde, em 1979, que consagrou o direito à saúde como bem universal e gratuito.

Já nas décadas de 80 e 90 do século XX, foram publicados diplomas da carreira de Enfermagem que permitiram instituir uma carreira única para todos os enfermeiros e definir cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista. Verificaram-se, também, outras conquistas para a profissão, nomeadamente no que concerne ao regime de trabalho. Em 1991 criou-se uma nova carreira de Enfermagem, definindo-se três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria. Por sua vez, em 1992 iniciaram-se os primeiros Mestrados em Ciências de Enfermagem.

O exercício profissional de Enfermagem não tinha ainda um instrumento jurídico com adequada regulamentação, pelo que em 1996 aprovou-se o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que permitiu a regulamentação da profissão, a clarificação de conceitos, intervenções e funções, bem como aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros.

A OE foi criada em 1998 no decurso da publicação em Diário da República do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, potenciando o desenvolvimento da profissão, já que esta instituição passou a estar responsável pela regulamentação e controlo do seu exercício profissional, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional. Assim, desde então, têm sido elaborados os documentos e diplomas que procuram ajustar a Ciência de Enfermagem, com responsabilidade à prática. A título de exemplo, recordemos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC.

Após a criação da OE, o ensino passou a ser assegurado por um curso com a duração de quatro anos, o curso de Licenciatura em Enfermagem, verificando-se um acréscimo de competências profissionais. Atualmente, a formação em Enfermagem é levada a cabo em Escolas Superiores de Enfermagem, públicas e privadas, sendo da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros.

A integração de Portugal no conjunto de países que assinaram a Declaração de Bolonha conduziu a uma nova adequação do curso. Como já referido, sabe-se que os primeiros Mestrados em Ciências de Enfermagem surgiram em 1992 e o curso de Doutoramento surgiu em 2004 (Moreira, 2017).

Presentemente, o exercício de Enfermagem encontra-se apoiado em três diplomas estruturantes para a profissão, que visam dar firmeza, confiança e estabilidade a todos aqueles que diariamente prestam cuidados de enfermagem à população. Reconheça-se neste sentido o REPE, plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), contemplado na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. O EOE contempla ainda o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) que se afirma como um pilar essencial para a prática de Enfermagem em Portugal (Nunes et al., 2005).

O CDE integra os deveres dos profissionais atendendo aos direitos dos recetores dos seus cuidados, tendo em conta as responsabilidades sociais da profissão. Enquanto a dimensão deontológica se refere às características da profissão e ao conjunto de normas/regras pelas quais os seus membros se deverão reger, procurando a correção da ação; a dimensão ética invoca a reflexão sobre a ação. Desta forma, Nunes et al. (2005) consideram o CDE como a definição de um “dever ser profissional” (p.16) assente na reflexão moral e nos princípios do direito, tendo em vista as boas práticas no âmbito da profissão.

Após esta breve resenha histórica e tendo por base os referenciais da profissão, no capítulo seguinte apresento de forma reflexiva o percurso de desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, essenciais na construção da minha identidade profissional tendo em vista a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO II - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

No Regulamento n.º 140/2019, referente às competências comuns do enfermeiro especialista, define-se enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, cujas competências em comum “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (p.4744).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96, referente ao REPE, no Artigo 4.º, está definido que a profissão de Enfermagem “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p.99). Nesta linha de pensamento, Paiva (2004), sublinhando a evolução do exercício profissional dos enfermeiros, salienta que estes “têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimento de Enfermagem e pelo consequente desenvolvimento de novas competências” (p.51).

Assim, evidencia-se a exigência da profissão e a necessidade de atuação com base em conhecimentos científicos e técnicos atualizados, e num perfil de competências próprio, tendo em vista a prestação cuidados de enfermagem de excelência.

Este processo de atualização e desenvolvimento de competências centra-se num processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), o saber-fazer (capacidades), o saber-ser (atitudes e comportamentos) e o saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um saber-transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho (Dias, 2004, p.58).

Seguindo esta linha de pensamento, Patrícia Benner (2001) refere que as competências de enfermagem e, em concreto, a capacidade de envolvimento com os doentes e as famílias, desenvolvem-se ao longo do tempo, tornando-se elementar para a experiência e perícia na profissão. A autora acrescenta, ainda, que a palavra experiência não diz respeito apenas à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria uma vez que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas

a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode apreender pela teoria” (p.61).

Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro especialista seja capaz de evoluir pessoal e profissionalmente com a aquisição de competências ao longo do tempo, conjugando a teoria e a prática para que isso se traduza em ganhos em saúde.

Segundo a OE (2015), o processo de construção de competências está diretamente relacionado com o aperfeiçoamento profissional, que por sua vez exige autoformação, formação contínua e avaliação do desempenho. Ou seja, o processo de formação pessoal e profissional desenvolve-se ao longo da vida.

A informação acima referida é reforçada pela Lei n.º 156/2015, Artigo 109.º, que refere que os enfermeiros têm o dever de formar-se continuamente, mantendo atualizados os seus conhecimentos sem descurar a componente humanista da sua profissão, pois, a competência não pode ser assumida como um estado estático ou adquirido e os enfermeiros são reconhecidos como agentes responsáveis e ativos na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências em meios formais e informais.

A aprendizagem ao longo da vida deverá ser um princípio orientador numa sociedade em constante evolução, em que é vital saber usar o conhecimento de forma eficiente e inteligente sabendo adaptá-lo às mudanças. Esta competência desenvolve-se em indivíduos que assumem um papel ativo recorrendo à educação e formação ao longo da sua vida, de forma voluntária (Trindade, 2014).

Nesta linha de pensamento, a competência profissional define-se como “o estado de ter conhecimentos, julgamentos, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais” (Festas, 2006, p.31). A competência profissional não é um estado estático, nem decorre unicamente de um processo formativo, pois um profissional pode possuir conhecimentos ou capacidades e não ser competente na medida em que não consegue aplicá-los oportunamente. A autora considera a competência como o saber agir responsável e assertivo, obtido através do saber mobilizar, do saber integrar e do saber transferir.

Mais tarde, Le Boterf (2015) vem reforçar a ideia de que a competência não consiste apenas num estado de formação, de educação ou de conhecimentos, envolvendo também a capacidade de mobilizar todos estes elementos e adaptá-los a um contexto específico, neste caso aos contextos da prática. O autor acrescenta, ainda, que a capacidade de compreensão e interpretação de uma situação, ao invés da aplicação tácita de procedimentos, garante

melhores resultados, pois permite enfrentar a imprevisibilidade e unicidade dos contextos da prática.

Para melhor compreender o processo de aquisição e desenvolvimento da competência profissional, Benner (2001) demonstra que o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

O iniciado é aquele que não tem experiência na situação na qual está envolvido. Diferenciando-se do iniciado avançado pois, este é guiado por regras, encaminha-se por orientação de tarefas, apresentando dificuldade em aperceber-se da situação real do doente em termos de perspectiva mais alargada. Através da aprendizagem, a partir de situações da prática corrente e seguindo as ações dos outros, o iniciado avançado passa ao nível competente (Benner, 2001).

O enfermeiro competente é aquele que começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente, ajudando a ganhar eficiência e organização. Já no nível proficiente, o enfermeiro entende a situação como um todo, reconhecendo os aspetos mais salientes e possuindo um domínio intuitivo da situação com base na compreensão antecedente. Esta fase caracteriza-se por um maior envolvimento com o doente e respetiva família (Benner, 2001).

Ainda segundo a autora supracitada, a quinta fase do modelo é atingida quando o enfermeiro se torna perito. Este não se orienta por princípios analíticos (regras e linhas orientadoras), mas possui um domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a origem do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos ou soluções alternativas.

Segundo Benner (2001), estes níveis distinguem-se por mudanças em três domínios. O primeiro domínio refere-se à passagem de uma confiança baseada em princípios abstratos, à utilização de saberes provenientes de experiências vividas. O segundo diz respeito à modificação da forma de perceção e interpretação da situação por parte do indivíduo, apercebendo-se do todo da situação e destacando o que é relevante na mesma. O terceiro domínio refere-se a um estadio avançado de compreensão da realidade, baseada numa longa experiência profissional, em que o indivíduo faz uso do pensamento intuitivo na interpretação da situação e age partindo de uma profunda e global compreensão da mesma.

A competência profissional resulta, então, de um processo de desenvolvimento e de estruturação e organização interna do enfermeiro, onde a meta a atingir é a excelência. Como afirma Festas (2006), um profissional competente deve possuir um conjunto de conhecimentos e capacidades que lhe permitam tomar decisões e avaliá-las, nas diversas circunstâncias, de modo a obter soluções eficazes.

Tendo como objetivo o alcance da excelência na prestação de cuidados de enfermagem, é essencial que o enfermeiro articule um conjunto de competências comuns. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns são definidas como aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Além do referido no anterior regulamento, constatou-se que a profissão de enfermagem engloba pressupostos ético-morais importantes para que os profissionais consigam responder às exigências da alta competência técnica e relacional no cuidar humano, levando-os a colocar o pensamento ético na interface entre as técnicas de enfermagem e a componente relacional dos cuidados (Queirós, 2001).

Nesta ordem de ideias, para melhor compreender o pensamento ético e os processos de tomada de decisão, importa clarificar os conceitos de ética, moral e deontologia profissional. Segundo Neves (2004), do ponto de vista etimológico, ética deriva do grego - *éthos* - que significa caráter, daí a sua utilização atual como a filosofia da moral. A ética é entendida como um conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres humanos, sendo mutável, tendo em conta a época e a civilização que a define. Portanto, preocupa-se com o estudo dos conflitos e com as dualidades de ação, pretendendo dar resposta a problemas e dilemas, orientando um plano de atuação.

O conceito de moral é de origem latina e provém do termo *moris* (costume), pois trata-se de um conjunto de crenças, costumes, valores e normas que norteiam o comportamento de uma pessoa ou de um grupo social (Neves, 2004).

Já a deontologia deriva do grego e das palavras *déon* (regras) e *logos* (ciência/conhecimento) e reporta-se a um conjunto de deveres ou normas relativas a uma profissão, ou seja, o conhecimento das regras convenientes e devidas no exercício de uma profissão. A deontologia é a reflexão sobre aquelas regras, é a procura dos requisitos éticos ligados a uma atividade profissional (Neves, 2004).

Enquanto ética profissional, a deontologia deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, tendo em conta a sua inserção no seio de uma sociedade, ela própria regulada pela moral e pelo direito. Neste contexto, as obrigações expressas pela deontologia não são exclusivamente de índole ética ou moral, englobando igualmente determinações de natureza jurídica e administrativa, todas elas reunidas no código deontológico, como é exemplo o CDE (Neves, 2004).

Assim sendo, Nunes (2011) acrescenta que a ética profissional define os princípios e valores de uma profissão, surgindo associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam os profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional.

Seguindo esta ordem de ideias, importa referir que o exercício da profissão de Enfermagem assenta em quatro princípios bioéticos fundamentais, nomeadamente o respeito pela autonomia, a justiça, a beneficência e a não-maleficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana (OE, 2015).

Tendo por base estes referenciais, no que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentes nas melhores práticas e nas preferências do doente.

O processo de tomada de decisão consiste na escolha entre duas ou mais alternativas ou no seguimento de uma linha de ação, de forma a resolver um problema. Ou seja, trata-se de um processo cognitivo constituído por etapas que se desenvolvem sequencialmente desde a identificação do problema e culminam na avaliação da eficácia da decisão (Gândara, 2004).

Deodato (2014) vem reforçar esta ideia afirmando que o ponto de partida para a tomada de decisão ética é a identificação de um problema ético. Deste modo, a construção da decisão ética de enfermagem inclui a identificação do problema de partida; o envolvimento das pessoas destinatárias dos cuidados, dos seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos na situação; a procura dos fundamentos; a decisão final; a concretização da ação decidida; e, por fim, a sua avaliação, pois, o exercício profissional de enfermagem visa a prestação de cuidados tendo em conta a proteção e dignidade da pessoa humana.

A prestação de cuidados, que envolve as ações do enfermeiro resultantes da tomada de decisões, exige uma conduta responsável e ética, pautada de zelo e competência. Desta forma, é determinante a união de competências técnicas, científicas e morais, capazes de suportar o cuidado holístico preconizado, fundamentado em conhecimento científico atualizado nos vários domínios que alicerçam as competências profissionais (Nunes, 2006). A necessidade de tais competências e desenvolvimento contínuo das mesmas encontra-se explícita nos deveres dos enfermeiros para com a profissão, expressos no CDE, realçando-se as condições exigidas no desempenho das suas funções, em concreto a necessidade de conhecimentos científicos e técnicos; a defesa da liberdade e dignidade das pessoas onde se inclui o direito a participar e decidir sobre o seu plano de saúde; o dever deontológico de responsabilizar-se pelas decisões por si tomadas ou delegadas; e exercer a sua profissão

tendo em vista a excelência dos cuidados que presta, refletindo sobre e na sua prática e atualizando continuamente os seus conhecimentos (Lei n.º156/2015).

Ao longo dos estágios, os processos de tomada de decisão nem sempre foram fáceis. Resultaram da análise de cada situação em conjunto com as perspetivas do doente e família, o conhecimento e experiência pessoais, as perspetivas das equipas de enfermagem e multiprofissional e, ainda, os diferentes contextos da prática. Assim, nos diferentes estágios orientei a tomada de decisão na observância da deontologia profissional permitindo-me intervir junto da PSC, certa de que as suas necessidades foram salvaguardadas. Nunca descurando o explícito na Lei n.º 156/2015, Artigo 100.º, no que se refere ao dever de o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

Recordo-me, por exemplo, do caso de um idoso que foi admitido na UCIP após paragem cardiorrespiratória com necessidade de medidas de suporte das funções vitais e implementação do protocolo de hipotermia terapêutica para prevenção da encefalopatia anóxica. Nesta situação, o facto de o doente estar inconsciente e sob terapêutica sedativa impedem-no de defender os seus direitos, em particular o da autonomia e liberdade (de decisão/consentimento), ficando a tomada de decisão relativa aos tratamentos instituídos a cargo da equipa de saúde. Entramos, assim, no domínio do consentimento presumido dado que o sucedido permite “supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado” (DGS, 2015, p.6).

Portanto, no exemplo acima referido, em que o doente está inconsciente e corre risco de vida, não sendo possível obter o seu consentimento expresso para a realização de um ato diagnóstico ou terapêutico, a equipa multidisciplinar deve atuar com base no consentimento presumido. Logo, prevalece o dever de agir com base no princípio da beneficência consagrado na ética da saúde (DGS, 2015).

Por outro lado, este assunto transporta-nos para um contexto comum no cuidado ao doente crítico, o da obstinação terapêutica. O ambiente altamente tecnológico que permite a substituição de funções vitais, muitas vezes prolonga a vida a qualquer custo, pelo que, o enfermeiro, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, deverá abster-se de participar em tratamentos desnecessários/inúteis, tal como descrito nos Artigos 108.º e 110.º do CDE.

Nesta ordem de ideias, mais uma vez se realça o papel crucial do enfermeiro especialista em EMC, pois é capaz de intervir de forma diferenciadora a este nível dado os conhecimentos e habilidades que detém decorrentes do processo de aprendizagem, dignificando a morte e facilitando os processos de luto.

Dada esta perspetiva de responsabilidade e consciência da repercussão das minhas intervenções, procurei promover uma prática de cuidados assente no respeito pelos direitos humanos.

Tendo como principais referenciais a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, prestei cuidados de enfermagem holísticos com respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais dos doentes e respetiva família. Além disso procurei salvaguardar o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação, à privacidade e confidencialidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, isento de qualquer tipo de discriminação. Ou seja, na prática de cuidados diária procurei reger-me pelo princípio da igualdade.

O estágio desenvolvido no SU revelou-se particularmente desafiante no que se refere à garantia da privacidade, exigindo a adoção e a promoção de medidas de modo a garantir a segurança da informação acerca do doente. Esta dificuldade advém da configuração do SU e do número elevado de doentes que ali acorrem. A utilização de biombos e adequação do tom de voz constituíram medidas essenciais na transmissão de informação aos doentes e na garantia da privacidade e dignidade dos mesmos.

Inevitavelmente, as questões que tenho vindo a abordar enquadram-se numa filosofia de melhoria contínua da qualidade. Neste âmbito, é fundamental que o enfermeiro especialista colabore na conceção, operacionalização e divulgação de projetos institucionais na área da qualidade.

Assim, nos diferentes campos de estágio, procurei mobilizar conhecimentos e habilidades sobre as diretivas na área da qualidade na prestação de cuidados através da assimilação dos projetos, protocolos e procedimentos instituídos, colaborando na continuidade da implementação dos mesmos.

Não obstante, a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas para que, em função dos resultados, o enfermeiro possa revê-las e implementar programas de melhoria contínua. Nesta linha de pensamento, ao longo dos estágios baseei-me na mais recente evidência científica para fundamentar as intervenções planeadas e implementadas, revi guias de boas práticas no domínio da PSC e contribuí para a formação dos enfermeiros do SU com a apresentação teórica de um tema de interesse na área do doente cardíaco. Participei, também, nas estratégias de prevenção e controlo da infeção dos serviços onde realizei os estágios, com vista à segurança e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O crescente interesse e preocupação que se tem verificado no que se refere à melhoria contínua da qualidade permitiu o desenvolvimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, expressa no Despacho n.º 5613/2015. Assim, garantiu-se que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças.

No documento acima referido, define-se qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551).

Quando falamos em melhoria contínua da qualidade torna-se imperioso abordar a questão da segurança dos cuidados, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, plasmado no Despacho n.º 1400-A/2015, visa atingir um conjunto de objetivos estratégicos que se cruzam com o perfil de competências do enfermeiro especialista, pois, este considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes.

No que se refere à promoção e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, o campo de estágio que se mostrou mais desafiante a este nível foi, mais uma vez, o SU devido à sua dinâmica e ao elevado número de doentes a quem o enfermeiro atende. Assim, visando a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, procurei colaborar com o enfermeiro tutor no envolvimento da restante equipa na gestão do risco, na definição dos recursos adequados para a prestação de cuidados seguros prevenindo os riscos ambientais, e ainda na organização do trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

A transmissão de informação de forma concisa e organizada, através das passagens de turno, constitui um elemento fundamental para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem, minimizando a ocorrência de erros pois toda a equipa toma conhecimento do estado de saúde dos doentes. De modo a não haver falhas na transmissão de informação, optei por organizar as passagens de turno segundo a nomenclatura ABCDE fazendo referência aos problemas identificados, às intervenções implementadas e aos resultados obtidos, focando assim nos aspetos fundamentais relativos a cada doente e assegurando a continuidade dos cuidados. Portanto, considero que este foi um aspeto bastante trabalhado

em todos os contextos clínicos inerentes à minha formação e com importante contributo na prática profissional.

A preocupação com a segurança na preparação e administração da terapêutica foi também transversal aos três estágios, pelo que procurei sempre assegurar a aplicação dos princípios básicos na preparação e administração da terapêutica prescrita.

