

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Competências Especializadas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: A Prevenção de Eventos Adversos na Pessoa
em Situação Perioperatória**

Rubina José Dória Jesus

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

Funchal, 2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Competências Especializadas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: A Prevenção de Eventos Adversos na Pessoa
em Situação Perioperatória**

Rubina José Dória Jesus

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

Orientadora: Professora Doutora Noélia Pimenta

Funchal, 2022

São os enfermeiros que poucos conhecem. São os que usam fatos de Bloco Operatório pouco personalizados, largos e grandes. Escondem-se por detrás de máscaras, barretes, toucas e batas. Reconhecidos na maior parte das vezes apenas pelos olhos, pelo OLHAR que caracteriza cada um.

Sofia Rita, s.d.

AGRADECIMENTOS

O culminar desta etapa só foi possível com o apoio das entidades e com a colaboração, apoio, carinho e dedicação das pessoas que me acompanharam durante este percurso de formação. Motivo pelo qual, gostaria de agradecer a todos os que participaram nesta jornada de aprendizagem e de transformação pessoal e profissional, com votos de um dia conseguir corresponder de forma tão ilustre todo o vosso companheirismo e amizade.

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

Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça pela disponibilidade e autorização ao conceder a realização dos estágios no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva.

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Noélia Pimenta pela orientação, pelos conhecimentos transmitidos, pelo rigor, pela partilha de experiências e, acima de tudo, por acreditar nas minhas capacidades.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Cláudia Gouveia, pela enorme compreensão durante este percurso e pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos Exmos. Enfermeiros chefes Abel Viveiros (Serviço de Medicina Intensiva) e Ludgero Gonçalves (Serviço de Urgência), e aos enfermeiros orientadores Zélia Barreto, Rui Jardim, Rui Faria e Elsa Jardim, que se disponibilizaram para me integrar num contexto de prática complexo e diferenciado, pela amabilidade, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo apoio, pela partilha de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento de competências especializadas.

Às futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Luísa Coelho e Lara Abreu por me terem acompanhado neste processo de aprendizagem e por toda a amizade.

Aos colegas do Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo apoio, motivação e por nunca me terem deixado desistir.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, pelos momentos de aprendizagem e de partilha sobre a prática de cuidados.

Aos meus amigos de sempre, pela infinita disponibilidade, amizade e compreensão.

À minha família, pelo incentivo e motivação.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes e por acreditarem em mim.

A todos, o meu mais sincero Obrigado.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, tendo como objetivos: demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica e em situação perioperatória; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional e das suas implicações no cuidado especializado e demonstrar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da apresentação e discussão do relatório de estágio.

A prática clínica especializada, iniciou-se com o Estágio I – Urgência que decorreu no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, ao passo que o Estágio II – Cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção foram efetuados no Serviço de Medicina Intensiva da mesma instituição hospitalar. O Estágio de Opção ao desenvolver-se, no contexto de cuidados intensivos teve por base o interesse/necessidade de desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia de alto risco, urgente/ emergente, no período pré e no pós-operatório imediato, tendo como fator norteador a prevenção dos eventos adversos para a segurança do cuidado à pessoa no período perioperatório.

Os diversos contextos onde desenvolvi a prática clínica especializada evidencia a ampla intervenção da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no que concerne ao cuidar da pessoa em situação crítica, desde o contexto de serviço de urgência, bloco operatório (experiência profissional) e cuidados intensivos, dando especial enfoque ao doente crítico submetido a cirurgia urgente/ emergente.

O Relatório encontra-se orientado segundo uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, enfatiza a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica e Situação Perioperatória, rumo à aquisição das competências de Mestre.

Palavras-chave: Competências, Eventos Adversos, Perioperatório, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRACT

The present report appears within the scope of the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, with the following objectives: to demonstrate the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in aspect of the person in a critical situation and in a perioperative situation; to highlight the development of critical-reflective analysis skills of situations arising from professional practice and their implications for specialized care and demonstrate the development of Master's skills, through the presentation and discussion of the internship report.

The specialized clinical practice began with Internship I - Urgency that took place in the Emergency Department of Dr. Nélio Mendonça Hospital, while Internship II – Intensive Care and Internship III – Option were carried out in the Intensive Care Service of the same hospital. The option internship, when developing, in the context of intensive care, was based on the interest/need to develop specialized skills in the care for the person in critical condition undergoing high-risk, urgent/emergent surgery, in the pre and immediate postoperative period, having as a guiding factor the prevention of adverse events for the safety of care to the person in the perioperative period.

The different contexts where I developed the specialized clinical practice evidence the wide intervention of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing regarding the care of the person in a critical situation, from the context of emergency service, operating room (professional experience) and intensive care, with special focus on critically ill patients undergoing urgent/emergent surgery.

This Report is guided by a descriptive, analytical and reflective methodology, it emphasizes the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation and Perioperative Situation, towards the acquisition of competences of Master.