A identificação dos doentes constitui, também, um aspeto fundamental no que se refere à segurança dos cuidados. Durante o estágio desenvolvido na UCIP, pude aperceber-me da importância da existência de um protocolo que garanta a correta identificação dos doentes, sendo obrigatório o planeamento desta intervenção no plano de cuidados de todos os doentes admitidos na unidade. Desta forma é possível minimizar o erro humano na prestação de cuidados de enfermagem, num contexto altamente complexo, em que a vida dos doentes depende de medidas terapêuticas e tecnológicas avançadas.

No dever da excelência profissional, o enfermeiro, em particular o enfermeiro especialista em EMC, tem de promover um ambiente de cuidados seguro, identificando eventuais situações de risco e analisando, propondo e aplicando soluções para os problemas encontrados. Isto interliga-se com o tema da prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta ordem de ideias, em todos os estágios apliquei as escalas de avaliação (escala de Morse e escala de Braden, respetivamente) e implementei estratégias para prevenção destas problemáticas. Por exemplo, para prevenir as quedas tinha o cuidado de elevar as grades das camas/macas, baixava as camas para o nível mínimo em altura, posicionava os doentes em segurança e garantia uma vigilância rigorosa dos doentes que apresentavam quadros confusionais. No que se refere à prevenção das úlceras por pressão, procurei assegurar a ingestão de uma dieta equilibrada, adequada às necessidades energéticas de cada doente; observei a pele com especial atenção às zonas sujeitas a maior pressão, promovendo a higiene e hidratação da mesma; providenciei colchão de pressão alterna quando necessário; assegurei a mobilização e os posicionamentos adequados e em tempo útil.

Ainda no âmbito da temática da segurança devo referir que, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, “a notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro” (p.3882). Neste sentido, consultei o procedimento relativo à notificação de incidentes e eventos adversos dos diferentes campos de estágio, que tem como objetivos estabelecer o circuito de notificação de eventos adversos no âmbito clínico e não clínico, estabelecer uma política de gestão de

notificações e envolver os profissionais na notificação e gestão dos eventos do seu local de trabalho, nunca deixando de parte a adoção de medidas que garantam a segurança de dados e de registos.

Como se constata, as questões relativas à melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados inserem-se no domínio da gestão dos cuidados. Nesta linha de pensamento, exige-se do enfermeiro especialista uma gestão de cuidados que otimize as respostas da equipa de enfermagem em articulação com a equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos às necessidades de cuidados e identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

O estágio de opção foi aquele em que mais desenvolvi as competências relacionadas com a gestão dos cuidados. Sob tutoria de uma enfermeira especialista em EMC, fui orientada para aspetos importantes da gestão das equipas de enfermagem, gestão de recursos materiais e, ainda, para a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista junto da equipa multiprofissional. A este nível pude aperceber-me da importância do enfermeiro especialista envolver-se no plano terapêutico dos doentes, de modo a trabalhar em assessoria com os outros enfermeiros, inclusive o enfermeiro chefe, intervindo na tomada de decisões e na orientação e supervisão de tarefas.

De facto, quando falamos em gestão de cuidados, torna-se premente refletir acerca de um modelo de organização de recursos humanos que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem. Assim, a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos constituem aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (OE, 2014).

Por fim, no que se refere ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, posso afirmar que o contacto com os diferentes contextos da prática de enfermagem e com outros profissionais permitiram-me desenvolver conhecimentos e estratégias na prestação de cuidados à PSC. Tudo isto veio consolidar o processo de construção de um percurso de autoconhecimento e autoformação, particularmente, através do reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais. De facto, o contacto com diferentes realidades exigiu-me capacidade de gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Como não podia deixar de ser, neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, procurei assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções planeadas e implementadas em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. Ao longo dos estágios demonstrei ter uma base de conhecimentos sólida, conseguindo transpô-los para a prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

No capítulo que se segue, após a realização dos diferentes estágios, evidencio a análise crítica das atividades realizadas, recorrendo aos dados de investigação mais recentes que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC.

CAPÍTULO III - PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: O CONTRIBUTO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

No decurso do desenvolvimento das minhas competências pessoais e profissionais, em 2019, após três anos no desempenho de funções como enfermeira generalista no Serviço de Cardiologia do HNM, já com algumas experiências profissionais e formativas, senti necessidade de aprofundar conhecimentos científicos e técnicos que me permitissem fundamentar os cuidados prestados e responder às diversas situações e contextos da prática clínica avançada.

Na incessante busca por cuidados de enfermagem cada vez mais diferenciados, procurei desenvolver a minha intervenção num domínio de cuidados específico, ou seja, aperfeiçoar os meus conhecimentos na área de enfermagem à PSC nos diferentes contextos, rumo à excelência do exercício profissional.

À luz das afirmações de Benner (2001), sendo uma profissional no nível competente, capaz de efetuar análises conscientes, abstratas e analíticas das situações, tomei consciência de que estava na altura de adquirir um corpo de conhecimentos e competências sólidos, capaz de mobilizar, integrar e transferir o saber em relação a cada situação e, assim, atingir a perícia na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, em específico, na área da gestão de cuidados de enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) COVID.

A autora supracitada enfatiza ainda que, no percurso de aquisição da perícia, o enfermeiro aprende a organizar, planificar e a coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes e a determinar as prioridades consoante as mudanças do estado dos mesmos.

Por outro lado, e indo ao encontro do referido na Lei n.º 156/2015, Artigo 111.º, referente ao dever dos enfermeiros para com a profissão, pretendo desenvolver uma conduta profissional e pessoal que honre a profissão. Nesse sentido, destaca-se a importância da participação e envolvimento em projetos que promovam o desenvolvimento pessoal e profissional, que por sua vez transformem a prática e contribuam para a visibilidade e valorização da profissão.

Como acima referido, no estágio de opção, orientei a minha área de estudo para o doente COVID positivo, especificamente para o desenvolvimento de competências na gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID. Essa escolha deveu-se ao contexto da minha prática de cuidados enquanto enfermeira, tendo integrado desde início a equipa da Medicina Nuclear do HNM onde eram acolhidos todos os doentes suspeitos e/ou confirmados com COVID-19. Assim, numa fase mais avançada e com base nos conhecimentos advindos dessa experiência, procurei desafiar a aquisição de competências especializadas neste campo de intervenção.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área do cuidado à PSC, expressas no Regulamento n.º 429/2018, têm por base a prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de forma contínua, ao doente 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. Como tal, exige-se do enfermeiro especialista em EMC a observação, colheita e procura contínua de dados com o objetivo de conhecer a situação do doente alvo de cuidados, de prever e detetar complicações precocemente assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Isto cruza-se com o que defende Benner (2001), ao afirmar que a vigilância contínua e deteção precoce de eventuais problemas garantem a proteção do doente. Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que passam mais tempo junto do doente, muitas vezes, constataam mudanças de comportamento ou sinais de instabilidade, mesmo quando não se verificam alterações dos parâmetros vitais, intervindo de forma antecipada com base em conhecimentos sólidos, assegurando a segurança e qualidade dos cuidados.

Nesta ordem de ideias, de acordo com o Regulamento acima referido, tendo em vista o desenvolvimento de cuidados especializados à PSC, o enfermeiro especialista em EMC deve ser capaz de:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim, de modo a descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, optei por refletir e fundamentar esse trajeto com base em evidência científica atual e fidedigna. Desta forma, nos subcapítulos que se seguem apresento a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em cada um dos campos de estágio, tendo como referência o Regulamento n.º 429/2018 e os objetivos delineados no projeto de autoformação, comprovando a aquisição das competências especializadas.

O projeto de autoformação visa responder a uma necessidade de aprofundamento de competências na área de opção, correspondendo a um processo de planeamento e

realização de um conjunto de ações com vista a atingir determinados objetivos no período de tempo da prática clínica. Ou seja, a elaboração de um projeto consiste num empreendimento temporário, que comporta um conjunto de atividades coordenadas e controladas com datas de início e de fim, desenvolvidas para alcançar um objetivo (Miguel, 2019). O projeto conduz à mudança na medida em que permite alterar um contexto e resolver problemas através da aprendizagem, aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências.

Acrescento, ainda, que ao longo de todos os estágios procurei desenvolver uma metodologia de trabalho que favorecesse a assistência ao doente/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Como tal, pretendi desde logo conhecer a metodologia de trabalho do enfermeiro e simultaneamente identificar a estrutura organizacional e funcional dos serviços assim como os meios existentes, quer através da comunicação informal com o tutor quer com a restante equipa de enfermagem. Igualmente, a consulta de documentação existente nos serviços, como por exemplo o manual de integração de novos enfermeiros, permitiu-me recolher informação pertinente para alcançar uma adaptação eficaz ao serviço e a toda a sua dinâmica organizacional e funcional.

3.1. Estágio I: Serviço de Urgência

O estágio I levado a cabo no SU do HNM decorreu no período de 26 de outubro de 2020 a 14 de novembro de 2020, contemplando um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante. Este teve como principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem à PSC em contexto de urgência e emergência.

O SU do HNM situa-se no andar técnico do edifício e abrange toda a população adulta da ilha da Madeira. Tem como missão prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de urgência/emergência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana (HNM, 2013).

O serviço é dirigido por um médico intensivista e por um enfermeiro chefe especialista em EMC. Naturalmente, trata-se de um serviço que funciona durante 24 horas por dia, todos os dias do ano. Encontra-se dividido nas áreas médica, cirúrgica e ortopédica. Conta, ainda, com a urgência de ginecologia-obstetrícia localizada no 4º piso.

O SU do HNM é um serviço polivalente, ou seja, como explica a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), no relatório

elaborado em 2012, um serviço com estas características constitui o nível mais diferenciado de resposta em situação de urgência/emergência, sendo capaz de responder a necessidades de procura resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referência existentes.

O SU consiste num serviço onde são prestados cuidados diferenciados em situações de urgência e emergência, isto é, o serviço presta cuidados médicos e cirúrgicos de nível I à PSC, com recurso a áreas de diagnóstico e terapêutica, exigindo a excelência dos seus colaboradores, em articulação com a equipa multidisciplinar, de modo a prestar uma resposta eficaz nas diversas situações.

A equipa de enfermagem do SU é constituída por 80 enfermeiros, divididos em cinco equipas (A, B, C, D, E) com cerca de 15 elementos, cada uma com um responsável de equipa e pelo menos um enfermeiro especialista em EMC. Estes orientam a sua atuação com base num modelo de tomada de decisão, o processo de enfermagem.

O plano de distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é realizado pelo enfermeiro chefe de equipa. Este também é responsável pela mobilização dos elementos da equipa ao longo do turno, sempre que necessário, de modo a fazer face às necessidades dos doentes e garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que à estrutura física e recursos materiais diz respeito, a CRRNEU (2012) refere que o SU deve contemplar área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais, devendo o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório (BO) ser fácil.

De modo a corresponder às orientações preconizadas, e tendo em conta o contexto atual, o SU do HMN possui pré-triagem, triagem avançada, gabinete de triagem, área de acolhimento, quatro gabinetes para observação médica (três do foro médico e um do foro cirúrgico), área de ortopedia também com gabinete médico, sala de tratamento, sala aberta, sala de recuperação, sala de pequena cirurgia, sala de observação, isolamento, unidade de cuidados especiais e sala de emergência/ “sala 0”. Contíguos encontram-se os serviços de imagiologia e o serviço de medicina intensiva. O BO situa-se no piso superior.

O SU conta ainda com um conjunto de áreas de apoio, nomeadamente, área administrativa, zonas de espera e de informação, gabinetes médicos e de enfermagem, arrecadações, sanitários, zona de sujos, copa, rouparia, vestiários e um posto policial.

No que se refere à primeira competência específica no âmbito do cuidado à PSC - cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica/falência orgânica - no SU surgiram diversas situações que exigiram conhecimentos e técnicas diferenciadas no atendimento ao doente urgente/emergente, pelo que a aquisição e aplicação de conhecimentos, bem como o aperfeiçoamento técnico, foram essenciais no desenvolvimento desta competência.

Portanto, o estágio no SU além de promover a prestação de cuidados ao doente crítico em situação de urgência/emergência, permitiu a integração e compreensão da estrutura e funcionamento do serviço assim como o circuito do doente desde o acolhimento até o internamento/alta.

Devido à situação pandémica que vivemos houve necessidade de ajustar o circuito de doentes no SU; portanto, numa primeira fase, o doente é avaliado pelo enfermeiro da pré-triagem que recolhe a história do mesmo e o motivo de ida ao SU podendo este ser orientado para a triagem avançada se tiver critérios clínicos e/ou epidemiológicos de SARS-CoV-2. Se o doente não apresentar nenhum destes critérios dá entrada no SU pelo circuito “normal”, seguindo-se uma avaliação de enfermagem mais pormenorizada e através do sistema de triagem de Manchester é determinada a prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Os doentes, posteriormente, são conduzidos para avaliação médica de acordo com a especialidade adequada à sua situação clínica.

Após observação e avaliação médica, o doente normalmente é encaminhado para a sala de tratamento onde são realizadas colheitas de sangue, administração de terapêutica ou outras intervenções que se considerem importantes. A sala aberta permite que os doentes aguardem pelos resultados dos exames complementares de diagnóstico, por nova avaliação médica, por avaliação médica de uma especialidade que não se encontre em presença física ou até mesmo pelo resultado do teste SARS-CoV-2, para posterior internamento. Além da sala aberta, existe um anexo, onde os doentes que necessitam de internamento aguardam o resultado do teste. Os doentes que aqui permanecem não requerem vigilância apertada, contudo existem sempre enfermeiros destacados para essas áreas.

Consoante o estado clínico do doente, as necessidades de vigilância, monitorização, e cuidados de enfermagem diferenciados, os doentes são encaminhados para uma das secções do SU.

Na sala de emergência são admitidos todos os doentes que requerem cuidados urgentes/emergentes, como por exemplo as vias verdes (sistemas de resposta rápida). Trata-se de uma sala equipada com meios de diagnóstico, monitorização e terapêutica. Após

avaliação e estabilização do(s) doente(s) procede-se à transferência para outros serviços, nomeadamente, serviço de medicina intensiva, BO ou unidade de acidente vascular cerebral (AVC). Estes também poderão permanecer no SU, na sala de observação ou nos cuidados especiais, a aguardar vaga num serviço de internamento.

Durante o estágio no SU foram várias as experiências que constituíram um desafio à atuação de enfermagem. Relembro o turno que realizei no acolhimento e triagem de doentes, tendo de dar resposta a um leque de situações complexas, algumas delas sem que fosse possível a colaboração do doente e/ou familiares. Isto exige experiência clínica e capacidade diferenciada de avaliação das situações para realizar uma correta triagem e, se necessário, acionar a sala de emergência. Denota-se, assim, a importância da intervenção do enfermeiro especialista em EMC no momento de acolhimento e triagem dos doentes, na medida em que é capaz de tomar decisões baseadas no conhecimento e experiência profissional, e estabelecer uma relação terapêutica facilitadora da identificação de focos de instabilidade suscetíveis de colocar a vida do doente em risco, encaminhando-o para a respetiva área de cuidados.

Perante a chegada de um doente em situação emergente ao SU é ativada a “sala 0”, através de uma campainha, e os enfermeiros destacados dirigem-se para a mesma. Entre estes elementos existe sempre um enfermeiro especialista em EMC que assume a liderança da ocorrência e realiza uma avaliação sequencial e integrada do doente crítico, em colaboração com a restante equipa, apercebendo-se de possíveis alterações do estado do doente ou na sua abordagem.

A realização da avaliação primária e estabilização inicial do doente deve ser inferior a 20 minutos, pelo que são exigidas ações bem coordenadas e cada elemento da equipa deve ter objetivos claros e responsabilidades bem definidas, possibilitando uma maior rapidez na identificação e correção de problemas. Neste contexto, a avaliação dos doentes em risco iminente de vida deve seguir sempre a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), descrita pela *American College of Surgeons* em 2012, permitindo uma avaliação completa e segura, com a identificação de eventuais focos de instabilidade que exigem organização e articulação lógica do pensamento, no sentido de assegurar os cuidados necessários à estabilização do doente.

A título de exemplo, ao longo do estágio no SU, nos turnos em que fui destacada para a sala de emergência tive oportunidade de prestar cuidados a doentes politraumatizados, colaborando na avaliação e estabilização destes segundo a abordagem preconizada. Estas

experiências permitiram-me aperfeiçoar a abordagem ao doente vítima de trauma, sendo capaz de atuar de forma eficaz e em tempo útil em situações urgentes/emergentes.

Acrescento, ainda, que a capacidade de resposta rápida e eficiente na abordagem à vítima advém da aquisição de uma base de conhecimentos aprofundados e diferenciados, bem como da transposição dos mesmos para a prática clínica. Neste âmbito, além dos conhecimentos adquiridos em sala de aula e através das simulações práticas e da experiência profissional obtida até então, destaca-se também a realização e conclusão do curso *Immediate Life Support (ILS)* do *European Resuscitation Council* que se revelou crucial neste contexto, habilitando-me para responder de forma antecipada e imediata aos focos de instabilidade.

Durante a permanência do doente no SU, nas diferentes áreas do circuito, cabe ao enfermeiro manter a vigilância do seu estado geral, prevenir e detetar complicações. Isto exige conhecimentos aprofundados e capacidade de avaliação/compreensão dos fenómenos, diagnóstico e atuação. Por exemplo, durante o estágio no SU assisti um doente que após um tromboembolismo pulmonar desenvolveu um AVC, situação de risco que foi detetada aquando da avaliação do doente no início do turno pois encontrava-se afásico, com diminuição da força e alteração do estado de consciência. O médico de serviço foi informado de imediato acerca do agravamento do doente e foi ativada a via verde do AVC. Após realização de TAC crânio-encefálica confirmou-se o diagnóstico, tendo critérios para iniciar um fibrinolítico que permite o tratamento eficaz desta patologia. Assim, foi possível intervir de forma precoce diminuindo a morbimortalidade pós-evento cerebrovascular agudo, resultando num menor impacto a nível pessoal, familiar, social e económico.

Neste sentido, saliento a minha capacidade de identificar os focos de instabilidade atuando de forma pronta e antecipatória, reconhecendo as necessidades imediatas do doente com base na avaliação minuciosa do seu estado geral, transmitindo essa informação à equipa médica de modo que se possa intervir em tempo útil.

Embora a missão do SU hospitalar esteja orientada para a abordagem de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes, verificou-se que muitos dos casos, após a Triagem de Manchester, eram não urgentes ou pouco urgentes. Como se confirma no relatório da CRRNEU (2012), “as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais do SU. No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil” (p.8).

Ora, a situação descrita vem contribuir para um problema muito comum nos SU portugueses e ao qual o SU do HNM não foge: a grande afluência de doentes. Naturalmente, esta situação tem influência negativa nos tempos de atendimento, na qualidade dos cuidados prestados e na segurança dos mesmos. Poderíamos, eventualmente, inverter esta situação através da atribuição de um médico de família a todos os cidadãos de modo a facilitar o acesso às consultas de rotina/seguimento. Desta forma, as situações de saúde não urgentes ou pouco urgentes seriam direcionadas para os centros de saúde, não comprometendo o atendimento em tempo útil dos casos urgentes/emergentes que ocorrem ao SU.