Keywords: Skills, Adverse Events, Perioperative, Specialist Nurse, Person in Critical Situation.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APA – American Psychological Association
ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIS – Índice Bispectral
BO – Bloco Operatório
BPS – Behavioral Pain Scale
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CO₂ – Dióxido de Carbono
CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção-Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
ECG – Eletrocardiograma
ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal
ECTS – Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos
EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar
EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
GPT – Grupo Português de Triage
HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
LASA – Look-alike and Sound-alike

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRMI – Medical Response to Major Incidents

MRSA – Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAF – Projeto de Autoformação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PEEP – Pressão Positiva no Final da Expiração

PIA – Pressão Intra-abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO - Pulse Contour Cardiac Output

PPCIRA – Programa de Prevenção de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SE – Sala de Emergência

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SRS – Serviço Regional de Saúde

STAT – CIC – Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TET – Tubo Endotraqueal
TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System
UCEU – Unidade de Cuidados Especiais da Urgência
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCI-COVID 19 – Unidade de Cuidados Intensivos COVID-19
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UPP – Úlcera por Pressão
VILI - Ventilator-Induced Lung Injury
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VV – Via Verde
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	19
1.1. Contextos da prática: reflexo de um percurso	22
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	27
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	29
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	34
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	41
2.4. Domínio das aprendizagens profissionais	44
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	47
3.1. Cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	48
3.1.1. Cuidados de enfermagem especializados no contexto de um Serviço de Urgência.....	49
3.1.2. Cuidados de enfermagem especializados no Serviço de Medicina Intensiva.....	62
3.2. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa, maximizando a segurança congruente com a consciência cirúrgica	77
3.3. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	82
3.4. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica	86
4. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	92
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	i

ANEXO A - INQUÉRITO DISTRIBUÍDO AOS ENFERMEIROS DO SMI DO HNM.....	iii
ANEXO B – ALGORITMO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA PREPARAÇÃO DA PSC, PARA SER SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/ EMERGENTE	xi
ANEXO C – MNEMÓNICA ISBAR ADAPTADA À TRANSFERÊNCIA DA PSC DO SMI AO BO	xiii

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio representa o culminar de um trajeto iniciado em 2019, com o ingresso no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), cuja sua apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No Decreto-Lei nº 65/2018, encontra-se explanada a estrutura do 2º ciclo de estudos congruente com o grau de Mestre, o qual contempla a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)” (p. 4151). Desta forma, os estágios representam oportunidades enriquecedoras que possibilitam aos formandos o consolidar de conhecimentos, aplicar na prática as teorias aprendidas durante o período formativo, assim como contribuem para a modificação e evolução das atitudes pessoais que se refletem numa maior qualidade e excelência na prestação dos cuidados de enfermagem. De igual modo, o Regulamento nº 658/2016 caracteriza um relatório de estágio como “um trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

Com a concretização deste relatório, designado por “Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a prevenção de eventos adversos na pessoa em situação perioperatória”, pretendi demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica e em situação perioperatória; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional e das suas implicações no cuidado especializado e demonstrar o desenvolvimento de competências de Mestre.

Assim, a elaboração do presente relatório evidencia o trabalho desenvolvido no decorrer dos ensinamentos clínicos, bem como as competências adquiridas e aprimoradas no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e em situação perioperatória. Do mesmo modo, demonstra a reflexão sobre as ações realizadas, bem como as suas implicações éticas e sociais, fundamentais para o cuidado especializado.

O plano de estudos da ESESJC engloba a realização de três estágios. O Estágio I: Urgência que decorreu no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e o Estágio II: Cuidados Intensivos, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), ambos com um total de 250 horas (10 ECTS). Quanto ao Estágio III:

Opção, foi realizado nas várias unidades do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HNM, precisamente na UCIP, na Unidade de Cuidados Especiais da Urgência (UCEU) e na Unidade de Cuidados Intensivos Covid-19 (UCI-COVID 19), com um total de 375 horas (15 ECTS).

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, norteiei o meu percurso para a vertente do cuidar especializado da pessoa em situação crítica e em situação perioperatória por ser uma área do meu interesse pessoal e profissional, compatível com a minha atividade profissional enquanto enfermeira de anestesia do Bloco Operatório. Neste sentido, a escolha pelo campo de estágio de opção prendeu-se com o facto de ser um serviço profícuo em experiências e oportunidades únicas de aprendizagem, promovendo o aprimorar das minhas capacidades e conhecimentos na abordagem à pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia de alto risco, urgente/ emergente, proporcionando uma visão global dos cuidados de enfermagem perioperatórios, mais concretamente desde o pré-operatório ao pós-operatório num contexto de cuidados intensivos.

A estrutura deste documento tem início com uma breve contextualização sobre os cuidados especializados à pessoa em situação crítica e perioperatória, seguida de um capítulo direcionado para a exposição do desenvolvimento das competências comuns, outro para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro EEMC no decurso dos estágios, dando ênfase à prevenção dos eventos adversos na segurança do cuidado à pessoa no período perioperatório.

O quarto capítulo destinado a uma reflexão crítica sobre todo o percurso de formação, no sentido da aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, bem como as suas implicações no exercício das minhas funções.

A metodologia descritiva e analítica assenta na base da elaboração deste relatório, através da análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, dos trabalhos construídos nos diferentes contextos da prática e também no relatório do projeto de autoformação, desenvolvido e aplicado no Estágio III: Opção, à luz de três grandes pilares, nomeadamente: o pensamento crítico, a experiência pessoal e profissional e pesquisa de evidência científica recente, com recurso a fontes credíveis, reconhecidas e válidas.

Relativamente ao tratamento das fontes e estruturação do trabalho, foram utilizadas as normas preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (*American Psychological Association – APA, 6ª edição, 2010*), descritas no documento Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos (2020).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Com o aumento da esperança média de vida as pessoas vivem durante mais tempo, porém os estilos de vida atuais, compatíveis com dinâmicas comportamentais conducentes a fatores de risco, como por exemplo o tabagismo, sedentarismo e obesidade, contribuem para um aumento exponencial de doenças crónicas, como a hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e de pessoas com múltiplas co-morbilidades, exigindo uma complexidade de cuidados inquestionável (Ministério da Saúde, 2018). Não obstante, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) enumerou como principais causas de morte a nível internacional: as doenças cerebrocardiovasculares (AVC, cardiopatia isquémica), as doenças respiratórias (DPOC, infeções), as doenças oncológicas e o trauma.

Todas as pessoas podem ser vítimas de doença súbita ou de acidente grave, conferindo um crescimento das situações de urgência/ emergência que evoluem para estados críticos com necessidade de internamento em UCI. Esta afirmação fundamenta a necessidade crescente de profissionais de enfermagem qualificados, detentores de saberes e de treino, por forma a atuarem de forma segura e eficiente.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, uma situação de emergência advém “da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”, a qual sublinha que a sua assistência “deve ser realizada de forma imediata” (p. 19362). Por conseguinte, esta definição aproxima-se do conceito de pessoa em situação crítica, emanado pelo mesmo documento, como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância e terapêutica” (p. 19362).

Silva (2012) acrescenta que as situações que podem acometer uma pessoa a um estado crítico são de variada índole, o que exige do enfermeiro EEMC o desenvolvimento de competências específicas para lidar com ambientes de elevada complexidade. Ora, direcionando à vertente do cuidado especializado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/ emergente, torna-se importante compreender o impacto de uma cirurgia

num doente que, por si só já se encontra numa posição de extrema fragilidade e vulnerabilidade.

A par da definição de pessoa em situação crítica emanada pelo Regulamento nº 429/2018, a OE afirma que a pessoa em situação perioperatória consiste na “(...) Pessoa e família/ pessoa significativa a vivenciar processos complexos de saúde/ doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (p. 19366). Neste sentido, a pessoa submetida a cirurgia urgente/ emergente enquadra-se, igualmente, na definição de pessoa em situação crítica, pela complexidade do período perioperatório, por toda a instabilidade hemodinâmica inerente e pela consequente dependência de meios para assegurar a sua sobrevivência.

Na verdade, a assistência ao doente crítico exige a necessidade premente de cuidados especializados e diferenciados, pelo que Pereira (2020) salienta que o cuidar de pessoas que vivenciam alterações do seu processo de transição de saúde/ doença tem como foco a intervenção do enfermeiro, sendo que já em 2012, Silva afirmava que esta deveria ser mais direcionada e incisiva, de modo a otimizar resultados e a recuperação total, com vista à promoção da qualidade de vida.

Face à complexidade inerente ao cuidado da pessoa em situação crítica, Lindberg (2006) enumera cinco competências fundamentais para o enfermeiro, nomeadamente: a habilidade de cooperar com a equipa, a capacidade de agir, a capacidade de compreender as situações corretamente, ter consciência das limitações e possuir discernimento para colocar em segundo plano a tecnologia, em prol do cuidado com qualidade e individualidade.

Assim, é crucial que exista uma enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica, em que a avaliação, monitorização, administração de fármacos, o domínio do conforto com analgesia adequada, os cuidados de higiene e da pele, o posicionamento, a nutrição, a prevenção de complicações e de eventos adversos, o suporte psicológico e familiar, a assistência na comunicação, o suporte para uma articulação eficaz com a equipa multidisciplinar consistem em papéis fundamentais da enfermagem, que se traduzem num profícuo efeito nos resultados (Leach et al., 2009).

Como tal, cuidar da pessoa em situação crítica implica a conjugação entre a dimensão técnica e humana, pois segundo Rodrigues (2019), humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, profissional que cuida da saúde do outro, assume uma posição ética e de respeito. Por sua vez, a humanização dos cuidados de enfermagem encontra-se explanada

no artigo 110º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no capítulo IV, da Deontologia Profissional (OE, 2015), em que este deve assumir o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Naturalmente, o processo de humanização deve estar no centro de toda a atividade profissional do enfermeiro.

No entanto, nos serviços que lidam frequentemente com o doente crítico, mais concretamente as UCI, os BO e os SU, os cuidados de enfermagem surgem inúmeras vezes associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos, num ambiente dinâmico, determinado por ações complexas, nas quais a finitude da vida é uma realidade, pelo que diariamente a pessoa em situação crítica e a sua família enfrentam desafios significativos (Sá et al., 2015).

De acordo com Borges (2015), o internamento em UCI acrescido da necessidade de cirurgia constitui uma mudança brusca e atroz, já que a hospitalização acarreta um conjunto de necessidades complexas, devido a uma alteração súbita de um estado de saúde para um estado de doença, com impacto na qualidade de vida, nas rotinas, nos papéis e nas suas realizações pessoais.