Assim, embora o estágio tenha abrangido a observação de todo o circuito dos doentes no SU, focalizou-se essencialmente no cuidado ao doente a vivenciar processos complexos de doença crítica, pelo que realizei grande parte do estágio na sala de observação, onde se procede à monitorização hemodinâmica contínua do doente e realização de protocolos terapêuticos complexos; e na sala de cuidados especiais onde o doente crítico exige monitorização hemodinâmica contínua, suporte ventilatório e gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Como se constata, ao longo do meu estágio no SU tive a oportunidade de planear e implementar cuidados de enfermagem ao doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Portanto, prestei cuidados a doentes com monitorização não invasiva e invasiva contínua, correlacionando os parâmetros daí obtidos com os dados analíticos e com a clínica apresentada pelo doente, antecipando desta forma a instabilidade e o risco de falência orgânica.

Assim sendo, prestei cuidados contínuos e individualizados a doentes em risco de vida, identificando intervenções de enfermagem face aos focos de instabilidade, permitindo a execução de intervenções técnicas de alta complexidade e implementação de protocolos sempre que a situação clínica do doente exigiu.

Importa também salientar que a enfermagem deve deter uma abordagem holística envolvendo não só o doente alvo dos cuidados, mas também a respetiva família/cuidador em todo o processo de saúde-doença. Portanto, durante o desenvolvimento do estágio no SU tive sempre como foco de atenção as necessidades do doente e família/cuidador, tendo em conta as suas múltiplas dimensões, procurando estabelecer, aquando da minha abordagem, uma relação terapêutica eficaz.

Num contexto tão complexo, em que o doente e a família experienciam um processo agudo de doença, a transição saúde-doença pode condicionar processos de perturbação emocional, pelo que é exigido do enfermeiro especialista em EMC capacidade de gestão da

ansiedade e do medo vividos pelo doente e pela família, numa situação inesperada. Revejo as inúmeras situações em que, após a estabilização do doente, dirigi-me à família/cuidador que se encontrava à porta do SU, informando acerca do estado de saúde do seu familiar com o intuito de tranquilizar e prestar apoio emocional.

Sendo o SU um local em que a maior parte dos doentes requerem cuidados urgentes, torna-se também um serviço complexo a nível humano, onde a dor, o sofrimento e a angústia estão sempre presentes. Estes fatores são geradores de grande *stress*, tanto no doente como na família que aguarda ansiosamente por notícias. O contacto com a equipa de saúde torna-se indispensável e o trabalho do enfermeiro é importante, pois é o elemento da equipa que passa mais tempo junto do doente.

Apercebi-me que a humanização dos cuidados é uma tarefa difícil, estando condicionada em parte pelas próprias condições físicas e pela sobrecarga de trabalho, porém o contacto entre o enfermeiro e a família do doente é imprescindível. Todavia, as condicionantes impostas pelo SARS-CoV-2 dificultaram o estabelecimento da relação terapêutica com a família/cuidador, sendo que, muitas vezes o contacto era realizado telefonicamente, aumentando o desafio.

Efetivamente, o enfermeiro tem de lidar não só com as respostas fisiológicas do doente à doença, mas também com as reações do mesmo e da sua família face à transição saúde-doença vivenciada, valorizando o seu potencial. Todo este processo de transição necessita de atenção especial da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros que são normalmente os prestadores de cuidados primários (Meleis, 2007).

Como tal, tive sempre a preocupação de responder às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao seu grau de conhecimento, de modo a não contribuir para a ansiedade do doente/família, solicitando colaboração do tutor, sempre que considere necessário.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2011), considerando a informação como um conjunto de dados que visa o conhecimento e compreensão das situações e sua envolvência, defende que na relação de ajuda a informação constitui um recurso precioso na tomada de decisão associada à autonomia. No entanto, e não esquecendo o dever de sigilo, descrito no artigo 106.º do CDE, a informação partilhada, quando não ao próprio, carece de proteção, expondo somente a necessária aos envolvidos no plano terapêutico tendo em vista o bem-estar, a segurança física, emocional, social e os direitos do próprio.

Nesta linha de pensamento, torna-se fundamental que a comunicação com a família/cuidador esteja incluída no processo de recuperação do doente, pelo que, no desenrolar deste estágio, tive oportunidade de informar acerca do estado clínico dos doentes não esquecendo que o excesso de informação poderia ser prejudicial, evitando pormenores técnicos, fornecendo informação verídica, sem fomentar falsas expectativas, recorrendo desta forma à família como parceira na recuperação dos doentes, tendo em vista a readaptação funcional após a alta. Procurei, deste modo, desenvolver competências específicas em técnicas de comunicação, sendo capaz de adaptar a comunicação ao doente e ao contexto.

A OE no Regulamento n.º 429/2018 refere que o enfermeiro especialista em enfermagem em PSC também tem de demonstrar competências na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, planear as respostas concretas e gerir cuidados perante estas situações.

A catástrofe é definida, no Artigo 3.º da Lei n.º 27/2006 de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional.

Ainda, no anterior Regulamento, está exposto que a emergência multivítimas envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e por consequência a prática de cuidados de saúde. Tal situação exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionar o melhor tratamento às vítimas, efetuando o melhor uso dos recursos disponíveis.

Como tal, sendo os enfermeiros parte integrante dos sistemas de saúde, no cuidar da pessoa em situação de urgência/emergência e/ou catástrofe, estes devem estar preparados para a possibilidade de intervir numa situação semelhante (Lennquist, 2012). Assim, torna-se fundamental possuir conhecimentos sobre a triagem em situação de catástrofe (dois algoritmos de atuação) e decisão de sequência de atuação, visando minimizar os efeitos adversos da ocorrência. Mais acrescento, que este foi um dos aspetos trabalhados nas aulas práticas através de exercícios de simulação baseados em casos reais.

Durante o meu estágio não se verificou nenhuma ocorrência com multivítimas ou catástrofe, no entanto, tal como todos os enfermeiros do SU, tive conhecimento do plano de emergência hospitalar, da ordem de procedimentos e qual o papel do enfermeiro chefe na gestão de recursos humanos e materiais, assim como na reestruturação das áreas do SU. Não

obstante, com o intuito de dar resposta a esta competência específica, questionei o enfermeiro tutor sobre o plano de intervenção em situação de catástrofe implementado no hospital, ficando a conhecê-lo e, ainda, pesquisei sobre as diretrizes emanadas no Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira.

Relativamente aos recursos materiais usados nestas situações, fiquei a conhecer através do enfermeiro tutor o local onde se encontra armazenado o *stock* de diversos materiais e os *kits* oferecidos às vítimas no momento da admissão, o que permite identificá-las.

Neste âmbito, importa também estabelecer relação com o exercício profissional no pré-hospitalar e com a experiência por mim vivenciada no SEMER. O exercício profissional em contexto pré-hospitalar apresenta algumas particularidades e especificidades devido a fatores de gravidade/complexidade/ imprevisibilidade das situações, a elevada exposição dos profissionais, a distância a meios mais diferenciados e a concentração da tomada de decisão num número reduzido de elementos (Tomás, 2009).

A emergência pré-hospitalar entende-se por uma alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes (Mateus, 2007).

A realização de três turnos com a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) teve como principal objetivo compreender a dinâmica e funcionamento dos diferentes meios na assistência pré-hospitalar. Assim, fiquei a conhecer as instalações, orgânica e estrutura do serviço, legislação, funcionamento operacional e o papel do enfermeiro especialista no pré-hospitalar.

A metodologia de trabalho desta equipa é fundamentada em protocolos e procedimentos elaborados por especialistas na área da emergência pré-hospitalar. Embora as competências variem consoante a categoria profissional e as abordagens, respeitam as recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação.

A atuação do enfermeiro em meio pré-hospitalar deve garantir o acompanhamento e vigilância durante o transporte primário e/ou secundário da vítima desde o local do evento até à unidade hospitalar, assegurando a prestação de cuidados necessários à manutenção ou recuperação das funções vitais (OE, 2007).

Esta atuação atende aos algoritmos e/ou planos de ação que estão incluídos no contexto das atuações interdependentes, descritos no Decreto-Lei n.º 161/96 referente ao REPE, permitindo ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções, evidenciando-se também o caráter autónomo das suas intervenções na manutenção das funções vitais.

Neste contexto de estágio, foi com base nos algoritmos atuais de suporte básico de vida e suporte avançado de vida emanados nas *guidelines* de 2015 do Conselho Europeu de Ressuscitação e a realização do curso ILS, que me preparei para integrar a equipa da EMIR na prestação de cuidados, na estabilização da vítima no local e acompanhamento da mesma até ao hospital.

Segundo a OE (2007), o enfermeiro do pré-hospitalar assume o dever de transmitir informação pertinente, suportada em registos apropriados, no momento da admissão da vítima de acidente e/ou doença súbita na unidade hospitalar. Assim sendo, aquando da chegada da vítima ao SU transmiti a informação pertinente aos colegas responsáveis pela triagem segundo a metodologia ABCDE, assegurando a continuidade de cuidados.

Apesar da minha experiência ser apenas no contexto hospitalar foi relativamente fácil a adaptação ao pré-hospitalar; para isso contribuiu o facto de todos os profissionais utilizarem a mesma linguagem, aspeto que se revelou facilitador na abordagem à vítima.

Ao longo desta experiência, pude também colaborar com os colegas do Sistema de Triagem e Atendimento Telefónico no atendimento, triagem e registo de variadas ocorrências. Existe um programa direcionado para a triagem no contexto pré-hospitalar onde consta a identificação da(s) vítima(s), a sua localização, o motivo da chamada, os hábitos farmacológicos, os antecedentes pessoais, e os sinais e sintomas da vítima, permitindo a avaliação da mesma. Posteriormente, são dadas as orientações necessárias para cada situação e é estabelecida uma prioridade, para que possam ser acionados os meios de socorro.

A gestão de cuidados neste contexto requer uma colheita de dados, a identificação de problemas reais e potenciais, a fixação de prioridades, a definição de critérios para os resultados, a execução das intervenções planeadas e avaliação no sentido de adotar uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, vítima de acidente e/ou doença súbita.

Durante o período de estágio, aquando das saídas efetivadas, verifiquei que as famílias vivenciam situações de descontrolo, ansiedade, medo, luto e momentos de sofrimento. Como tal, sempre que possível, apoiei as famílias das vítimas, procurando tranquilizá-las, pois o enfermeiro que exerce funções no pré-hospitalar além de ser detentor de uma enorme diversidade de conhecimentos científicos e técnicos, tem de desenvolver competências relacionais e comunicacionais de forma a conseguir dar resposta às necessidades das vítimas e seus familiares.

No atendimento pré-hospitalar, a comunicação eficaz permite fazer uma boa colheita de dados, obtendo informações importantes como por exemplo os antecedentes do

doente, entre outros dados, que são fundamentais para estabelecer um diagnóstico e orientar o tratamento mais adequado. Relembro uma situação de paragem cardiorrespiratória no domicílio, em que a comunicação com os familiares permitiu conhecer os antecedentes da vítima e a medicação habitual, permitindo identificar a causa do sucedido. A obtenção destes dados revelou-se fundamental aquando da transferência do doente no SU, facilitando a transição efetiva da informação, de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Transpondo para a dimensão da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve integrar a equipa na organização dos recursos materiais e meios técnicos de intervenção. Neste contexto, pude observar e colaborar nas atividades diárias relativas à verificação da operacionalidade das viaturas e na gestão de *stocks*, verificando a reposição de materiais e fármacos.

O enfermeiro no pré-hospitalar requer capacidade de lidar com situações complexas com a máxima rapidez e precisão em relação a outros contextos, assim como requer competências na integração de informação, tomada de decisão e estabelecimento de prioridades.

Posso afirmar que este período de estágio realizado no pré-hospitalar possibilitou a aquisição de competências na abordagem ao doente crítico num contexto diferente, mais exposto, exigindo uma enorme capacidade de tomada de decisão face aos focos de instabilidade/problemas identificados e atuar em conformidade.

Portanto, tanto em cenário extra-hospitalar como em contexto intra-hospitalar compreende-se a pertinência de um enfermeiro especialista em EMC enquanto elemento da equipa prestadora de cuidados, mas também na coordenação dessa mesma equipa, pois é capaz de identificar as necessidades de cuidados e priorizá-las de forma mais eficiente atendendo à sua área de especialização.

No seguimento do percurso de aquisição de competências especializadas e considerando o elevado risco de infeção associado ao doente crítico, o enfermeiro especialista em EMC deve maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo desta problemática.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade.

As IACS consistem numa “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (...)” (p.4), com cada vez mais impacto em Portugal (DGS, 2007). O relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos vem reforçar esta ideia, demonstrando uma prevalência de 7.8% nos doentes internados e acrescentando que se estas não forem controladas até 2050, mais 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos. Assim, se por um lado se prolonga a sobrevida dos doentes, por outro verifica-se que estes se tornam vulneráveis a múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados, sobretudo no que concerne ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora.

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da PSC é fundamental que o enfermeiro especialista em EMC responda eficazmente na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Acentuam a pressão geradora de resistência a antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos. No relatório global sobre a vigilância da resistência a antimicrobianos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que este constitui um problema de saúde pública (DGS, 2017).

Reconhecendo o problema, a DGS em 2017, através do relatório acima referido emitiu normas de prevenção e controlo da infeção sendo igualmente responsável pela vigilância epidemiológica.

No SU os riscos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem aumentam o índice de infeções, visto que tanto os profissionais como os doentes estão expostos a um ambiente que facilita o desenvolvimento de infeções cruzadas. A própria estrutura organizacional e funcional do SU interfere diretamente nas práticas dos profissionais, influenciando na qualidade dos cuidados e determinando comportamentos. Isto é, quando a estrutura não é favorável, não tendo condições ideais para a prestação de cuidados, contribui para a não adesão dos profissionais de enfermagem às técnicas e medidas instituídas para prevenção e controlo da infeção hospitalar, aumentando a exposição ao risco e comprometendo os cuidados (Santos et al., 2008).

Nesta ordem de ideias, como pude constatar, a estrutura física do SU onde realizei o estágio é inadequada, pois não possui uma planta física que permita manter a distância ideal entre os doentes, particularidade que aumenta a probabilidade de transmissão de infeções.

Perante esta experiência, verifiquei que existe um grande risco de infeções cruzadas, associadas em parte à falta de recursos humanos e materiais e à não adesão às boas práticas por parte de alguns profissionais. Como tal, ao longo do estágio desenvolvi momentos de reflexão crítica, face às práticas menos corretas, no que respeita à prevenção e controlo da infeção, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste âmbito, integra também uma das competências do enfermeiro especialista em EMC, demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a antimicrobianos, baseados na evidência científica. Portanto, nesta área do cuidado, revelou-se fundamental a pesquisa bibliográfica, a consulta e leitura das normas emitidas pela DGS e normas institucionais, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

Importa, ainda, referir que alguns estudos internacionais demonstram que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde, 2007). Assim sendo, evidentemente não será apenas a falta de condições estruturais e de recursos a causa do grande número de casos de IACS, logo temos de continuar a investir na implementação das medidas de prevenção para evitar a proliferação dos microrganismos. Só se conseguirá alcançar benefícios para os doentes, equipa e instituição através de um somatório de atitudes profissionais realizadas de forma consciente e responsável.

Tendo por base este conhecimento, em todos os momentos da prestação de cuidados de enfermagem no SU, procurei adequar a utilização dos equipamentos de proteção individual de acordo com o risco associado à técnica/cuidado a executar, bem como à vulnerabilidade do doente, procurando ser referência para a equipa na implementação das medidas de prevenção e controlo da infeção.

Ainda no âmbito da prestação de cuidados, no que se refere à preparação e administração de terapêutica, foi com particular atenção que a preparei, rotulei e administrei mantendo a técnica assética, prevenindo os riscos de infeção e de erro terapêutico, preservando uma prática segura, tal como recomendado pela DGS na Norma n.º 029/2012.

Aquando dos períodos de visitas, pude também instruir os familiares/cuidadores para a necessidade de desinfeção das mãos, bem como para o uso de equipamento de

proteção individual (EPI), dando visibilidade aos cuidados de enfermagem, pois toda a prática de cuidados é fundamentada no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC.

Neste sentido, conduzi a minha praxis zelando pelos cuidados prestados, gerindo as normas de segurança e de prevenção e controlo da infeção com o intuito de promover um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.

Para terminar, no que à formação se refere, encontra-se descrito no Regulamento n.º 429/2018 que uma das funções do enfermeiro especialista em EMC consiste em responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

De acordo com Santos (2008), a formação em serviço representa um papel fundamental no desenvolvimento dos serviços promovendo a qualidade, na medida em que permite a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, assim como, a sua atualização.

Neste contexto, durante o estágio desenvolvido no SU, tendo em conta as necessidades de formação da equipa onde estive inserida relativamente à análise e interpretação de traçados eletrocardiográficos, senti necessidade de realizar uma ação de formação (Anexo A). Efetivamente, perante situações de urgência/emergência, em que os doentes apresentam grande instabilidade hemodinâmica, o domínio desta matéria torna-se crucial no reconhecimento imediato de arritmias potencialmente fatais. Para realizar a formação procedi a um planeamento prévio, de modo a sintetizar toda a informação e apresentá-la de forma clara e concisa. A eficácia de tal momento de comunicação foi validada no final da mesma através da criação de um momento para discussão e esclarecimento de dúvidas acerca dos principais aspetos abordados.

3.2. Estágio II: Cuidados Intensivos

O estágio II, desenvolvido na UCIP do HNM, decorreu no período de 14 de setembro de 2020 a 11 de outubro de 2020, contemplando um total de 250 horas, das quais 140 horas foram de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante. O principal objetivo do mesmo consistiu em prestar cuidados de enfermagem de elevada complexidade ao doente crítico em UCI.

As UCIs estão direcionadas para o tratamento de doentes graves, em risco de vida, exigindo monitorização constante das funções vitais a fim de detetar e prevenir complicações atempadamente. Para tal, torna-se crucial que estas unidades sejam dotadas de materiais e

equipamentos sofisticados, mas também profissionais com experiência e formação no cuidado à PSC, como é exemplo o enfermeiro especialista em EMC.

A UCIP do HNM constitui o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos. Trata-se de uma unidade fechada, autónoma e de nível III. Esta classificação, segundo a DGS (2003), é atribuída a unidades que tenham

preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com urgência polivalente (p.8).

Mais recentemente, Ponce (2015) descreveu as unidades classificadas no nível III como aquelas que recebem “doentes com falência múltipla de órgãos com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória, ou substituição da função renal” (p.536).