Nestas circunstâncias, o BO consiste no espaço que, dentro da instituição hospitalar evoca o papel mais “assustador” para os doentes e a população em geral, isto porque é o desconhecido, estando associado à perda de consciência e aos procedimentos invasivos e dolorosos, transmitindo sentimentos de angústia e ansiedade. Por esta razão, o BO é visto como uma ameaça à integridade da pessoa e à sua identidade, principalmente nas intervenções cirúrgicas urgentes/ emergentes que implicam modificações repentinas nos hábitos de vida, no autocontrolo e na autonomia, surgindo na vida das pessoas como um fator desfavorável, despoletando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares, contribuindo para alterações na estrutura familiar, social e laboral (Esteves, 2019).

Neste sentido, o pensamento desenvolvido pelo autor anteriormente citado sobressai na Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, uma vez que a transição de saúde/doença é vivenciada pela pessoa em situação crítica enquanto passagem de uma condição para outra, conduzindo a alterações que afetam a qualidade de vida, tanto do próprio doente como da sua família/ pessoa significativa. Meleis (2011) defende que a pessoa deve ser perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente, detentora de capacidades inatas para se adaptar a alterações que venham a surgir, mas que devido a uma situação de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio.

Deste modo, já no ano 2000, Meleis et al. sublinham a importância do enfermeiro na consideração dos padrões significativos de transição da vida da pessoa e da sua família/pessoa significativa, desempenhando um papel importante na gestão e manutenção da adaptação à situação de doença crítica, sendo um recurso mobilizador, facilitador e estimulador para a promoção da qualidade de vida.

Castellan et al. (2016) reforçam que os enfermeiros que cuidam de doentes em situação crítica lidam constantemente com as respostas humanas a distúrbios ameaçadores, de modo a garantir que tanto os doentes como as suas famílias são recetores de cuidados de qualidade, numa fase de maior vulnerabilidade. Por conseguinte, estes doentes exigem uma complexa e contínua vigilância, bem como de uma grande intensidade de intervenções, pelo que os enfermeiros devem ser detentores de um largo espectro de conhecimentos e destreza técnica, assim como de capacidades de raciocínio clínico e tomada de decisão bem desenvolvidas.

De seguida, procede-se com uma análise reflexiva referente ao percurso profissional efetuado e ao processo de aprendizagem realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), com uma breve descrição e caracterização dos campos de estágio selecionados, bem como a sua importância na edificação de competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

1.2. Contextos da prática: reflexo de um percurso

A decisão pelo Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica advém do meu percurso profissional desenvolvido até ao momento. Após a conclusão da Licenciatura em Enfermagem, iniciei funções como enfermeira de cuidados gerais no Bloco Operatório do HNM, mais precisamente na área da anestesiologia, onde o contacto com a pessoa em situação crítica é muito frequente.

Entretanto, como forma de ampliar o meu espectro de conhecimentos e melhorar as minhas habilidades técnicas, realizei várias formações direcionadas para a reanimação cardiorrespiratória, enfermagem de cuidados intensivos, bem como o Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN®). Surgiu, ainda, a oportunidade de efetuar o curso Medical Response to Major Incidents (MRMI®) orientado para situações de catástrofe e cenários multi-vítimas.

Naturalmente, o meu percurso profissional foi sempre desenvolvido na incessante procura pela excelência do cuidado, refletindo o meu interesse no cuidado à pessoa em situação crítica e perioperatória. Assim, como forma de aprimorar competências no cuidado especializado nestas duas áreas concomitantes, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica emergiu, então, como uma etapa crucial na construção da minha identidade profissional, pois não sendo um momento estanque, representa uma parte integrante de um processo transformativo do desenvolvimento e consolidação de competências, uma vez que confronta a prática diária da enfermagem com a evidência e reflexão, elevando a profissão de enfermagem aos mais altos níveis de eficiência, rigor e excelência.

A título de concretizar a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas, o enfermeiro deve fortalecer a sua formação, percorrendo diversas áreas de atuação, aprimorando aptidões e competências cruciais para um exercício profissional de excelência.

Neste contexto de formanda do Curso de Mestrado, os campos de estágio surgem como oportunidade exímias no incrementar competências técnicas e humanas, com consequências vantajosas para a profissão de enfermagem. Isto porque, conforme Alarcão e Rua (2005), os ensinamentos clínicos são considerados “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”, os quais decorrem num tempo e locais específicos, contextualizados e delimitados. Desta feita, a prática clínica assume um papel determinante no processo de formação para o desenvolvimento da competência profissional, já que possibilita a mobilização integrada e contextualizada de diversos saberes juntamente com o percurso para a identidade profissional.

O Curso de Mestrado agrupa um total de três unidades curriculares alusivas à prática clínica, o Estágio I – Urgência; o Estágio II – Cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção. Todavia, a seleção dos campos de estágio decorreu na área de intervenção que pretendi desenvolver, nomeadamente o cuidado especializado à pessoa em situação crítica e perioperatória. Assim, os contextos escolhidos para a realização dos diferentes estágios foram: o Serviço de Urgência, incluindo o Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) integrado na Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (RAM) e o Serviço de Medicina Intensiva, que engloba todas as suas unidades (UCIP, UCEU e UCI-COVID 19), do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Os locais de estágio escolhidos caracterizam-se pelo

contacto frequente com a pessoa em situação crítica, seja em situação de urgência/emergência, seja em contexto de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, além de me proporcionarem um acompanhamento do doente crítico com necessidade de cirurgia urgente/ emergente, por todas as fases do perioperatório, nomeadamente o pré, o intra e o pós-operatório.

Sendo que cada serviço dispõe de uma organização própria, considero pertinente apresentar uma breve caracterização dos mesmos.

O Serviço de Urgência do HNM destina-se ao acolhimento de pessoas em situação urgente/ emergente provenientes de todos os concelhos da RAM, abrangendo uma população de 252.060 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021). A sua missão baseia-se em prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todos os cidadãos, sejam eles portugueses ou estrangeiros, que ali acorram em situação de urgência/ emergência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa.

Conforme o Despacho nº 10319/2014, é considerado um Serviço de Urgência Polivalente, já que dispõe de um conjunto diferenciado de especialidades médicas e cirúrgicas que possibilitam uma elevada resolução de variadas situações de doença aguda. Além disso, o Sistema de Triagem de Manchester consiste numa das particularidades deste serviço, com início em junho de 2005, o qual se tem revelado muito útil no atendimento atempado da pessoa, em função do seu estado clínico. Este sistema engloba, também, quatro vias verdes, tais como: AVC, Coronária, Trauma e Sepsis, conferindo uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado às situações apresentadas, sendo ativada por meio de critérios pré-estabelecidos.

No que concerne à equipa de enfermagem, esta encontra-se inserida no seio da equipa multidisciplinar, a qual é composta por 110 enfermeiros, entre os quais, 28 são especialistas (14 EEMC, oito em Saúde Mental, quatro em Saúde Comunitária e dois em Reabilitação) que asseguram o atendimento permanente no SU.

De modo a ter uma visão do sistema de socorro implementado no pré-hospitalar, de compreender a abordagem efetuada ao doente crítico antes da sua chegada ao SU, assim como de entender a interligação entre o socorro extra-hospitalar e o SU, realizei três turnos no SEMER da Proteção Civil, mais precisamente na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), na triagem telefónica via 112 – Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT-CIC) e para a linha SRS 24, destinada à pandemia COVID-19.

Durante a minha permanência no STAT-CIC, constatei que a equipa era constituída por dois enfermeiros e dois operacionais, em presença física permanente. Os enfermeiros neste posto são responsáveis pelo atendimento de todos os pedidos de socorro, relativos a pessoas e a vidas humanas, ao passo que os operacionais se ocupam de tudo o que se trata de bens materiais. Como tal, perante o atendimento de um pedido de socorro, os enfermeiros definem uma prioridade (desde a prioridade 1 – emergente até à prioridade 3 – não urgente), que determina o tempo de espera do cliente até à chegada ao hospital.

Relativamente à linha SRS 24, constituída por dois enfermeiros, encarregues pelo esclarecimento de dúvidas referentes ao COVID-19 e à identificação dos casos suspeitos através do levantamento de sintomas e dos contactos diretos. Verifiquei que no final do turno, os enfermeiros informavam o delegado de saúde de cada concelho da RAM, acerca dos casos suspeitos identificados.

No que respeita à EMIR, esta é uma equipa composta por um médico e por um enfermeiro, altamente diferenciados e especializados, com uma enorme experiência e formação para lidar com a pessoa em estado crítico, em contexto extra-hospitalar, em termos de suporte avançado de vida, trauma, entre outros. Exercem a sua atividade em toda a RAM, incluindo a área marítima e aérea.

O Serviço de Medicina Intensiva do HNM incorpora várias unidades de cuidados intensivos dentro da instituição hospitalar, as quais concedem intervenções a todos os doentes (adultos) de várias especialidades médico-cirúrgicas, que carecem de procedimentos invasivos, de uma monitorização e vigilância acurada e contínua. Deste modo, o SMI tem como finalidade procurar melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em situação crítica, através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação, bem como na formação de médicos e de enfermeiros.

De acordo com o nível de cuidados prestados, às técnicas implementadas e às valências disponíveis, as unidades que compõem o SMI são consideradas de nível III (ACSS, 2013), uma vez que dispõem de uma equipa multidisciplinar permanente, meios técnicos e humanos diferenciados, coordenador de formação em cuidados intensivos, auditorias de controlo da qualidade, para além de estar integrada num hospital com SUP.

O SMI tem uma lotação de 23 camas, distribuídas pelas várias unidades. Constituído por uma equipa de profissionais altamente diferenciada e motivada no cumprimento da sua missão, englobando 60 enfermeiros, entre os quais 29 são especialistas (22 EEMC, cinco em Reabilitação, um em Saúde Mental e um em Saúde Comunitária).