A UCIP do HNM, cujo diretor de serviço é um médico intensivista e o enfermeiro chefe é um enfermeiro especialista em EMC, tem uma lotação total de 30 camas, sendo 15 camas destinadas à unidade central e outras 15 camas designadas a doentes com COVID-19 com necessidade de medidas de suporte invasivas. Portanto, a UCIP divide-se entre o andar técnico que suporta três setores: o setor de apoio - constituído pelos gabinetes médico e de enfermagem, a copa, a arrecadação de materiais e equipamentos, os vestiários e a sala de pausa; o setor de internamento com sete camas em sala aberta e uma cama de isolamento (com antecâmara) na unidade principal e sete camas em sala aberta nos cuidados especiais da urgência; e, ainda, o setor de sujos e despejos. Na unidade polivalente destinada a doentes COVID positivos encontra-se outra extensão da unidade de internamento com duas salas de cuidados intensivos com um total de 15 camas. Estas unidades encontram-se devidamente equipadas para o normal funcionamento no cuidar do doente crítico.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, sendo dezasseis especialistas em EMC, cinco especialistas em enfermagem de reabilitação, um especialista em enfermagem de saúde mental e um especialista em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. Mais recentemente, devido ao crescente número de doentes internados com COVID-19 em cuidados intensivos foi necessário reforçar a equipa de enfermagem pelo que alguns enfermeiros de outros serviços do HNM, com experiência em ventilação invasiva e cuidado ao doente crítico, integraram a equipa da UCIP temporariamente. A equipa médica é

constituída apenas por intensivistas, que por sua vez pedem a colaboração de outras especialidades sempre que se justifique e de acordo com a situação clínica do doente.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é a de enfermeiro responsável, sendo esta designação atribuída ao enfermeiro que procede à admissão do doente. Assim, este é responsável por efetuar a avaliação inicial, recolhendo informação pertinente junto dos familiares/pessoas significativas e posteriormente elabora o plano de cuidados de enfermagem de acordo com a situação clínica do doente. Além disto, presta cuidados globais em todos os turnos de trabalho e prepara a alta clínica. Este método de trabalho constitui uma mais-valia na prestação de cuidados na medida em que permite que o enfermeiro possua maior controlo da evolução clínica do doente, apresenta maior impacto nos doentes em termos de satisfação, mais qualidade na assistência prestada, maior satisfação profissional e maior autonomia do enfermeiro (Silva, 2017). Na ausência do enfermeiro responsável pelo doente, a responsabilidade pelo mesmo fica a cargo do enfermeiro associado que assegura a continuidade dos cuidados e atualiza o plano de cuidados de enfermagem de acordo com a evolução clínica do doente.

Os doentes internados na UCIP podem provir de qualquer serviço de internamento, SU ou BO, pois a Medicina Intensiva integra um leque variado de condições clínicas em diferentes especialidades e meios que permitem prevenir, diagnosticar e tratar situações de doença aguda de possível reversão, em doentes críticos (White et al., 2017).

Nesta linha de pensamento, segundo Kornusky e Balderrama (2017), a admissão de um doente na UCI visa a sua estabilização clínica e a obtenção de *outcomes* positivos através de cuidados de enfermagem ativos, da monitorização contínua, da deteção precoce e do tratamento atempado de complicações e de outras alterações no *status* do doente admitido neste contexto. Aliás, esta descrição casa-se perfeitamente com o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, nomeadamente, na identificação de focos de instabilidade e na resposta pronta e antecipatória perante os mesmos.

Interligando com as informações acima referidas, no decurso do estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem complexos, quer como enfermeira responsável quer como enfermeira associada, sob tutoria, utilizando o processo de enfermagem como metodologia científica de trabalho, fortalecido pelos conhecimentos científicos adquiridos e pela experiência profissional até ao momento.

No Regulamento n.º 429/2018, referente às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, realça-se o uso deste método científico de decisão nos cuidados ao doente crítico através da necessidade de observar/avaliar, colher dados e investigar

sistematicamente, por forma a conhecer a situação da pessoa recetora de cuidados e antever e identificar complicações em tempo útil.

O processo de enfermagem é a base científica que sustenta as ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para reconhecer e resolver os problemas identificados junto do doente. A implementação deste processo tem vantagens como facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, utilizar uma linguagem comum que facilite a comunicação entre a equipa e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada (Aquino, 2004).

Este processo abarca cinco etapas interligadas, visando essencialmente a planificação de cuidados personalizados. Segundo Potter e Perry (2006), inclui a apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Trata-se de um processo contínuo e ativo, que possibilita alterar os cuidados à medida que se modificam as necessidades do doente.

Baseei-me nas etapas do processo de enfermagem para realizar o planeamento dos cuidados a prestar ao doente crítico, atendendo às necessidades identificadas. Para tal, elaborei e atualizei os planos de cuidados dos doentes atribuídos, de acordo com as respostas obtidas após a implementação das intervenções e estando sempre atenta a novos indícios que pudessem surgir no decurso da prestação de cuidados.

Para a realização do plano de cuidados, utilizei os diagnósticos e intervenções já parametrizados no serviço, baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, pois esta classificação permite representar o processo de cuidados e a uniformização da informação.

Ainda, quando falamos no processo de enfermagem, importa aludir aos registos que constituem parte integrante do mesmo, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes.

Segundo a OE (2014), os registos de enfermagem consistem num “conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (...) necessária à continuidade de cuidados” (p.1). Isto é, os registos de enfermagem devem fornecer informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados prestados, durante um determinado período de tempo, traduzindo legalmente a concretização dos mesmos. Já em 2006, Potter e Perry referiram que os registos devem ser objetivos, exatos, completos, concisos, atualizados e organizados.

Como tal, realizei registos de forma clara e pertinente, documentando a implementação e eficácia das intervenções especializadas executadas, assegurando a continuidade de cuidados.

Por outro lado, a passagem de turno de enfermagem assegura também a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, que deve ser clara, sem ambiguidades e sistematizada, de modo a evitar a banalização desse momento, contribuindo para a qualidade dos cuidados e segurança do doente (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014).

Na Norma 001/2017 da DGS define-se transmissão de informação como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (p.4) e explica-se que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde consiste na “transmissão de informação (...) que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p.4).

Esta temática é de suma importância e é algo que, a meu ver, não pode ser negligenciado pelos profissionais de saúde, uma vez que se trata da segurança dos doentes. Aliás, na norma acima referida, podemos ler que “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade” (p.5). No mesmo documento explica-se que os erros de comunicação “são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (p.5).

Assim, encontram-se como falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados, as omissões de informação, os erros nas informações, a falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Esta problemática é tão relevante que, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, se definiu como objetivo estratégico aumentar a segurança da comunicação. No Despacho n.º 1400-A/2015, fica clara a importância da comunicação na gestão dos riscos:

sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os

profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente (p.3882).

Dado que a passagem de turno é um momento por excelência para transmitir informação pertinente sobre os doentes aos quais prestamos cuidados, tive sempre em conta a importância de organizar os dados sobre o seu estado geral, de forma lógica, partilhando os aspetos essenciais e garantindo a continuidade dos cuidados.

Por outro lado, após receber o turno, complementava as informações obtidas com dados recolhidos do diário clínico, com a prescrição terapêutica, com os exames complementares de diagnóstico realizados e com os dados de monitorização registados em folha própria. Procedia, em seguida, a uma avaliação completa do doente, “da cabeça aos pés”, atendendo a todos os sistemas fisiológicos, contemplando sinais e sintomas. Correlacionava esta análise com os diagnósticos levantados e planeava as intervenções a implementar ao longo do turno.

Esta avaliação minuciosa do doente, logo no primeiro contacto, é fundamental para o diagnóstico precoce de complicações e para determinar a implementação de respostas de enfermagem apropriadas à situação do mesmo. Recordo aqui um doente que, repentinamente, começou a dessaturar (SpO_2 86%). No início do turno, realizei a auscultação pulmonar e este apresentava murmúrio vesicular bilateral. Aquando do agravamento, este já não se encontrava presente à esquerda, pois o doente apresentava uma atelectasia. O problema foi rapidamente resolvido. A avaliação feita inicialmente permitiu-me estabelecer um comparativo com a situação de agravamento, determinar a origem do problema e definir uma intervenção adequada, desde a identificação pronta de um foco de instabilidade à referenciação desta situação problemática à equipa médica, procedendo rapidamente às insuflações com ressuscitador manual com vista a re-expansão pulmonar, a aspiração de secreções e a otimização do posicionamento.

Apesar das UCIs constituírem os locais mais adequados para tratar de doentes críticos, também, representam ambientes potencialmente hostis para o bem-estar e recuperação dos mesmos. As características da UCIP e o seu ambiente físico expõem o doente crítico a elevada estimulação ambiental associada à iluminação artificial, ruídos permanentes causados pelos alarmes dos equipamentos e pelos profissionais, restrição da mobilidade e isolamento social, conduzindo a situações de *stress* físico, psicológico e psicossocial que contribuem fortemente para a síndrome de *delirium*/psicose (Wenham & Pittard, 2009).

Silva (2014) reforça o conceito de que o ruído é a maior causa de distúrbios do sono, consistindo na principal queixa dos doentes, retardando o processo de cura durante o internamento, aumentando a perceção da dor devido ao aumento da ansiedade e *stress*. Como tal, no decurso do estágio procurei adotar estratégias que promovessem o bem-estar do doente através de um ambiente adequado, minimizando ao máximo os ruídos com a adequação dos alarmes dos monitores, tons de conversa ajustados e redução da luminosidade.

Por outro lado, o ambiente tecnológico, com equipamentos de monitorização altamente diferenciados e o contacto com doentes críticos com elevada possibilidade de morte e sofrimento, é igualmente gerador de ansiedade para os enfermeiros (Rodrigues & Ferreira, 2011). Neste contexto é exigido do enfermeiro especialista em EMC competências técnicas, científicas, éticas e deontológicas no sentido de humanizar os cuidados de enfermagem prestados.

Num ambiente altamente complexo e exigente, em que a segurança do doente tem de ser garantida, a vigilância hemodinâmica contínua ganha especial relevo na prevenção e identificação precoce de complicações e na atuação adequada e em tempo útil. Isto vai ao encontro do que aponta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá identificar o mais rapidamente possível problemas potenciais e planejar, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar o seu impacto; desempenhar os cuidados especializados com o rigor técnico/científico exigido; executar cuidados técnicos de alta complexidade de forma correta; gerir de forma adequada protocolos terapêuticos complexos; e responsabilizar-se por todas as decisões tomadas (OE, 2015).

Os profissionais de enfermagem são, então, reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes, intimamente relacionado com o dever do exercício profissional com adequados conhecimentos científicos e técnicos e com o compromisso de adotar medidas que melhorem e visem a qualidade dos cuidados e serviços prestados (Jones, 2013).

Tendo em conta a segurança e bem-estar dos doentes, muitos dos cuidados são padronizados com base em *guidelines*, normas e protocolos, assim como são utilizadas escalas de avaliação para obtenção de dados fidedignos e uniformes, suscetíveis de serem interpretados da mesma forma e utilizados pelos diversos profissionais.

Uma das escalas mais utilizadas ao longo do estágio foi a escala de avaliação da dor - *Behavioural Pain Scale* (BPS). Estudos recentes revelam que cerca de 50% dos doentes

críticos que passam nas UCIs experienciam dor moderada a severa e desconforto durante o internamento (Rijkenberg et al., 2015).

De facto, a literatura é vasta na descrição dos efeitos nocivos da dor. Estilista (2015) explica que

a dor tem consequências deletérias, que incluem uma resposta fisiológica ao stress, aumento da libertação de neurotransmissores simpáticos e níveis elevados de hormonas de stress. A presença de dor condiciona e limita o reflexo da tosse e da respiração profunda, podendo originar atelectasias e outras complicações pulmonares. Outros efeitos incluem variações da glicemia, potenciação do catabolismo, hipercoagulabilidade e disfunção imunitária (p.61).

Como tal, é dever do enfermeiro atuar no controlo eficaz da dor contribuindo para a melhoria da situação clínica do doente. Porém, podemos constatar que a gestão da dor continua a ter pouca prioridade quando confrontada com a instabilidade hemodinâmica do doente crítico.

Segundo a OE (2008), sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro, de modo autónomo e interdependente, tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pelo doente. Neste sentido, a avaliação da dor deve ser realizada em todos os turnos, utilizando a escala que mais se adequa ao doente.

A avaliação da dor em cuidados intensivos torna-se um desafio mesmo nos doentes acordados, pois na maioria das vezes estão impossibilitados de verbalizar a sua dor porque estão ventilados, adotando-se outros meios de comunicação. No caso dos doentes sedados, estes fornecem-nos dados através da alteração dos sinais vitais como o aumento da tensão arterial, taquicardia, polipneia e dilatação pupilar. Outros apresentam expressão facial de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo. Deste modo, quando os doentes críticos estão impossibilitados de autoavaliar a intensidade da sua dor, esta avaliação deve ser objetiva através da observação de indicadores de dor (Payen et al., 2001).

Ao longo do estágio procedi à gestão da dor de forma autónoma, utilizando a escala numérica da dor nos doentes conscientes e orientados e a BPS perante os doentes sedados e sob ventilação mecânica invasiva (VMI). Esta última, a escala comportamental da dor, permite avaliar três indicadores, nomeadamente: a expressão facial, o tónus dos membros superiores e a adaptação à ventilação. Cada indicador encontra-se dividido em quatro descritores refletindo um aumento gradual da intensidade da dor, isto é, o resultado obtido da intensidade da dor corresponderá à soma de cada indicador e pode oscilar entre três (ausência de dor) e doze (dor intensa).

Ainda no que se refere à minha intervenção na gestão da dor, em todos os turnos avaliei o nível de dor apresentado pelo doente, registando no processo a informação e comunicando ao médico responsável pelo mesmo, de modo a otimizar a terapêutica analgésica se necessário. Outras medidas não farmacológicas utilizadas no tratamento da dor foram a alternância de decúbitos, a massagem da superfície corporal com creme hidratante, entre outras, de modo a promover o conforto.

Neste seguimento, depreende-se que na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em UCI é fundamental gerir e garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos. Esses protocolos exigem do enfermeiro conhecimentos e experiência diferenciados, pois, carecem de uma tomada de decisão responsável e fundamentada para os aplicar. Refiram-se os protocolos de monitorização do potássio sérico, monitorização da glicemia e administração de insulina em perfusão contínua, nutrição entérica, testes de morte cerebral, administração de noradrenalina e os procedimentos de hipotermia terapêutica e ventilação mecânica em decúbito ventral. Face à gestão de protocolos terapêuticos, a diferenciação de um enfermeiro generalista para o especialista foi bastante evidente, na medida em que o generalista é inflexível na aplicação dos mesmos, mas o especialista ajusta as intervenções ao contexto e ao doente, adequando por exemplo, intervalos de monitorização de acordo com as alterações e intervenções implementadas.

Nesse ambiente, um enfermeiro especialista sabe interpretar os alarmes perante a situação clínica dos doentes, conseguindo distinguir situações de real urgência/emergência de alterações transitórias associadas à condição do doente, procedendo ao ajuste dos parâmetros necessários.

Dado que a UCI constitui um ambiente complexo, em que os doentes estão expostos e frágeis, torna-se crucial reconhecer a importância da presença e participação dos familiares na recuperação e bem-estar dos doentes. Neste estágio considero que consegui integrar o carácter humanista da nossa profissão, mesmo num meio tão tecnológico como a UCIP, planeando cuidados de enfermagem dirigidos ao doente crítico e respetiva família após diagnóstico de alterações.

Como sabemos, a admissão de um doente crítico na UCI trata-se de um acontecimento inesperado na vida do próprio como da sua família, pois altera toda a dinâmica familiar. Por sua vez, a gravidade da situação clínica e o ambiente “estranho” que envolve o doente crítico são geradores de *stress* tanto no doente como na família, pelo que esta também tem de ser alvo de atenção por parte dos profissionais de enfermagem. Assim, procurei sempre realizar uma receção cuidada e personalizada dos familiares aquando da

primeira visita, promovendo um clima de empatia de modo a reduzir o impacto do cenário em que o doente está inserido. Após esta preparação prévia, acompanhava os familiares durante a visita, identificando e esclarecendo dúvidas, observando as reações emocionais e comportamentais, proporcionando suporte emocional.

Importa, ainda, referir que na deontologia profissional de enfermagem, no Artigo 84.º, consta que o enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.73). Atividade suportada por um domínio das competências de Benner (2001), a função de ajuda, onde o enfermeiro deve “trazer um apoio afetivo e informar as famílias dos doentes” (p.77).

Relativamente à comunicação com os doentes ventilados, como referem Sá e Machado (2006), o doente não consegue exprimir-se nem ser compreendido pelos outros sendo este um motivo de *stress*, dado que não conseguem expressar os seus sentimentos e emoções, pelo que o enfermeiro deve implementar técnicas que facilitem a comunicação, tais como: a entrega de um lápis e papel; a elaboração de quadros com letras ou frases mais frequentes; ou até mesmo a formulação de códigos como um simples piscar de olho, o acenar a cabeça ou movimentar um dedo, permitindo que o doente consiga expressar-se e manter a comunicação com os que o rodeiam, profissionais e respetiva família.

Apercebi-me, portanto, que a comunicação terapêutica e as aptidões de relação de ajuda, essenciais à prática do enfermeiro, foram de extrema utilidade num contexto tão distinto.

Como se pode constatar, o enfermeiro que exerce funções numa UCI deverá ter competência para dar resposta à diversidade de situações. A competência não se resume apenas ao domínio dos conhecimentos teóricos, contempla a tomada de decisão e ponderação, atuando de forma antecipatória no despiste dos focos de instabilidade.

Todavia, perante as situações graves e instáveis é de extrema importância o trabalho em equipa e a rapidez de intervenção, sendo que isto só é possível se houver uma equipa dotada de conhecimentos e competências para intervir e com capacidade de coordenação entre todos os seus membros.

Segundo Abreu (2003), “o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo” (p.81). Assim sendo, diariamente procurei refletir na, e sobre a prática de forma crítica, incorporando a evidência científica na tomada de decisão e a responsabilidade ética na prática de cuidados prestados, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A reflexão no contexto da prática é importante na medida em que motiva o esclarecimento de ideias e acontecimentos experienciados, favorecendo a articulação entre a teoria e a prática. Portanto, ao longo do estágio tive oportunidade de refletir e discutir, individualmente e com a enfermeira tutora, sobre as diversas atividades desenvolvidas sendo capaz de mobilizar os conhecimentos adquiridos.

Uma vez inserida numa equipa multidisciplinar com perícia no cuidar de doentes em estado crítico, tornava-se imperioso possuir um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos que me permitissem dar resposta nas diferentes situações. Assim, durante o estágio muni-me de algum suporte teórico e investi na pesquisa bibliográfica de várias temáticas, tais como: cuidados de enfermagem específicos ao doente crítico; mecanismos e estratégias no controle da dor; fisiopatologia; farmacologia; ventilação invasiva e não invasiva; entre outras, de modo a encontrar substrato para as minhas intervenções e poder atuar com conhecimento baseado na evidência científica.

Ainda ao nível da formação pessoal, e de modo a aperfeiçoar o manuseamento dos equipamentos, tive oportunidade de participar nas formações desenvolvidas na UCIP relacionadas com o funcionamento do monitor de transporte e desfibrilhador; ventiladores e parâmetros ventilatórios; bombas e seringas infusoras.

Portanto, estes momentos de formação revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo desta forma a alterações na prática do cuidar, potenciando a qualidade dos cuidados.

Por outro lado, como se sabe, o recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica são cruciais para a manutenção da vida da PSC, contudo, aumentam o risco de infeção. A DGS (2007) vem reforçar esta ideia, mencionando que uma em cada quatro pessoas internadas numa UCI têm risco acrescido de adquirir uma das IACS.

A prevenção das IACS constitui uma componente importante na promoção da segurança do doente, sendo os enfermeiros um dos elos mais importantes de toda esta corrente. Logo, na prestação de cuidados é crucial interromper o ciclo da transmissão de infeção nomeadamente através de medidas de isolamento, utilização de EPI, utilização de técnica assética na realização dos procedimentos invasivos e uma correta higienização das mãos.