Assim sendo, estes campos de estágio possibilitaram-me uma crescente aprendizagem no cuidado à pessoa em situação crítica, através de uma interação contínua com os enfermeiros tutores, professoras orientadoras e da restante equipa multidisciplinar, tendo contribuído para a aquisição de capacidades e habilidades que se desenvolveram progressivamente em competências.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A atualidade evidencia-se por constantes mudanças decorrentes do processo de globalização, sendo que as novas tecnologias e os sistemas de informação apurados coadunam com uma evolução exponencial ao nível científico e tecnológico, conferindo uma fonte infindável de conhecimento (Relvas, 2018).

Deste modo, as transformações do “mundo moderno” exigem a implementação de modelos de formação e de gestão baseados nas competências profissionais, sendo que na área da saúde como resposta a esta constante evolução, verificou-se o aumento da procura por profissionais com um perfil diferenciado em que para além das competências comuns fossem dotados de competências específicas em determinada área (Camelo & Angerami, 2013).

Por esta ordem de ideias, o espectro de atuação dos enfermeiros tem crescido substancialmente ao longo dos anos, despoletando perspetivas de conhecimento em múltiplas direções, contribuindo para o desenvolvimento de atividades e competências em várias áreas do cuidado, da gestão e da educação para a saúde. Como tal, a enfermagem assume o cuidado das pessoas, independentemente dos contextos em que estão inseridas, durante todo o ciclo vital, com a finalidade de manter e melhorar a qualidade de vida através da promoção da saúde e da prevenção da doença (Erdmann & Melo, 2009).

De acordo com Gomes (2015), a literacia em saúde combinada com os avanços tecnológicos, assim como a constante incorporação de dispositivos de diagnóstico e monitorização cada vez mais evoluídos, mobiliza a profissão de enfermagem a refletir sobre o futuro, procurando desenvolver soluções conducentes com os avanços científicos da sociedade. Desta forma, Fonseca (2019) justifica que a formação contínua deve estar integrada na atividade de todos os enfermeiros, de modo a que este aperfeiçoe competências com base no pensamento crítico e que, no contexto real auxilie na capacidade de resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade, com fundamento na evidência científica. Assim, incorre a necessidade permanente pela aquisição e desenvolvimento de competências, de modo a maximizar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, torna-se importante clarificar o conceito de competência à luz de diversos autores, como forma de analisar a sua evolução enquanto reflexo do metamorfismo social e comportamental da atualidade.

McClelland (1973) define competência como uma característica subjacente a uma pessoa, estando associada a um desempenho superior e diferenciado em determinada situação. Por sua vez, Spencer e Spencer (1993) descrevem as competências como “habilidades e aptidões desenvolvidas a partir da experiência profissional, experiência de vida, estudo ou prática”. Mais recentemente, Serrano (2008) reconhece o termo competência como a capacidade ou estado de ser funcionalmente adequado para resolver certas situações, através da combinação eficaz, criativa e adaptada de diversos recursos, designadamente: conhecimentos, aptidões, julgamento, força, valores e atitudes.

No entanto, segundo Le Boterf (2003) as qualificações profissionais adquirem um papel redutor perante o significado de competência, pois apesar de serem importantes para o exercício da profissão, os diplomas e as certificações não englobam o sinónimo de competência. Todavia, os atributos sociais, relacionais e os referenciais ético-morais são cruciais para a ação competente, já que este estatuto não é estanque, mas sim um processo de contínua construção.

Deste modo, um profissional competente caracteriza-se pelo desenvolvimento de um certo grau de maturidade, que lhe permite atuar em diversos cenários, através da mobilização de recursos e relações interpessoais, assim como de um vasto leque de conhecimentos e habilidades pessoais que lhe possibilitam agir e resolver situações complexas, a partir da análise, priorização e tomada de decisão de forma proativa e responsável (Serrano, 2008).

No que concerne à área da Enfermagem, Dias (2006) aponta que as competências representam as “caraterísticas individuais, conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designada por cuidados de enfermagem” (p. 36). Já a OE (2018) refere que, o conceito de competência encontra-se descrito como um nível de desempenho profissional refletor de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades em que o enfermeiro deve executar de forma segura a sua prática clínica, atendendo ao exercício da responsabilidade profissional.

Como tal, esta interpretação alude à perspetiva da teórica de enfermagem Patrícia Benner (2005) que a partir do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, estudou a aprendizagem experiencial da prática de enfermagem, a qual analisou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e no

conhecimento articulado. A autora enfatiza a experiência profissional, salientando que o conhecimento prático é aprimorado com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Desta feita, Benner estruturou a prática de enfermagem de uma forma progressiva e por estádios (iniciado, avançado, competente, proficiente e perito), em que cada uma atua perante as situações consoante a formação e a experiência que possui. A teórica ressalva que o enfermeiro especialista deve possuir um vasto leque de conhecimentos técnicos, sendo capaz de tomar decisões, de comunicar eficazmente, de ser flexível, responsável e criativo, com espírito crítico e iniciativa de seguir uma conduta ética e deontológica (Benner, 2005).

Com a progressão do percurso profissional do enfermeiro e como forma de orientar as suas respostas a situações específicas e concretas, evoluiu-se para a necessidade de desenvolvimento de competências específicas numa determinada área de atuação, emergindo os cursos de especialização em Enfermagem.

As competências do enfermeiro especialista derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, pois independentemente da área de especialidade, a atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que para além das competências específicas de cada área de especialidade, o mesmo seja detentor de um corpo de competências mais gerais e abrangentes, designadas por competências comuns. Estas são definidas pelo Regulamento nº 140/2019, como:

Competências, 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 acessoria (p.4745).

Estas competências, transversais a todos os contextos de prestação de cuidados, encontram-se estruturadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, este domínio das competências comuns do enfermeiro especialista coaduna com o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, através da promoção de práticas de cuidados congruentes com os direitos humanos e com as responsabilidades profissionais, em que o enfermeiro deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p. 4746).

Segundo Veiga (2006), a Deontologia trata-se de uma palavra que deriva do grego *deon/ déontos* – que significa regras, obrigação, dever e de *logos* – que significa razão, palavra, estudo. Como tal, consiste num termo que se associa ao dever e à obrigação, englobando um conjunto de regras e princípios que assentam num “agir por dever”. Podendo ser compreendida como um “dever ser profissional”, esta pode ser conceptualizada como um conjunto de regras referentes a uma determinada profissão, alicerçadas pelos princípios da Moral e do Direito, os quais procuram estabelecer as boas práticas, consoante as características próprias da profissão (OE, 2015).

Singelamente que por meio do Despacho nº 14223/2009, o Ministério da Saúde sublinha a existência dos códigos deontológicos na salvaguarda pela qualidade dos cuidados, fomentando a permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica, como premissa dos profissionais de saúde prestarem os melhores cuidados ao seu dispor, com o máximo respeito pela dignidade da pessoa, com alívio do sofrimento e restabelecimento da saúde.

Deodato (2015) evidencia a importância da Deontologia em Enfermagem, bem como o modo em que esta enquadra o pensamento e a atuação dos enfermeiros, já que

constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção da enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (p. 9 – 10).

Assim, o enfermeiro tem como dever exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da OE, incluído na Lei nº 156/2015, sendo constituído pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). O enfermeiro assume o dever de cumprir as normas e as leis que regulam a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma, proteger e defender a pessoa de práticas que vão contra a lei, a ética e o bem comum.

Neste sentido, a profissão de enfermagem tem como ideologia o cuidar humano, em que todas as intervenções implementadas subentendem processos de tomada de decisão, devendo estes serem adequados à pessoa alvo dos cuidados. Facto justificado por Magalhães (2020) ao afirmar que a prática diária do enfermeiro envolve sempre decisões, traduzindo uma operacionalização do conhecimento da enfermagem. Na verdade, a tomada de decisão trata-se de um processo de tamanha complexidade, pois exige um grande espectro de conhecimentos e habilidades que possibilitam ao enfermeiro, a partir da recolha de

informação e análise das hipóteses de resolução do problema, optar pela alternativa que confira um maior benefício (Nunes et al., 2005).

No que concerne aos cenários de urgência/ emergência, por representarem situações bruscas e ameaçadoras, Jesus (2004) e Nunes (2007) defendem que os enfermeiros se devem prover de um conjunto de argumentos inerentes aos aspetos éticos, morais, deontológicos e legais, que vão de encontro aos princípios orientadores da bioética, ao REPE, aos direitos humanos e aos direitos dos doentes, uma vez que a maioria das tomadas de decisão são realizadas em ambientes atroz, repletos de incerteza, em que a informação e os dados disponibilizados são limitados. Ora, aquando a realização dos estágios no SU e no SMI, tive a oportunidade de presenciar e refletir sobre estas situações, o qual constatei que os profissionais de saúde, no exercício das suas funções diárias, são confrontados com tomadas de decisão que carecem de uma análise criteriosa e rigorosa sobre certos procedimentos e técnicas, principalmente perante a incapacidade do doente poder responder e emitir a sua opinião/ decisão.

Assim sendo, considerei importante para o meu crescimento pessoal e profissional, o contributo da reflexão proporcionada pela unidade curricular de Ética, Deontologia e Direito lecionada neste Curso de Mestrado. Além de que, profissionalmente, sempre procurei atualizar os meus conhecimentos à luz da bioética, atuando em conformidade com os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, bem como as normas orientadoras da Deontologia em Enfermagem, expressas através do CDE.

Nos contextos de estágio aperfeiçoei a minha capacidade de tomada de decisão e de pensamento crítico no seio da equipa multidisciplinar, fundamentada pelos princípios éticos inerentes à profissão de enfermagem e ao cuidar humano. Do mesmo modo, recorri ao pensamento reflexivo através do ciclo de Gibbs, por forma a compreender se as minhas ações foram as mais sensatas e adequadas em determinados momentos, contribuindo para uma maior autoconfiança, tomadas de decisão mais assertivas e para a melhoria contínua na prestação dos meus cuidados. Tais aprendizagens demonstraram-se importantes nas tomadas de decisão que efetuei durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em ambiente urgente e de cuidados intensivos.