O impacto das IACS é particularmente relevante na UCI face à crescente tecnologia médica invasiva, população de doentes imunodeprimidos e resistência aos antimicrobianos. A prevenção das IACS constitui, assim, um imperativo no âmbito da melhoria da qualidade

e segurança dos cuidados prestados aos doentes numa UCI. Neste sentido, a OE (2001), aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refere a prevenção de complicações como um dos deveres dos enfermeiros face ao seu mandato social, nos quais se incluem o rigor técnico e científico fundamentais na prevenção da infeção.

Nesta sequência, com vista a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, considero que durante o estágio prestei cuidados em segurança, estabelecendo os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção. Por exemplo, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes com suporte ventilatório invasivo, o que exigiu o aperfeiçoamento de conhecimentos e competências relacionadas com os parâmetros ventilatórios, assim como a adoção das medidas preconizadas na prevenção da pneumonia associada à intubação. As intervenções realizadas nesta área são indicativas, ainda que indiretamente, da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na mesma ordem de ideias, a experiência desenvolvida em UCI COVID permitiu-me aperfeiçoar o uso adequado do EPI e estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na abordagem aos doentes com COVID-19 tendo em vista a prevenção, intervenção e controlo da infeção face à via de transmissão.

O meu estágio na UCIP foi também pautado, nesta unidade de competência, pelo rigor baseado em evidência científica, fruto da pesquisa das normas institucionais e nacionais como por exemplo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos de 2017. Tal rigor traduziu-se nos cuidados prestados, nomeadamente na execução de procedimentos invasivos, onde as medidas de assepsia foram sempre cumpridas, desde a preparação do material, preparação do doente e do meio, uso de EPI, e respeito pelos princípios técnicos exigidos.

Importa acrescentar, ainda, que numa UCI o rácio enfermeiro-doente condiciona a ocorrência de infeção. Ponce (2015) explica que o rácio “deve ser gerido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas apropriadas para o efeito” (p.540). O ideal é que a cada enfermeiro sejam atribuídos no máximo dois doentes. O autor alerta para o aumento de complicações e da incidência de infeções cruzadas quando se extrapola este número.

Assim, conclui-se que a intervenção do enfermeiro especialista em EMC na prevenção e controlo da infeção detém particular importância pois, este possui capacidade de estratificar o nível de infeção através da identificação dos doentes em risco e definição de

um plano de cuidados, com base no conhecimento das infeções mais comuns e microrganismos associados; reduzem a transmissão de infeção entre pessoas com cumprimento dos momentos de descontaminação das mãos, higiene pessoal e do vestuário e uso de EPI adequado aos cuidados; por fim atentam na prevenção da transmissão pelo ambiente através da supervisão e orientação da limpeza do ambiente hospitalar, da desinfecção do equipamento e esterilização dos dispositivos (OMS, 2002).

De modo a dar continuidade ao percurso de aquisição de competências especializadas, seguiu-se o estágio de opção com foco na gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID. Em seguida, no último subcapítulo, descrevo, de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas e o contributo da componente clínica no desenvolvimento pessoal e profissional, estabelecendo um paralelo com o pensamento teórico de enfermagem e a evidência científica disponível de modo a suportar as decisões e ações promotoras do desenvolvimento das competências especializadas.

3.3. Desenvolvimento de competências na área de opção: gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID

No percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC seguiu-se o estágio de opção que se realizou, numa fase inicial, na UCIC do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia no período de 18 a 25 de janeiro de 2021; e na UCIP do HNM no período de 9 a 30 de março de 2021, perfazendo um total de 375 horas, das quais 210 horas foram de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante.

Esta aventura iniciou-se na UCIC do Hospital de Vila Nova de Gaia com foco no desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao doente com insuficiência cardíaca em contexto de cuidados intensivos. Realizei 53 horas de estágio neste centro de referência em cardiologia, onde, apesar de por um curto período de tempo, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes com insuficiência cardíaca incluindo situações de elevada complexidade em que foi necessário o recurso a sistemas de apoio circulatório mecânico (por exemplo, oxigenação por membrana extracorporeal e balão intra-aórtico).

Além disso, tendo em conta o estado de pandemia que vivemos, na UCIC pude experienciar alguma desorganização e contrassenso no que respeita à admissão dos doentes, colocando em risco não só os restantes doentes da unidade, mas também a equipa multidisciplinar. De acordo com as orientações da DGS (2020), qualquer doente que recorra

ao SU e que necessite de internamento deve, antes da admissão no respetivo serviço, realizar teste para despiste de SARS-CoV-2, sendo que, só após ter um resultado negativo, deve ser admitido no serviço. Contudo, isto nem sempre se verificava na UCIC, nomeadamente quando os doentes apresentavam maior instabilidade hemodinâmica, sendo admitidos de imediato na unidade onde aguardavam o resultado do teste ou, algumas vezes, eram testados posteriormente. Portanto, dada a experiência desenvolvida na área de contingência do HNM com doentes COVID-19, assim como o estágio recente no SU do referido hospital, permitiram-me conhecer as normas e circuitos a aplicar de modo a reduzir e controlar a infeção por SARS-CoV-2 pelo que procurei implementar esses princípios e orientações na UCIC.

A título de exemplo, durante este período de estágio foram várias as situações em que os doentes testaram positivo já dentro da unidade colocando em risco todos os outros doentes internados e a equipa multidisciplinar. Por isso, em conversa com a enfermeira tutora senti necessidade de reforçar que, embora o doente seja o nosso foco e muitas das vezes esteja em risco de vida, a segurança dos profissionais também é importante para que possamos continuar firmes na prestação de cuidados. Assim, e após conversa e aprovação da enfermeira chefe, ficou estabelecido que, sempre que se admitisse na unidade um doente sem resultado do teste SARS-CoV-2, teríamos de utilizar EPI, nomeadamente: bata, touca, máscara FFP2, óculos/viseira e luvas. Após o contacto e transferência dos doentes que testassem positivo para a área COVID estabeleceu-se também que, o enfermeiro, antes de regressar à unidade, deveria tomar banho e trocar a farda. Então, posso concluir que apesar dos momentos de maior tensão e insegurança vividos, a equipa conseguiu refletir sobre o que se estava a fazer menos bem e melhorar a sua atuação nas situações descritas.

Tendo em conta o agravamento exponencial da pandemia em todo o país, fui obrigada a abandonar este campo de estágio e regressar à Região. Assim surgiu um novo desafio, o de eleger outro campo de estágio e reformular todo o projeto de autoformação. Mantendo o foco no doente do foro cardíaco em contexto de cuidados intensivos, optei por dar continuidade ao estágio na UCIP do HNM. Contudo, ao longo do percurso constatei que não teria oportunidade nessa área porque naquele período não houve doentes cardíacos admitidos no serviço, sendo mais uma vez colocada à prova.

Assim, dada a experiência anterior na linha da frente na prestação de cuidados de enfermagem a doentes com COVID-19, tal como a experiência e implementação de normas na UCIC do hospital de Vila Nova de Gaia, decidi projetar o processo de aquisição de competências para o desafio da gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID.

Nesta ordem de ideias, este estágio permitiu dar continuidade ao desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas, em particular, a doentes com COVID-19 em UCI, almejando os objetivos traçados no projeto de autoformação. A prestação de cuidados neste contexto exigiu os conhecimentos e competências já adquiridos até então nos contextos clínicos anteriores referentes ao cuidar do doente crítico, acrescentando os conhecimentos específicos na gestão de cuidados em UCI COVID.

Mais uma vez se constata que o enfermeiro especialista em EMC, neste contexto, possui os conhecimentos e competências necessários para decidir em segurança e de forma autónoma e fundamentada aquando da prestação de cuidados de enfermagem, atendendo ao risco-benefício para o doente.

As UCIs possuem ambientes específicos de prestação de cuidados de saúde e diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que são admitidos nestas unidades (Almeida & Ribeiro, 2008).

As dimensões da gestão estão inerentes aos demais eixos do exercício profissional dos enfermeiros, sendo essenciais para a efetivação da prática dos cuidados, tendo em atenção as necessidades dos doentes (Santos et al., 2010).

A minha prática de cuidados, como já referido anteriormente, desenvolve-se há quatro anos no Serviço de Cardiologia, pelo que, atendendo à continuidade do desenvolvimento de competências profissionais, o cuidado especializado ao doente crítico com COVID-19 constitui a minha área de opção no contexto do Mestrado em EMC, pois, tal como preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é conferido numa especialidade, que poderá ser desdobrada em áreas de especialização.

A escolha por esta área partiu da constatação da ansiedade e insegurança por parte dos enfermeiros no que se refere à prestação de cuidados em UCI COVID. Devido ao aumento do número de doentes internados com COVID-19 em contexto de UCI houve necessidade de reforçar a equipa de enfermagem da UCIP com recurso a enfermeiros de outros serviços do HNM, verificando-se, portanto, a renitência e o medo dos enfermeiros, alguns já com largos anos de experiência profissional, associado ao desconhecido. Assim, optei por desenvolver o projeto de autoformação e desenvolver competências específicas nesta área, tão atual e necessária, para que, conhecendo o nível de cuidados de enfermagem aí prestados, conseguisse partilhar esse conhecimento com os colegas, desmistificando o desafio que é a gestão de cuidados em UCI COVID.

De acordo com a SPCI (2020a), a COVID-19 é a doença causada pelo SARS-CoV-2, um vírus de genoma de ácido ribonucleico pertencente à família dos coronavírus. A 31 de dezembro de 2019 foi reportada à OMS uma pneumonia de causa desconhecida com origem no mercado de frutos do mar da cidade de Wuhan (província chinesa de Hubei), com rápida disseminação na China e posteriormente envolvendo múltiplos países, incluindo, desde 1 de março, Portugal. A 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia.

Como se sabe, a transmissão do SARS-CoV-2 de pessoa para pessoa pode acontecer através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas quando esta tosse, espirra ou fala; do contacto direto com secreções respiratórias infetadas, com fezes, com superfícies ou objetos contaminados; e da via aérea aquando de procedimentos geradores de aerossóis (DGS, 2020).

O período médio de incubação é de quatro dias, mas pode prolongar-se até o décimo quarto dia, sendo que o vírus se liga ao recetor da enzima conversora da angiotensina-2 localizado nas células alveolares do tipo II causando lesão alveolar difusa por lesão citopática direta. Esta infeção não provoca sintomatologia ou apenas leva ao desenvolvimento de sintomatologia ligeira na maioria dos doentes (mais de 80%) sem necessidade de hospitalização. Contudo, nos casos mais complexos, pode originar insuficiência respiratória grave motivando o internamento do doente na UCI (6% a 10%), com necessidade de oxigenoterapia e/ou ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e, em casos refratários da insuficiência respiratória, recorre-se a VMI.

De acordo com a SPCI (2020a), a patologia respiratória na COVID-19 encontra-se dependente de vários mecanismos fisiopatológicos interrelacionados, nomeadamente: o aumento da permeabilidade da membrana alvéolo-capilar, decorrente do efeito citopático direto do vírus e da resposta inflamatória desregulada do hospedeiro; e a alteração da perfusão pulmonar, decorrente da perda dos mecanismos de vasoconstrição hipóxica e fenómenos de microtrombose do leito vascular pulmonar. Assim, a expressão clínica da COVID-19 resulta da preponderância relativa de cada um destes fenómenos fisiopatológicos, que por sua vez está dependente da fase de evolução da doença.

Gattinoni et al. (2020) definiram dois fenótipos clínicos da expressão pulmonar da COVID-19. O fenótipo L (*Low*) ou síndrome de dificuldade respiratória agudo (ARDS) atípico; caracteriza-se fisiopatologicamente por baixa elastância, baixa relação ventilação/perfusão, baixo peso pulmonar e baixa recrutabilidade pulmonar. Em termos clínicos manifesta-se por hipoxemia silenciosa (ausência de dispneia devido à *compliance* pulmonar normal) com aumento do drive respiratório (pela hipoxemia e potencial efeito

neurotrópico do vírus nos centros respiratórios do tronco cerebral), condicionando aumento do volume-minuto e consequente hipocapnia. Radiologicamente caracteriza-se por infiltrados tipo vidro despolido focais ou multifocais periféricos de predomínio basal (e, mais tardiamente, padrão de *crazy-paving*).

O fenótipo H (*High*) apresenta as características fisiopatológicas comuns do ARDS clássico. Clinicamente manifestado por hipoxemia sintomática com sinais claros de dispneia e aumento do trabalho respiratório, decorrente de *shunt* intrapulmonar devido ao preenchimento alveolar por exsudado inflamatório, com redução da porção de pulmão ventilado (*baby lung*) e redução da *compliance* pulmonar. Radiologicamente caracteriza-se por um padrão de confluência de consolidações com afeção predominante das zonas dependentes do pulmão (Gattinoni et al., 2020).

Relativamente à velocidade de instalação da insuficiência respiratória esta pode ocorrer com apresentação hiperaguda (forma fulminante, com evolução em horas); apresentação indolente (forma progressiva, com evolução em dias); ou apresentação bifásica (forma inicialmente indolente seguida de melhoria clínica e posterior agravamento) (SPCI, 2020a).

O agravamento na forma bifásica ocorre normalmente com evolução do fenótipo L para o fenótipo H por alteração do gradiente de pressões, quando a pressão intratorácica muito negativa decorrente do *drive* respiratório resulta em transudação intra-alveolar de líquido, num processo denominado de *patient-self inflicted lung injury*; e/ou por aumento da permeabilidade da membrana alvéolo-capilar resultante de uma resposta imune desregulada, condicionando um síndrome de tempestade de citocinas, que potencialmente ocorre no estadio III (hiperinflamatório) de evolução da COVID-19.

A SPCI (2020a) afirma que o diagnóstico microbiológico deve ser efetuado por *polymerase chain reaction* em tempo real (RT-PCR) através da colheita de uma amostra do trato respiratório superior (exsudado da nasofaringe e orofaringe colhido com zaragatoa), sempre que possível associada a amostra do trato respiratório inferior (secreções brônquicas colhidas por aspirado endotraqueal).

Numa UCI dedicada ao tratamento de doentes com COVID-19 devem ser admitidos todos aqueles que, após avaliação individualizada, cumpram um critério *major* – choque séptico com necessidade de vasopressores e/ou insuficiência respiratória com necessidade de VMI – ou três ou mais critérios *minor* – frequência respiratória igual ou superior a 30 cpm, rácio PaO₂/FiO₂ igual ou inferior a 250, pneumonia com envolvimento multilobar, alteração do estado de consciência, ureia igual ou superior a 42 mg/dL, leucopenia (na ausência de

outra causa), trombocitopenia (na ausência de outra causa), hipotermia e hipotensão com necessidade de fluidoterapia intensiva (SPCI, 2020a).

Neste sentido, e tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC que cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o enfermeiro com este conhecimento específico, é o profissional mais bem preparado para prestar cuidados diferenciados aos doentes em estado crítico com COVID-19, considerando o risco de uma rápida evolução para casos de insuficiência respiratória grave, podendo o doente evoluir para disfunção multiorgânica. Ou seja, o enfermeiro especialista identifica prontamente focos de instabilidade e responde de forma antecipatória aos mesmos, executando cuidados técnicos de alta complexidade e implementação de protocolos terapêuticos apropriados às complicações, ou de forma a evitá-las.

Como se pode constatar, a abordagem ao doente com COVID-19 implica risco elevado para o enfermeiro durante a prestação de cuidados, considerando a forma de transmissão do vírus. O enfermeiro especialista em EMC possui, também, competências específicas na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil. Assim, tendo em conta que o doente crítico internado em UCI requer um elevado número de cuidados de enfermagem especializados, o enfermeiro especialista em EMC, detém os conhecimentos e as competências necessários para prevenir as IACS assim como outra contaminação local, nomeadamente entre profissionais de saúde.

Estreitamente relacionado com a prestação de cuidados direta ao doente com COVID-19 em UCI, importa aludir ao domínio da gestão de cuidados e aos desafios aí implicados. Isto é, o enfermeiro especialista em EMC deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem de modo a otimizar a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, assim como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta os referenciais supramencionados, no percurso de aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, no estágio de opção, procurei adequar e implementar medidas para contenção da propagação do vírus garantindo a sustentabilidade dos recursos existentes. Entre essas medidas e conforme orientação da DGS destacam-se: a higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de

EPI, descontaminação do material e equipamento, controlo ambiental e recolha segura de resíduos.

A higienização das mãos deverá ser realizada com recurso a solução antisséptica de base alcoólica (SABA), devendo esta ser a primeira escolha para a higiene das mãos desde que estejam visivelmente limpas. A higienização das mãos com água e sabão deve ser adotada quando estas estejam contaminadas com secreções respiratórias ou outra matéria orgânica. A SABA deve estar acessível aos profissionais de saúde e doentes no local de prestação de cuidados e nas áreas comuns, em local bem visível. Importa também referir que a utilização de luvas não dispensa a higiene das mãos, antes e depois da prestação de cuidados (DGS, 2020). Na unidade COVID onde realizei o estágio de opção encontram-se afixados os “5 Momentos da Higiene das Mãos” emanados pela OMS, assim como a técnica de fricção antisséptica e lavagem das mãos respeitando os tempos de atuação e contacto dos produtos utilizados na unidade.

A etiqueta respiratória deve ter também uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, pela frequente prestação de cuidados. A etiqueta respiratória passa pela utilização de máscaras cirúrgicas por parte dos doentes, se a sua situação o permitir, mesmo que estando sob oxigenoterapia por óculos nasais, máscara facial ou mesmo sob ventilação de alto fluxo (HFNO). No caso do profissional de saúde, este deve utilizar máscara cirúrgica desde que se encontre a uma distância superior a um metro, ou na prestação de cuidados ao doente desde que os cuidados não sejam potencialmente geradores de aerossóis ou gotículas pequenas. Caso seja previsível que a prestação de cuidados seja geradora de aerossóis, o profissional deverá utilizar respirador FFP2, com adequado ajuste facial, destacando-se os seguintes procedimentos: entubação orotraqueal, ventilação manual e aspiração de secreções na ausência de sistema fechado de aspiração, ventilação invasiva e não invasiva, nebulização (que deve ser evitada, privilegiando-se a utilização de câmaras expansoras), ressuscitação cardiopulmonar, broncoscopia e cirurgia. Nos doentes submetidos a VMI deve utilizar-se o circuito fechado de aspiração de secreções de modo a evitar a libertação de partículas e aerossóis aquando deste procedimento, que possam contaminar os profissionais, assim como a utilização de filtros HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*) quer no circuito inspiratório quer no expiratório, como medida de controlo ambiental (Anexo B). Portanto, tendo em conta a proximidade com o doente crítico, a complexidade das intervenções realizadas e o risco inerente às mesmas utilizava-se sempre respirador FFP2 na UCI COVID.

De forma complementar, na prestação de cuidados ao doente crítico com COVID-19 é imperioso o uso de EPI como medida essencial da segurança dos profissionais de saúde. Segundo orientação da DGS (2020), a seleção do EPI a utilizar na prestação de cuidados deve ter por base o risco de exposição (área onde o profissional trabalha e tipo de atividade/procedimento que vai realizar) e a dinâmica de transmissão do vírus (por exemplo contacto, gotículas ou via aérea).

Assim, tendo em conta o contexto onde foi desenvolvido o estágio de opção e o risco elevado de serem gerados aerossóis na prestação de cuidados ao doente crítico com COVID-19 utiliza-se sempre o EPI nível dois, composto por: bata com abertura atrás, que deve ser de uso único e impermeável, com punhos que apertem ou com elásticos e que cubra até ao meio das pernas; touca ou cógula/capuz cirúrgico de uso único; respirador FFP2 com adequado ajuste facial ou FFP3 em procedimentos de risco mais elevado (por exemplo a entubação orotraqueal, traqueostomia e broncoscopia); proteção ocular com viseira ou óculos com proteção lateral; duplo par de luvas como reforço da segurança, preferencialmente de cano alto e ajustado de forma a cobrir a bata; calçado impermeável suscetível de descontaminação e de uso exclusivo, complementando com equipamento de proteção de calçado (por exemplo o cobre botas). Em vez da utilização da bata e cógula/capuz cirúrgico, o profissional pode optar pelo uso do fato integral de uso único, impermeável, com capuz incorporado e proteção do pescoço (DGS, 2020).

O procedimento de colocação e remoção do EPI deve ser efetuado de acordo com as recomendações em vigor, sendo fundamental o treino adequado dos profissionais de saúde na correta colocação, utilização e remoção do mesmo para evitar contaminação do próprio, dos outros e do ambiente. Estas orientações também se encontravam afixadas nas áreas de colocação e remoção de equipamentos de modo a orientar os profissionais, diminuindo assim o risco de contaminação.

Na UCI privilegiava-se também o uso de materiais descartáveis e de uso único, assim como equipamentos exclusivos para cada unidade do doente. Na eventualidade de ser necessário partilhar equipamentos, estes eram limpos e desinfetados entre doentes com álcool a 70°. Relativamente à descontaminação de materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados, são seguidas as normas utilizadas para outros microrganismos com o mesmo mecanismo de transmissão (DGS, 2020).

A UCI COVID do HNM apresenta uma lotação máxima de quinze camas, divididas em duas salas abertas com disposição em “U”, uma delas com capacidade para nove camas

e outra com capacidade para seis camas (Anexo B), cumprindo-se, assim, o isolamento por coorte.

No que à limpeza e desinfecção das superfícies diz respeito, a DGS (2020) recomenda que esta seja efetuada, pelo menos, uma vez por turno e sempre que necessário, principalmente as superfícies frequentemente manuseadas e especialmente aquelas mais próximas ao doente, com maior probabilidade de serem contaminadas (por exemplo as grades da cama, mesas de cabeceira, maçanetas, equipamentos). Este procedimento deve ser realizado com recurso aos detergentes habitualmente utilizados em ambiente hospitalar, seguido de desinfetante, nomeadamente solução de hipoclorito de sódio contendo 1000 ppm de cloro ativo ou álcool a 70° nas superfícies metálicas. A correta implementação dos procedimentos recomendados para limpeza e desinfecção de superfícies deve ser monitorizada e reforçada, denotando-se o importante papel do enfermeiro especialista em EMC a este nível pois, possui conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitem monitorizar e salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção no cuidado ao doente crítico.

Após a saída do doente da unidade deve ser realizada a limpeza e desinfecção da mesma, descartar os materiais de uso único e efetuar a correta descontaminação dos restantes materiais e equipamentos. Relativamente ao manuseamento da roupa, este deve ser efetuado com o mínimo de agitação e, posteriormente, colocada em sacos próprios. Os sacos devem ser encerrados ainda na unidade do doente e, seguidamente, colocados em contentor de risco biológico (DGS, 2020).

Todos os resíduos produzidos durante a prestação de cuidados são considerados resíduos do grupo III (risco biológico), pelo que devem ser descartados de acordo com os procedimentos de rotina internos, devidamente encerrados em contentor rígido e encaminhados para autoclavagem (DGS, 2020). A este nível, destaca-se novamente a importância do enfermeiro especialista em EMC como elemento pró-ativo no estabelecimento dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão, num contexto tão específico e exigente.

Relativamente ao tratamento implementado aos doentes internados com COVID-19 a DGS (2021) preconiza, conforme avaliação clínica individualizada: tratamento sintomático, de suporte e das comorbilidades e doenças crónicas descompensadas; trombopprofilaxia com heparina de baixo peso molecular, exceto se contraindicada; oxigenoterapia suplementar para saturação periférica de oxigénio (SpO₂) alvo entre 90% e 96%, administrada de forma convencional ou em alto fluxo por cânula nasal, ou através de

ventilação mecânica não invasiva utilizando *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP); terapêutica por via inalatória, sem nebulização; suporte ventilatório precoce baseado no protocolo da ARDS Network, nos casos selecionados, com falência da oxigenoterapia; e, em alguns casos de insuficiência respiratória hipoxêmica refratária a suporte ventilatório otimizado, deve ser implementado suporte vital por oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO).

De acordo com a SPCI (2020a), na insuficiência respiratória hipoxêmica associada à COVID-19 está recomendada a administração de oxigenoterapia suplementar se a SpO_2 for inferior a 90%, uma vez que no doente crítico a hipoxia está associada a piores *outcomes*. Contudo, uma estratégia liberal de administração de oxigenoterapia também pode estar associada ao aumento da mortalidade, pelo que um intervalo para a SpO_2 entre os 90% e os 96% é considerado razoável. Portanto, a oxigenoterapia convencional deve ser administrada inicialmente por óculos nasais ou por máscara de Venturi. Não é necessária humidificação para fluxos de oxigénio inferiores a 4 L/min, sendo que a utilização de humidificadores de bolha com fluxo de oxigénio igual ou superior a 5 L/min aumenta o risco de gerar aerossóis e, consequentemente, de transmissão de microrganismos pelo que deve evitar-se a utilização de humidificação.

A mesma entidade acrescenta que, nas situações em que ocorra falência da oxigenoterapia convencional (SpO_2 inferior a 90% com FiO_2 igual ou superior a 40%), deve ser escalado o suporte. Se a doença se apresenta de forma indolente com hipoxemia silenciosa deve ser considerado o uso de HFNO ou VMNI utilizando CPAP, eventualmente associado a auto-ventral em doentes conscientes.

A utilização de HFNO e VMNI na insuficiência respiratória por COVID-19 tem sido colocada em causa devido à preocupação associada à criação e propulsão de gotículas e/ou aerossóis com risco de transmissão intra-hospitalar, nomeadamente a profissionais de saúde. Em relação à HFNO a melhor evidência demonstra que o risco de geração de aerossóis é baixo quando esta técnica é corretamente aplicada (com cânulas nasais adaptadas) e em especial quando associada a aplicação de máscara cirúrgica no doente. A VMNI foi sistematicamente associada a risco acrescido de geração de aerossóis, em especial quando se utilizam máscaras oro-nasais ventiladas e/ou com má selagem associadas a ventiladores de circuito único. No entanto, o risco pode ser minimizado através da utilização de capacetes ou máscaras com selagem máxima, bem como ventiladores e circuitos ventilatórios com interposição de filtros.

Segundo Wang et al. (2020), a HFNO iniciada com fluxos de 20-30 L/min até 50-60 L/min em contexto de insuficiência respiratória hipoxémica tem demonstrado melhoria de *outcomes*, existindo evidência da sua eficácia na COVID-19 com maior taxa de sucesso quando a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inicial é superior a 200 mmHg.

Já a utilização de VMNI tem demonstrado piores resultados que a oxigenoterapia convencional e a HFNO em doentes com insuficiência respiratória hipoxémica, tomando como experiência a elevada taxa de falência terapêutica em doentes diagnosticados com Síndrome Respiratória do Médio Oriente (causada por um coronavírus) em 2012. Além disso, a utilização da VMNI está associada a risco acrescido da geração de aerossóis (SPCI, 2020a).

A aplicação de VMNI envolve essencialmente a administração de CPAP/PEEP com pressões contínuas de 8-10 cmH₂O e utilização de filtros antibacterianos/antivirais (permutadores de calor e humidade), com recurso a interfaces e sistemas de ventilação que permitam fornecer FiO_2 de 80%-100% (SPCI, 2020a).

Siddiqi e Mehra (2020) acrescentaram que o efeito da HFNO e em especial da VMNI na insuficiência respiratória por COVID-19 com fenótipo L, decorre predominantemente da administração de valores baixos de pressão positiva limitando o efeito do aumento do *drive* respiratório, interrompendo o ciclo vicioso que resulta em transudação de líquido intra-alveolar. Contudo, a aplicação destas técnicas requer monitorização e vigilância contínuas do doente para despistar sinais precoces de aumento do trabalho respiratório, síncrono com a necessidade de aumento da FiO_2 e diminuição da SpO_2 , sendo indicativo da falência destas técnicas.

Perante a falência da oxigenoterapia convencional e se a evolução da doença é hiperaguda ou se associa a dispneia e/ou aumento do trabalho respiratório a SPCI (2020a) recomenda proceder à entubação orotraqueal e VMI.

Assim, segundo o autor supracitado, no que se refere ao fenótipo H cujo padrão imagiológico e mecânica ventilatória é sobreponível ao do ARDS típico deve utilizar-se uma estratégia de ventilação clássica baseada no protocolo da ARDS *Network* (volume corrente de 6 ml/Kg de peso corporal ideal com limite superior para pressões de *plateau* inferiores a 30 cmH₂O), com frequência respiratória mínima para um pH superior a 7,30 associada a *driving pressure* inferior a 15 cmH₂O.

A SPCI (2020a) recomenda, também, a utilização precoce de decúbito ventral em doentes com relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inferior a 150 mmHg, por períodos mínimos de 16 horas;

assim como a utilização de bloqueadores neuromusculares, por período igual ou inferior a 48 horas, nestes doentes.

Relativamente ao fenótipo L, que não cumpre as características fisiopatológicas do ARDS verificando-se elevada *compliance* pulmonar, são sugeridas alterações à estratégia de ventilação clássica. Deve considerar-se a utilização de volumes correntes até 8 ml/Kg de peso corporal ideal, mantendo pressões de *plateau* inferiores a 30 cmH₂O e *driving pressure* inferior a 15 cmH₂O. Está também recomendada a utilização de PEEP igual ou inferior a 10 cmH₂O, pois a capacidade de recrutamento alveolar é baixa condicionando alteração da perfusão pulmonar que pode ser negativamente influenciada por valores de PEEP elevados. O posicionamento precoce em decúbito ventral, independentemente da relação PaO₂/FiO₂, pode ser necessário para a adequação da ventilação/perfusão associado a administração de sedoanalgesia otimizada para controlo do *drive* respiratório. A utilização de bloqueadores neuromusculares fica reservada aos casos em que não se consiga este equilíbrio, verificando-se aumento do *drive* respiratório (SPCI, 2020a).

Seguindo esta ordem de ideias, McLaren et al. (2020) vem acrescentar que em doentes com boa reserva fisiológica, em hipoxemia refratária, apesar de VMI otimizada incluindo decúbito ventral, o uso de ECMO deve ser ponderado com base nos seguintes critérios: insuficiência respiratória grave potencialmente reversível; *Clinical Frailty Scale* igual ou inferior a três; rácio PaO₂/FiO₂ inferior a 80 e/ou pH inferior a 7,25 com PaCO₂ superior a 60 mmHg após otimização da VMI; desde que não se verifique a presença de critérios de exclusão (idade avançada, mais de sete dias de VMI, e/ou falência multiorgânica).

A DGS (2021) acrescenta, ainda, que nos doentes internados por pneumonia por SARS-CoV-2 e hipoxemia confirmada, pode ser considerada a administração de dexametasona ou metilprednisolona injetável.

Nesta linha de pensamento, ao longo do estágio na UCI COVID, pude verificar que o protocolo implementado na unidade para o tratamento do doente era o ‘MATH +’ – *Methylprednisolone, Ascorbic acid, Thiamine, Heparin*; desenvolvido pela *Front Line COVID-19 Critical Care Alliance* (FLCCC) em 2021, projetado para o tratamento de doentes hospitalizados com COVID-19, devendo ser iniciado o mais precocemente possível após a sua admissão.

Como já referido anteriormente, os três principais processos fisiopatológicos identificados no processo evolutivo da doença são a hipoxemia grave, a hiperinflamação e

hipercoagulabilidade, pelo que o protocolo acima referido foi orientado para neutralizar estes processos, seja pelo uso de agentes únicos ou em ações sinérgicas (FLCCC, 2021).

De acordo com a FLCCC (2021), a metilprednisolona constitui um componente essencial no tratamento de doentes com COVID-19 em UCI pela sua potente ação enquanto anti-inflamatório esteroide, que se torna mais eficaz quando administrada por via intravenosa em doses elevadas em associação com o ácido ascórbico (antioxidante). Ambos os medicamentos apresentam múltiplos efeitos fisiológicos sinérgicos, demonstrados em vários ensaios clínicos randomizados para melhorar a sobrevivência no ARDS, particularmente quando administrados no início da doença. A tiamina é administrada para otimizar a utilização do oxigénio celular e o consumo de energia, protegendo o coração, o cérebro e o sistema imunitário.

Dadas as inúmeras investigações clínicas e científicas que demonstraram níveis consistentes, reproduzíveis e excessivos de hipercoagulação, particularmente em doentes críticos em UCI, a FLCCC (2021) sugere ainda a administração de heparina (anticoagulante) com o objetivo de prevenir e ajudar na dissolução de coágulos sanguíneos que surgem frequentemente associados a estes quadros.

O sinal “+” é indicativo das várias co-intervenções importantes que combinam o conhecimento fisiopatológico com os dados clínicos existentes de modo a sustentar a intervenção na COVID-19, estabelecendo um padrão de atuação e promovendo um perfil de segurança. Estas intervenções adjuvantes são continuamente avaliadas e alteradas à medida que as evidências médicas publicadas evoluem (FLCCC, 2021).

O autor acima referido afirma que o tempo é um fator crítico na eficácia do protocolo ‘MATH +’ e, conseqüentemente, no tratamento da COVID-19. Assim, torna-se fundamental informar a população acerca da importância de monitorizar a SpO₂ mesmo no domicílio e dirigirem-se ao SU se apresentarem dificuldade respiratória e/ou valores de SpO₂ inferiores a 92%. O referido protocolo deve ser implementado de imediato nos doentes hospitalizados, com necessidade de suplementação com oxigénio, a fim de atingir a eficácia máxima. A terapia tardia pode levar a complicações como a necessidade de ventilação mecânica.

Nesta ordem de ideias, a FLCCC (2021) acrescenta ainda que, a aplicação do protocolo ‘MATH +’ precocemente - que utiliza medicamentos seguros, baratos e prontamente disponíveis aprovados pela *Food and Drug Administration* - tem vindo a diminuir a necessidade de camas de UCI, de ventiladores mecânicos e tem contribuído para a recuperação dos doentes.

A terapêutica nutricional apresenta também um papel fundamental no tratamento e recuperação dos doentes críticos, diminuindo o risco de complicações associadas ao internamento prolongado e consequente deterioração do estado nutricional, pelo que deve imperiosamente fazer parte da abordagem clínica.

As diretrizes da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* estipulam que todos os doentes críticos que permaneçam por mais de 48 horas numa UCI devem ser considerados como doentes em risco nutricional, pelo que a terapêutica nutricional precoce e individualizada é, também, benéfica no prognóstico do doente crítico com COVID-19 (DGS, 2021).

De acordo com o autor acima referido, nos doentes críticos com COVID-19, a nutrição entérica (NE) através de sonda naso/orogástrica constitui a via preferencial de administração e deve ser iniciada nas primeiras 24 a 48 horas de acordo com a tolerância dos mesmos. Deve optar-se por uma nutrição hipocalórica (inferior a 70% das necessidades nutricionais estimadas) durante a primeira semana após admissão na UCI. A monitorização da terapêutica nutricional consiste num cuidado fundamental na deteção precoce e prevenção de náuseas, vómitos e diarreia, uma vez que estes doentes estão altamente suscetíveis à ocorrência de disfunções gastrointestinais. Se a utilização da via entérica estiver contraindicada, deve ser implementada a nutrição parentérica o mais precocemente possível (entre três e sete dias); ou, em algumas situações esta pode ser iniciada de forma complementar com o objetivo de alcançar o aporte nutricional necessário (SPCI, 2020b).

Nesta linha de pensamento, torna-se evidente a importância da atuação do enfermeiro especialista em EMC neste contexto, nomeadamente no que se refere à administração de protocolos terapêuticos complexos sendo capaz de diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação desses protocolos, implementando respostas apropriadas. A título de exemplo, na implementação de NE no doente crítico com COVID-19 deve considerar-se a elevação da cabeceira entre 10° a 25° para diminuir o risco de aspiração de conteúdo gástrico, edema facial e hipertensão intra-abdominal; assim como deve monitorizar-se a presença de resíduo gástrico de seis em seis horas para despistar o risco de intolerância gastrointestinal e reduzir o risco de aspiração/regurgitação de conteúdo gástrico, devido ao uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares e eventual posicionamento em decúbito ventral. O uso de procinéticos também pode ser considerado nas situações em que se verifique intolerância gastrointestinal, contudo estes não podem ser administrados em simultâneo com cloroquina e hidroxicloroquina (algumas vezes utilizado no tratamento de doentes com COVID-19)

devido a alterações no intervalo QT do eletrocardiograma, podendo culminar em arritmias ventriculares graves (SPCI, 2020b). Portanto, constata-se que o enfermeiro especialista em EMC, detentor de um corpo de conhecimentos e habilidades aprofundados, é o profissional mais bem preparado para atuar neste contexto respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.

Realmente, a realização do estágio de opção na UCI COVID constituiu um desafio a todos os níveis, quer a nível do desenvolvimento pessoal como a nível profissional e humano. No que se refere especificamente ao desenvolvimento profissional, permitiu o aperfeiçoamento e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC já desenvolvidas até ao momento.

Portanto, durante o estágio de opção na UCI COVID do HNM tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de alta complexidade a doentes críticos com COVID-19, ficando responsável por um doente com necessidade de ECMO. Todos os turnos constituíram um desafio que ultrapassei com recurso à mobilização dos conhecimentos e habilidades adquiridos de modo a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades identificadas.

Assim, tendo em conta o doente que me foi atribuído, tive oportunidade de prestar cuidados técnicos de alta complexidade desde a otimização da VMI; aspiração de secreções através de sistema fechado; implementação de protocolos terapêuticos complexos como o ‘MATH +’, gestão da sedoanalgesia, terapêutica curarizante e NE, assim como outros protocolos implementados; monitorização contínua dos sinais vitais e das medidas de suporte implementadas, identificando focos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória perante os mesmos. Ilustro com uma situação que ocorreu no início do turno, aquando da avaliação inicial do doente, em que observei que um dos pensos de proteção da cânula do ECMO a nível da femoral direita estava repassado com líquido hemático, verificando-se hemorragia ativa. Perante esta situação o médico foi imediatamente informado e após observação do doente foi realizado o penso e aplicado gelo no local e percebeu-se que havia necessidade de antecipar as análises de sangue para avaliar os níveis de coagulação, nomeadamente o tempo de tromboplastina parcial, essencial para ajustar a perfusão de heparina exigida num doente sob ECMO. Após verificação dos resultados analíticos foi otimizada a perfusão de heparina e esta situação não voltou a suceder.

Portanto, a avaliação holística do doente com monitorização e medidas de suporte invasivas contínuas deve ser rigorosa, organizada e individualizada, para que sejam

evidentes pequenas alterações ou desvios de dados (Azevedo & Oliveira, 2013), cruciais na prevenção de complicações e no despiste precoce de situações de emergência.

Neste percurso também vivenciei situações inesperadas e complexas, como situações de compromisso da via aérea com necessidade de ventilação invasiva, alterações cardiovasculares, renais e do estado neurológico, sendo necessário proceder à gestão de cuidados na área de especialização, identificando e priorizando os focos de instabilidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em todas as situações presenciadas, considero que fui capaz de responder de forma adequada, juntamente com a equipa multidisciplinar, executando intervenções técnicas de alta complexidade, demonstrando capacidade de reagir perante contextos inesperados e complexos.

Tendo em conta os conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pelo doente crítico e respetiva família/cuidador, torna-se também fundamental prestar-lhes apoio emocional, promovendo sentimentos de esperança e confiança nos cuidados prestados. Contudo, em altura de pandemia, a necessidade de restrição/proibição das visitas e, por outro lado, a informação proveniente de várias fontes, desde as autoridades de saúde até às redes sociais, abriu espaço para a desinformação e para as notícias falsas, dificultando o estabelecimento do contacto com as famílias dos doentes internados, gerando maior ansiedade e medo. De forma a ultrapassar esta problemática, procurei estabelecer uma comunicação efetiva com o doente, explicando o que se estava a passar e as intervenções realizadas; e com a respetiva família, através de chamada telefónica, esclarecendo preocupações e incertezas, com o intuito de promover uma relação de confiança, transmitindo informações precisas que contribuíssem para reduzir a ansiedade e os ajudasse a compreender melhor a realidade.

Sendo este o último estágio do curso, além de abarcar o aperfeiçoamento de todas as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC já adquiridas até ao momento, procurei, também, apurar as competências no domínio da gestão.

A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de forma a atingir o máximo de eficiência. Segundo Nova (2008), a eficiência deverá ser considerada uma medida para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde, sendo possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos, quer a nível dos recursos humanos, materiais ou financeiros.

Assim sendo, além de desenvolver competências na gestão de cuidados de enfermagem, quis também desenvolvê-las na gestão de recursos humanos e materiais.

No que concerne à gestão de recursos humanos, tive oportunidade de observar a elaboração do plano de trabalho de enfermagem para as 24 horas. Este plano consiste na atribuição dos doentes internados a cada enfermeiro, pelo enfermeiro responsável de turno, como recomenda a DGS (2003) para uma UCI nível III, tendo por base a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável. Apesar de cada enfermeiro ficar responsável por um ou dois doentes, este deve inteirar-se da situação clínica dos restantes doentes da unidade com o intuito de promover o trabalho em equipa. Como tal, no percurso de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, demonstrei disponibilidade para colaborar com os restantes colegas na prestação de cuidados, favorecendo o espírito de equipa e de interajuda.

Relativamente à gestão dos recursos materiais, colaborei diariamente na reposição de material e de fármacos da sala de trabalho assim como na verificação da unidade do doente, mantendo-a operacional para a assistência adequada ao mesmo em qualquer circunstância.

De forma complementar procurei adquirir conhecimentos no planeamento e execução do transporte intra-hospitalar do doente crítico, pois constitui uma das intervenções desempenhadas pelos enfermeiros da UCI COVID.

O doente crítico, apesar da sua instabilidade hemodinâmica, por vezes necessita de ser transportado dentro do hospital para realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, onde as possibilidades de atuação em situações de emergência são muitas vezes inadequadas. Além disso, todo o período de transporte pode traduzir-se em grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações (OM & SPCI, 2008).

Neste sentido, os autores supracitados referem que para minimizar os riscos para o doente deve ser feita a confirmação prévia de que a área para onde este vai ser transportado está pronta para o receber (sobretudo num doente com COVID-19), de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido. Este transporte é realizado com o acompanhamento do médico de serviço e pelo enfermeiro responsável pelo doente nesse turno, sendo mantida através destes profissionais a estabilidade hemodinâmica do doente crítico nas várias fases do transporte, com base na metodologia ABCDE, a qual permite uma avaliação deste de forma organizada e garante a sua segurança. No caso de transporte intra-hospitalar dos doentes com COVID-19, acresce a necessidade de ativar o serviço de limpeza hospitalar, que executa a limpeza e desinfeção de todo o circuito por onde passa o doente.

Aquando do transporte intra-hospitalar pude colaborar na preparação do doente crítico através da adequação do ventilador e monitor de transporte; mala de transporte com terapêutica de emergência, *kit* de entubação orotraqueal, coadjuvantes da via aérea; ainda o insuflador manual; e toda a terapêutica em perfusão contínua que deve manter-se. Em seguida, acompanhei o doente à imagiologia do SU para realizar uma TAC torácica, colocando em prática as fases do transporte intra-hospitalar do doente crítico, para que este se realize em segurança. Mais uma vez, o enfermeiro especialista em EMC detém um papel crucial a este nível, pois possui competências crucial a este nível, pois possui competências na implementação de protocolos/procedimentos de controlo de eventos adversos sempre que a situação clínica do doente assim o exija.

Como pude constatar ao longo do estágio de opção, e dada a atual conjuntura, nunca trabalhar em equipa multidisciplinar foi tão importante para permitir um alinhamento estratégico jamais visto noutro contexto, como se de uma orquestra se tratasse.

CAPÍTULO IV - AQUISIÇÃO DA MESTRIA

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é atribuído àqueles que demonstrem:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, os promova e aplique em contexto de investigação;
- Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos novos, alargados e multidisciplinares inseridos na sua área de estudo;
- Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- Competências de autoaprendizagem.

Partilhando desta visão, a OE (2019), no Regulamento n.º 140/2019, preconiza que um enfermeiro Mestre em EMC possua conhecimentos aprofundados e diferenciados na sua área de especialização, reconhecendo-lhe igualmente capacidades e habilidades associadas, que emprega na prática permitindo a avaliação de possíveis necessidades de saúde e atuação em todos os níveis de prevenção.

Tal como se pode verificar, o exercício profissional carece de conhecimentos científicos, mas também de capacidade de compreensão, pensamento, análise crítica e aprendizagem constantes, passíveis de proporcionar a resolução de problemas em diferentes contextos de atuação.

Estabelecendo relação com o curso de Mestrado em EMC constata-se que este permitiu o desenvolvimento de competências em todos os domínios do saber, essenciais para a prestação de cuidados de excelência na área de especialização.

O aprofundamento de conhecimentos científicos exigido para este ciclo de estudos foi obtido através da presença e participação nas aulas teóricas, nomeadamente: ética, deontologia e direito; investigação; gestão, formação e supervisão em enfermagem; enfermagem em urgência e emergência; e enfermagem em cuidados intensivos. Além disso, a pesquisa bibliográfica também se verificou crucial para complementar e consolidar esses conhecimentos.

Nesta ordem de ideias, ao longo do curso de Mestrado em EMC, a aquisição de conhecimentos científicos atuais foi essencial para promover a compreensão dos problemas de saúde e auxiliar nos processos de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. Portanto, isto só foi possível com a transposição desses conhecimentos para a prática, de forma refletida e ponderada, nos diferentes contextos onde se encontram doentes críticos (através dos estágios I, II e III).

Apesar de, em muitas situações na minha prática diária ser chamada a tomar decisões complexas, por exemplo perante o agravamento repentino do estado dos doentes, este foi um dos domínios em que senti maior dificuldade, possivelmente pelos poucos anos de experiência profissional. A este nível, tendo em vista a formação contínua e o desenvolvimento de competências especializadas no processo de aperfeiçoamento profissional, procurei criar uma base sólida de conhecimento científico, técnico e relacional que serviu de alicerce na tomada de decisão perante o doente crítico e respetiva família/cuidador.

Importa, também, referir que os estágios integrados no curso de Mestrado em EMC promoveram o desenvolvimento do pensamento crítico e a capacidade de reflexão, não só através da prática orientada, mas também pela realização de trabalhos escritos fundamentados, desenvolvidos em paralelo com a prática clínica.

Como se constata, ao longo do presente relatório tem-se vindo a justificar a importância de desenvolver conhecimentos aprofundados na área de especialidade, mas também a necessária compreensão dos mesmos permitindo a sua transformação e aplicação nos diferentes cenários da prática clínica.

A capacidade de comunicação, inerente ao processo de aquisição de competências, constitui uma ferramenta essencial para a prática de Enfermagem na medida em que garante a continuidade de cuidados e minimiza a ocorrência de erros (Sousa, 2013).

Assim sendo, durante o curso de Mestrado em EMC, pude desenvolver competências comunicacionais através das aulas teóricas, aquando da partilha de conhecimentos com as apresentações dos trabalhos realizados. Esta competência veio refinar-se ao longo da minha carreira profissional e nos estágios, decorrente da prestação direta de cuidados ao doente crítico, comunicação com familiares e restantes membros da equipa multidisciplinar e, ainda, com a participação em formações que me permitiram desenvolver esta área, nomeadamente o Curso de Formação de Formadores.

Por fim, o Decreto-Lei n.º 65/2018 também determina a aquisição de competências que permitam a aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma. Ou seja, cabe a cada

enfermeiro, no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação – refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Enquanto profissão, a enfermagem não é alheia à transformação social e à evolução técnica e científica que diariamente influencia a prestação de cuidados de saúde. Neste contexto, torna-se imperativo que a profissão seja exercida por profissionais com uma base sólida de conhecimentos, procurando a excelência do exercício profissional. De acordo com Rosário (2007), a autoformação consiste num processo educativo em que a pessoa assume a centralidade do processo de formação. No mesmo ano, Pimentel acrescenta que, em Enfermagem, deve privilegiar-se a formação em contexto de trabalho. Isto é, a aprendizagem pela experiência. Esta aprendizagem é sobretudo mental, visto que apropriar-se de saberes resultantes da experiência implica processos contínuos de ação e reflexão.

A este nível saliento o desenvolvimento do projeto de autoformação que implicou um planeamento individual, com necessidade de desenvolver competências de pesquisa e investigação, definição de objetivos e respetivas atividades a desenvolver, com posterior aplicação na prática. Como afirma Miguel (2019), a metodologia de projeto estabelece uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.

CONCLUSÃO

A Enfermagem defende uma visão holística do cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, pelo que os enfermeiros desempenham um papel crucial na prestação de cuidados ao longo da vida, indo ao encontro das necessidades em saúde diárias essenciais.

A par das competências desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional e com a formação contínua, a ingressão no curso de Mestrado em EMC veio complementar o percurso de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, possibilitando a atualização de conhecimentos científicos e a aplicação dos mesmos nos diferentes contextos da prática.

Procurando a excelência do exercício profissional e em processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, prestei cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico com respeito permanente pela dignidade e liberdade da pessoa humana, nos diferentes contextos de estágio. Isto implica um exercício seguro, profissional e ético, com necessidade de lidar com questões complexas que, por sua vez, exigem capacidade de tomada de decisão eficaz e em tempo útil.

Relacionando com a filosofia de melhoria contínua da qualidade, demonstrei uma resposta pronta e antecipatória, precisa e eficiente perante focos de instabilidade, tendo por base a visão holística do doente crítico. Na prestação de cuidados especializados tive, também, o cuidado de privilegiar a comunicação, a relação terapêutica, a gestão da dor e envolver a família/cuidador em todo o processo. Baseei-me na evidência científica para fundamentar as minhas intervenções, como se pode constatar ao longo do presente relatório de estágio. O mesmo espelha uma maior atenção no domínio da gestão dos cuidados, particularmente desenvolvido no estágio de opção, verificando-se cuidados de enfermagem otimizados consoante os contextos e recursos disponíveis, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Já o permanente confronto com situações novas e desafiantes conduziu ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da autoformação.

Portanto, o cuidado ao doente e respetiva família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exige decisões rápidas, pelo que as experiências adquiridas nos estágios do curso de Mestrado em EMC e toda a reflexão crítica levada a cabo permitiram a aquisição e consolidação de competências nesse âmbito de

intervenção, sendo capaz de dinamizar respostas em situação de urgência/emergência assim como atuar no sentido da prevenção e controlo da infeção, promovendo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares.

De acordo com Abreu (2003), “a clínica é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implicam a articulação de processos de reflexão na e sobre a ação” (p.9). Nesta linha de pensamento, posso afirmar que o exercício reflexivo sobre a aquisição e desenvolvimento de competências na abordagem ao doente crítico possibilitou a consciencialização detalhada e sustentada das situações, permitindo que a intervenção terapêutica seja em conformidade. A OE (2018), no Regulamento n.º 429/2018, confere maior credibilidade a esta questão, afirmando que a aprendizagem que daqui decorre revela-se no agir quotidiano do enfermeiro especialista e distingue-o pela excelência.

Intimamente relacionado com este percurso de aquisição de competências especializadas encontram-se as competências inerentes ao grau de Mestre. Nesta ordem de ideias, todo o percurso de aprendizagem foi desenvolvido no sentido da aquisição de competências de liderança, investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem através da aplicação e partilha de conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática. Acrescento, ainda, que a realização de pesquisa contínua de acordo com as necessidades sentidas permitiu-me fundamentar as intervenções e tomada de decisões, visando uma prática de cuidados segura e, consequentemente, ganhos em saúde.

Como não podia deixar de ser, ao longo da redação do presente relatório deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente no que diz respeito à gestão do tempo e à síntese da informação encontrada de modo a obter uma base sólida de conhecimentos que sirva de alicerce a todo o processo de aprendizagem pessoal e profissional. Contudo, através da organização individual e leitura detalhada da informação, consegui ultrapassar essas dificuldades.

Em suma, após o trajeto realizado, considero que desenvolvi um percurso na direção da perícia na área da prestação de cuidados à PSC, especificamente na gestão de cuidados de enfermagem em UCI COVID. À luz dos ensinamentos de Benner, considero que sou capaz de aperceber-me das situações na sua globalidade conseguindo organizar, planificar e coordenar os cuidados específicos, determinando prioridades consoante as necessidades identificadas e atuando na prevenção de potenciais riscos no doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Formasau.
- Almeida, M. & Ribeiro, J. (2008). Stress dos clientes nos cuidados intensivos. *Referência*, II (7), 79-88.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support* (9ª ed.). ACS - Committe on Trauma.
- Aquino, D. (2004). *Construção e implantação de prescrição de enfermagem informatizada em UTI*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande). Universidade Federal do Rio Grande.
<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2449/daiseaquino.pdf?sequence=1>.
- Azevedo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 44-54. Repositório.
<https://www.repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101365&code>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Camelo, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1). 192-200. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?lang=es&format=pdf>.
- Cavaco, V., & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de turno em Enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*, (115), 13.
https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflex%C3%A3o
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência urgência*.

<https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2011). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. CNECV. <http://www.cneqv.pt/>

Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série. 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Decreto-Lei n.º 104/98. **Diário da República** I Série. 93 (21-04-1998) 1739-1757.

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.

Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Edições Almedina, S.A.

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015) 3882-3890.

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550-13553.

Dias, J. (2004). Perspetivas das Competências. *Nursing*, (188), 26-30.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde. <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. 2007. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção**. 2013. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito**. 2015. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. 2017. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. 2017. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 019/2020: COVID 19: Estratégia Nacional de testes para SARS-Cov-2**. 2020. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 007/2020 Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de proteção individual**. 2020. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 003/2020: Prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus**. 2020. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 004/2020: Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19**. 2021. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 021/2020 COVID-19: Terapêutica nutricional no doente com COVID-19**. 2021. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e *Delirium*. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coordenação). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536-544). Lidel.
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>.
- Festas, C. (2006). Cuidado de Enfermagem e Competência Profissional. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem: Informar*, (37), 30-37.
- Front Line COVID-19 Critical Care Alliance. (2021). MATH+: Hospital treatment protocol for COVID-19. FLCCC.

<https://covid19criticalcare.com/wp-content/uploads/2021/01/FLCCC-Alliance-MATHplus-Protocol-ENGLISH.pdf>.

Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11(3), 371-375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>.

Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. P. Neves & S. Pacheco (Coordenação). *Para uma ética da enfermagem: desafios* (pp. 403-416). Gráfica de Coimbra.

Gattinoni L., Chiumello, D., Caironi, P., Busana, M., Romitti, F., Brazzi, L., & Camporota, L. (2020). COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes?. *Intensive Care Medicine*, 46(6), 1099-1102. DOI: 10.1007/s00134-020-06033-2.

Hospital Dr. Nélío Mendonça (2013). *Política nº 1*. Manual do Serviço de Urgência. Disponível no Serviço de Urgência do SESARAM, Funchal, Portugal.

Jones, A. (2013). *Patient safety and gaps management by registered nurses*. (Tese de Doutoramento, Deakin University). Deakin University. <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30066360>.

Kornusky, J. & Balderrama, D. (2017). Patient Admission: Admitting Patients to Intensive Care Units. *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems.

Le Boterf, G. (2015). *Construire Les Compétences Individuelles et Collectives* (7^a ed.). Eyrolles.

Lei n.º 27/2006. **Diário da República**. 126 (03/07/2006) 4696-4706.

Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 191 (16-09-2015) 8059-8105.

Lenquist S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff*. Springer.

- MacLaren, G, Fisher, D., & Daniel Brodie (2020). Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19: The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *JAMA*, 323(13), 1245-1246. DOI: 10.1001/jama.2020.2342.
- Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar - Que realidade*. Lusociência.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (5ª ed.). Lippincott William & Wilkins.
- Miguel, A. (2019). *Gestão moderna de projetos: melhores técnicas e práticas* (8.ª ed.). FCA.
- Monsieurs, K., Nolan, J., Bossaert, L., Greif, R., Maconochie, I., Nikolaou, N., Perkins, G., Soar J., Truhlar, A., Wyllie, J., & Zideman, D. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. Elsevier.
<https://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-guidelines-resuscitation-2015-section-1-executive-summary>
- Moreira, V. (2017). A história da Enfermagem em Portugal: Como era, como é. *Jornal Enfermeiro*. <https://www.jornalenfermeiro.pt/opiniaio/item/1678-a-historia-da-enfermagem-em-portugal-como-era-como-e.html>.
- Neves, M. (2004). Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a ação. In M. P. Neves & S. Pacheco (Coordenação). *Para uma ética da enfermagem: desafios* (pp. 145-157). Gráfica de Coimbra.
- Nova, A. (2008). A Eficiência na Gestão dos Cuidados - o Papel do Enfermeiro. *Gestão e Economia da Saúde*.
<http://www.hospitaldofuturo.com/group/gestaoeconomiasaude/forum/topics/1967198:Topic:1142?page=1&commentId=1967198%3AComment%3A1283&x=1#1967198Comment1283>.
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

Ordem dos enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, (1), 1-57. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_protteg.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Registo de penso e evolução da ferida*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf.

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

Ordem dos enfermeiros. (2016). *Especificidade da área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_06_13_12_2016_MCEEMC_Valorizacao%20CuidadosEnfEspPessoaSituacaoCritica.pdf.

Ordem dos Médicos (Comissão de Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Prevention of hospital acquired infection- a practical guide*. A practical guide. WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf.

Paiva, A. (2004). O papel do enfermeiro. In M. C. P. Neves & S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem* (pp. 51-61). Gráfica de Coimbra.

Payen, J., Bru, O., Bossom, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*, 29(12), 2258-2263. PubMed.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>.

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/rWD86DC4gfC5JKHTR7BSf3j/?format=pdf&lang=pt>.

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>.

Ponce, P. (2015). Aspectos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coordenação). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536-544). Lidel.

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Lusociência.

Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Quarteto Editora.

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243.

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018) 19359-19370.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750.

Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, H., Bosman, R. J., & Oudemans-van S. (2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral pain scale versus critical-care pain observation tool. *Journal of Critical Care*, 30(1), 167–172, DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.09.007.

Rodrigues, V., & Ferreira, A. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(4). 1-9. Scielo.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/jcFdMY9jMTj7hj7Nqxqdk3r/?lang=pt&format=pdf>

Rosário, J. (2007). *A integração da internet na autoformação dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja). Instituto Politécnico de Beja.
<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/649>.

Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com Doentes Ventilados. *Revista Sinais Vitais* (67), 29-34.

Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Universidade do Algarve.
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMA%c3%87%c3%83O%20EM%20SERVI%c3%87O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>.

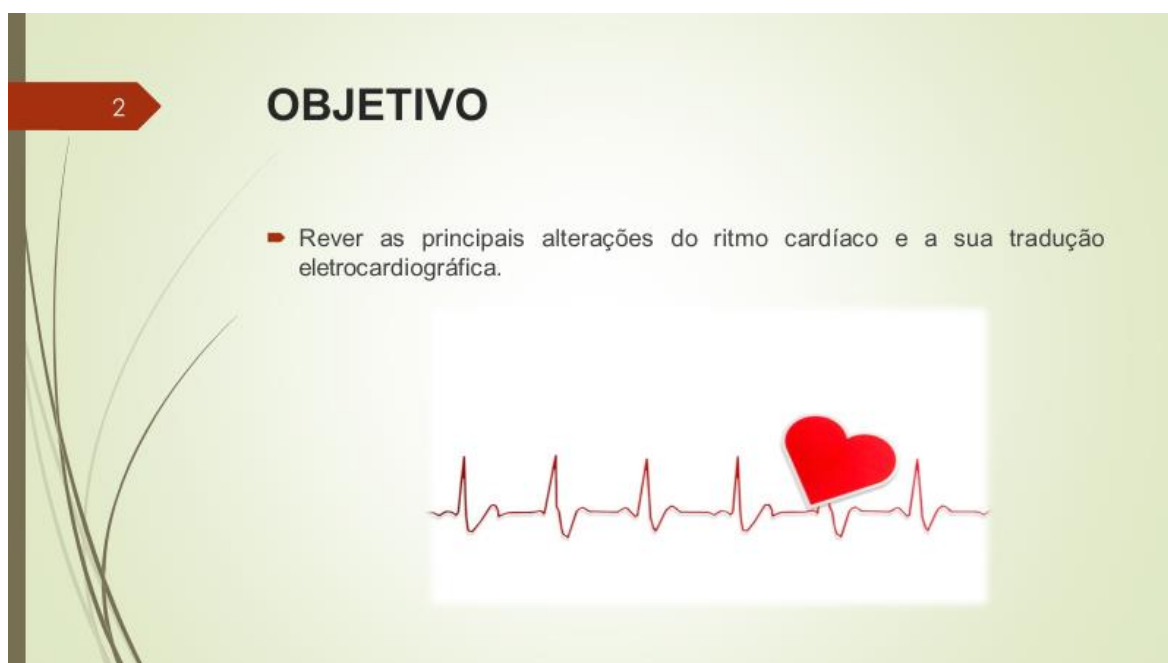
Santos, A., Cabral, L., Brito, D., Madeira, M., Silva., & Martins, M. (2008). As representações sociais da infeção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 441-446.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400007>.

- Santos, J., Garlet, E. & Lima, M. (2010). Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30(3), 525-532. LUME.
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23440/000731904.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Serviço Regional de Proteção Civil da RAM. (2015). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf.
- Siddiqi, H. & Mehta, M. (2020). COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical – therapeutic staging proposal. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 39(5), 405-407. DOI: 10.1016/j.healun.2020.03.012.
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável - Melhoria da qualidade* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Universidade do Porto.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>.
- Silva, N. (2014). *O Ruído Hospitalar: Implicações no Bem-estar do Doente*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Instituto Politécnico de Viseu.
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2060/1/SILVA,%20N%C3%A9lio%20Miguel%20Jesus%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020a). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a Abordagem ao COVID-19 em Medicina Intensiva*. SPCI. https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID_19_R.pdf.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020b). *Recomendações de Nutrição Clínica no Doente Crítico COVID-19*. SPCI. <https://www.spci.pt/media/covid-19/infografia-recomendacoes-nutricao-clinica-doente-critico-09-abri-2020.pdf>.
- Sousa, A. (2013). *A segurança do paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15757/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Cient%c3%adfica%20Alexandra%20Sousa.pdf>.

- Tomás, A. (2009). O enfermeiro em ambulâncias de Suporte Imediato de Vida - afirmar a Enfermagem no pré-hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (32), 59-60. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe32/full-view.html>.
- Trindade, R. (2014). A autoaprendizagem no ensino superior e a aprendizagem baseada na resolução de problemas: perspetivas e questões. *Revista Lusófona de Educação*, 27(27), 47-57. *Revista Lusófona de Educação*. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4829>.
- Valle, A., Feitosa, M., Araújo, V., Moura, M., Santos, A., & Monteiro, C. (2008). Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Revista de Enfermagem*, 12(2), 304-309. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200016>.
- Vaughans, B. (2012). Enfermagem – Uma profissão em evolução. In B. W. Vaughans. *Fundamentos de enfermagem desmistificados: Um guia de aprendizado* (pp. 21-30). AMGH.
- Wang, K., Zhao, W., Li, J., Shu, W., & Duan, J. (2020). The experience of high-flow nasal cannula in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in two hospitals of Chongqing, China. *Ann Intensive Care*, 10(1). DOI: 10.1186/s13613-020-00653-z.
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 9(6), 178-183. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp036>.
- White, S., Cardenas, Y., & Nates, J. (2017). O que todo o intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 29(4), 414-417. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170073>.

ANEXOS

ANEXO A - AÇÃO DE FORMAÇÃO: ANÁLISE DE TRAÇADOS ECG



How to read a rhythm strip

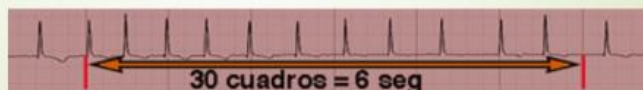
1. Is there any electrical activity?
2. What is the ventricular (QRS) rate?
3. Is the QRS rhythm regular or irregular?
4. Is the QRS width normal (narrow) or broad?
5. Is atrial activity present?
(If so, what is it: P waves? Other atrial activity?)
6. How is atrial activity related to ventricular activity?

Como calcular a frequência cardíaca?

- Se o ritmo for **regular** podemos calcular a frequência cardíaca pelo intervalo RR - dividir 300 pelo número de quadrados grandes entre duas ondas R.



- Se o ritmo for **irregular** contam-se 30 quadrados grandes (6 segundos) e multiplicamos o número de complexos QRS encontrados nesse período por 10, obtendo assim uma frequência cardíaca aproximada.



5

Ritmo Sinusal



6

Ritmo Sinusal

- Sim, existe atividade elétrica;
- A frequência cardíaca ventricular é de cerca de 85 bpm;
- O ritmo QRS é regular;
- O complexo QRS é normal;
- Existe atividade auricular – ondas P;
- Cada complexo QRS é precedido de uma onda P.



Taquicardia ventricular

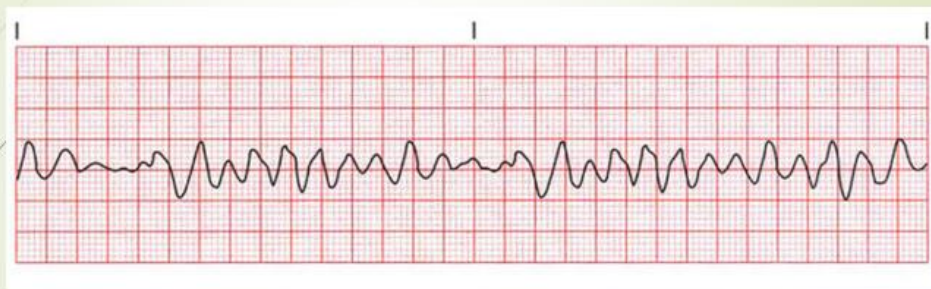


Taquicardia ventricular

- A origem do ritmo é ventricular com frequência rápida (> 120 bpm), complexos QRS alargados;
- Não existem ondas P visíveis;
- Complexo QRS é alargado (> 0.10 segundos) e bizarro;
- QRS pode ser irregular (FC 140 – 250);
- Débito cardíaco altamente comprometido ou inexistente;
- Este ritmo poderá auto resolver-se;
- Sem pulso é um ritmo desfibrilhável.

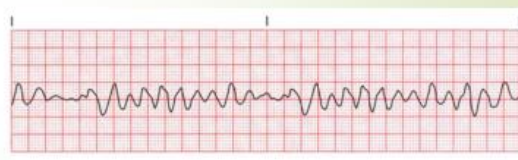


Fibrilhação Ventricular

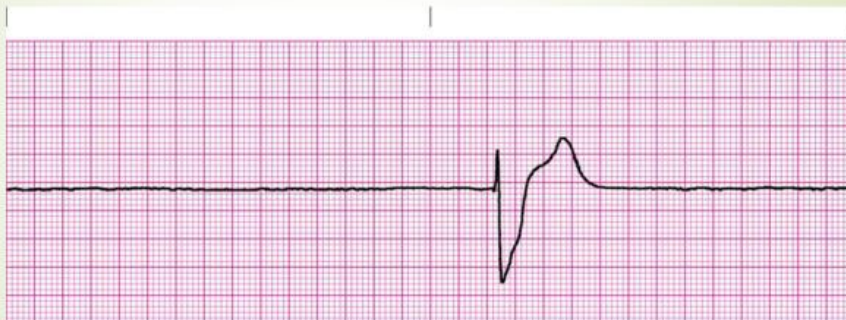


Fibrilhação Ventricular

- QRS caótico e errático, complexos podem variar consideravelmente em tamanho;
- QRS poderá ser tão fino que quase pode parecer uma "flat line";
- Débito cardíaco inexistente;
- Este ritmo não se resolve sozinho;
- Ritmo desfibrilhável.



Assistolia

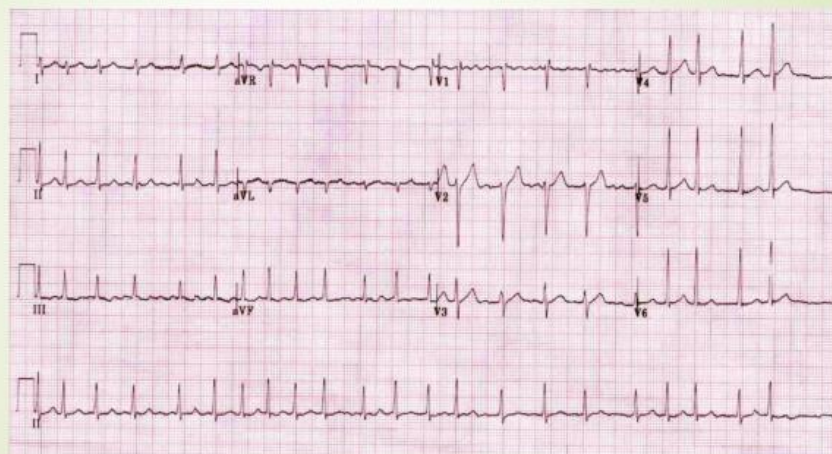


Assistolia

- Ausência de qualquer complexo;
- Pode parecer uma linha isoeletrica;
- Ritmo não desfibrilável.

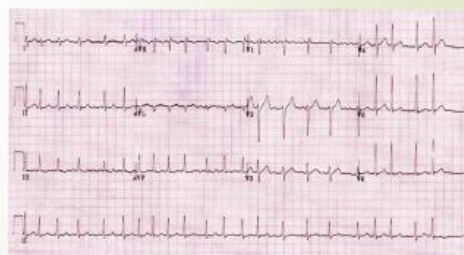


Fibrilhação Auricular

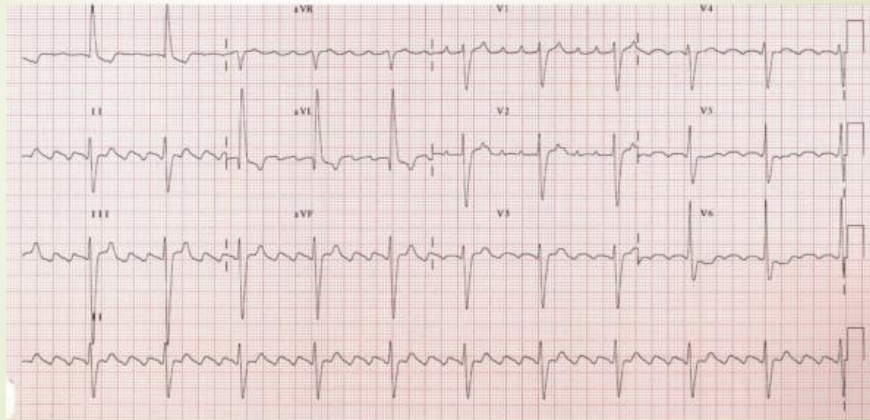


Fibrilhação Auricular

- Sim, existe atividade elétrica;
- A frequência cardíaca ventricular é de cerca de 150 bpm;
- O ritmo QRS é irregular;
- O complexo QRS é estreito;
- Não são visíveis ondas P "normais", as aurículas não se contraem, "fibrilham" (os impulsos provêm de toda a aurícula, desencadeando 300 a 500 contrações por minuto);
- Débito cardíaco pode estar muito comprometido;
- Risco de formação de coágulos de sangue (responsável por cerca de 15% dos AVC's).

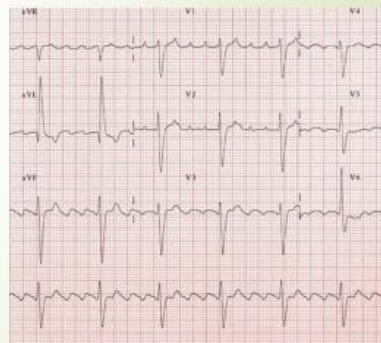


Flutter Auricular



Flutter Auricular

- Sim, existe atividade elétrica;
- A frequência cardíaca ventricular é de cerca de 75 bpm;
- O ritmo QRS é regular (pode ser variável);
- O complexo QRS é estreito;
- Não são visíveis ondas P "normais", são observadas ondas tipologia clássica "dente de serra". A frequência cardíaca auricular é geralmente próxima a divisores de 300 bpm (sendo a mais frequente de 150 bpm);
- Débito cardíaco pode estar comprometido;
- Risco de formação de coágulos de sangue.

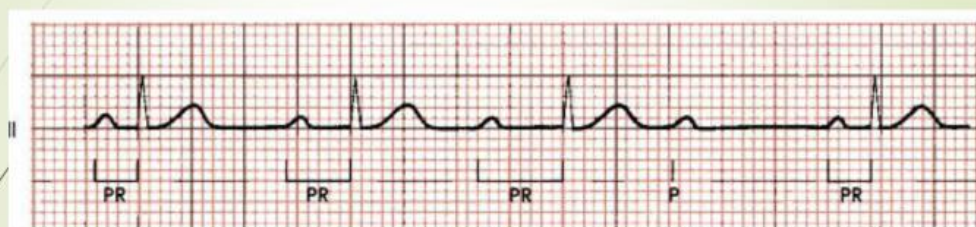


BAV 1º GRAU



- A condução do impulso das aurículas aos ventrículos pelo nóculo AV é atrasada;
- Intervalo PQ é superior a 0.20 segundos;
- Este intervalo prolongado é constante.

BAV 2º GRAU – MOBITZ TIPO I



- Existe um alargamento do intervalo PQ progressivo até haver uma interrupção na condução (existe uma onda P que não é seguida por um complexo QRS).

BAV 2º GRAU – MOBITZ TIPO II



- Existe um intervalo PQ constante (usualmente de duração normal) e ondas P com interrupção na condução (existe uma onda P que não é seguida por um complexo QRS);
- Pode deteriorar para bloqueio 3º grau.

BAV 3º GRAU



- Não existe qualquer relação entre a atividade auricular e a atividade ventricular.
- Normalmente exige pacemaker provisório.

Referências Bibliográficas

- Cascio, T. & Lipman B. (2001). *ECG – Avaliação e Interpretação*. Loures: Lusodidacta.
- Monahan, F. D., et al (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspetivas de Saúde e Doença*. (8ª ed., volume II). Loures: Lusodidacta.
- Soar, J., Nolan, J., Bottiger, B., Perkins, G., Lott, C., Carli, P., Pellis, T., Sandroni, C...Deakin, C. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 – Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95, 100-147. Retrieved from: <https://cprguidelines.eu/>.

**OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO!**

Sofia Santos



ANEXO B - UCI COVID



Entrada UCI COVID



Unidade do doente



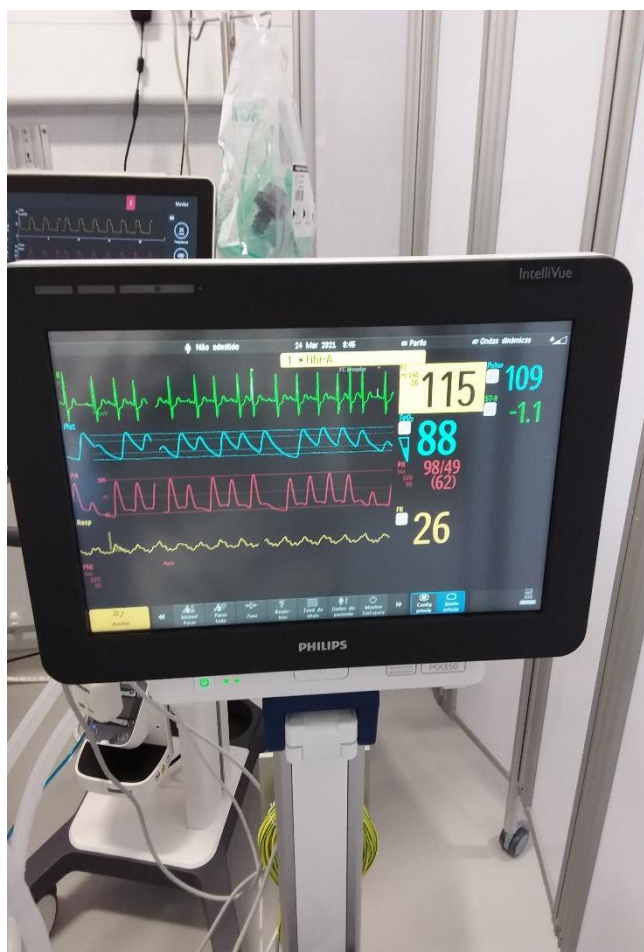
Área de registos de enfermagem



Área de trabalho com material e terapêutica



Doente crítico com COVID-19



Monitorização hemodinâmica contínua e ventilação mecânica invasiva (utilização de filtros HEPA)