Posto isto, relembro uma situação ocorrida no SU, precisamente de um senhor admitido na UCEU devido a dor abdominal, de causa não especificada. No momento da avaliação inicial, o senhor encontrava-se consciente e orientado, estável hemodinamicamente e com dor controlada. No entanto, após os cuidados de higiene e

mobilização, constatei que o senhor se encontrava mais sonolento e pouco responsivo, acompanhado de sudorese intensa e de hipotensão arterial. Perante o quadro observado, a história clínica que levou o doente ao SU e tendo por base os conhecimentos adquiridos durante o curso, inferi que o doente provavelmente teria necessidade de ser submetido a cirurgia urgente/ emergente. Como tal, decidi atuar por antecipação, posicionando o senhor em Trendelenburg e canalizando um segundo acesso venoso periférico de maior calibre, no qual colhi um tubo de sangue para estudo de grupo e tipagem, assim como coloquei um Lactato de Ringer em curso com gotejo rápido, com vista a aumentar a volémia e a pressão arterial. Após a chegada do médico e durante o exame físico, juntamente com o meu enfermeiro tutor, preparei o doente para o transporte com destino ao serviço de Imagiologia para a realização de uma TAC abdominal, onde se verificou uma possível isquémia intestinal, tendo acompanhado posteriormente o doente ao BO para ser submetido a uma Laparotomia Exploradora.

Mediante a urgência da situação, o facto do doente já possuir dois acessos venosos de grande calibre, além de já ter uma amostra de sangue em estudo no Banco de Sangue, agilizou a abordagem do doente no intraoperatório, mobilizando a atenção dos enfermeiros para outros cuidados (monitorização invasiva, terapêutica, posicionamento cirúrgico e medidas de suporte de vida). Assim, depreendi que esta situação foi determinante para perceber a importância de uma tomada de decisão atempada e baseada nos conhecimentos técnico-científicos, pois quando se processa de uma forma eficaz, contribui para agilizar o diagnóstico, otimizar a abordagem e o tratamento do doente em equipa multidisciplinar, potenciando melhores *outcomes* em saúde.

Outro aspeto deveras importante na consideração deste domínio de competências do enfermeiro especialista, prende-se com a solicitação do consentimento informado, livre e esclarecido à pessoa alvo dos cuidados, de acordo com o princípio da autonomia. Como consta na Carta dos Direitos do Doente Internado emanado pela DGS (2004), os doentes são portadores do direito de dar ou de recusar o seu consentimento, pelo que as intervenções apenas devem ser implementadas após a sua decisão afirmativa.

Na presença de doentes conscientes tive sempre o cuidado de promover a sua autonomia, informando-os adequadamente e solicitando o seu consentimento para a realização de cuidados e procedimentos, garantindo que este foi compreendido e esclarecido. De igual forma, respeitei as vontades expressas pelos doentes, agregando condições para

possibilitar a sua participação nas tomadas de decisão, demonstrando respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, bem como pelas suas crenças, valores e cultura.

Todavia, os doentes devem ser sempre informados sobre o que se irá suceder mesmo nas situações de urgência/ emergência, solicitando o seu consentimento, segundo consta na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, descrita na Portaria nº 87/2015. Recordo uma doente internada na UCI-COVID 19 com necessidade de ser submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), devido a um agravamento da hipoxemia. Como a doente se encontrava consciente e orientada, ao se aperceber do aparato da situação manifestou sentimentos de ansiedade, medo e angústia. Além de ter providenciado apoio emocional, expliquei o procedimento e a sua importância, evidenciando a relevância do cuidado holístico e da transmissão da informação, mesmo nas situações de doença crítica em contexto urgente/ emergente, já que a doente ficou mais calma e receptiva ao procedimento e aos cuidados inerentes.

Pretendi que os meus cuidados fossem eficazes e atempados, através da mobilização quase imediata dos conhecimentos e habilidades, permitindo-me definir prioridades, de modo a providenciar uma intervenção rápida e adequada, antecipando focos de instabilidade e garantindo um melhor prognóstico. Contudo, como referido anteriormente, a maioria das pessoas em situação crítica que tive a possibilidade de prestar cuidados, nem sempre se encontravam conscientes, seja pela condição clínica primária, seja pela ação de fármacos sedativos e hipnóticos. Deste modo, nas situações de emergência, pelo seu contexto e estado crítico inerente, nem sempre foi exequível o recurso ao princípio da autonomia, prevalecendo o consentimento presumido, explanado pelo Artigo 39º do Código Penal que “quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (p. 1365), aliado ao princípio da beneficência que maximiza o bem do outro e ao princípio da não-maleficência, em que o enfermeiro se compromete em avaliar e evitar os danos previsíveis, conforme preconizado pelo Conselho de Ética para as Ciências da Vida (Campos & Oliveira, 2017).

Ainda assim, no Serviço de Urgência, principalmente aquando a ativação da sala de emergência com doentes inconscientes, preocupei-me em averiguar a existência de alguma Diretiva Antecipada de Vontade no processo clínico, por forma a garantir o respeito pela vontade do doente, numa situação em que se encontrava impossibilitado de responder por si próprio. De acordo com a Lei nº 25/2012, a diretiva antecipada de vontade expressa

sob a forma de testamento vital, consiste no documento pela qual uma pessoa adulta, sem nenhuma anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, perante a incapacidade de poder emitir a sua vontade pessoal autonomamente.

Norteadada pelo dever do sigilo profissional, a privacidade e confidencialidade da informação relativa ao doente, foi um dos aspetos que mais valorizei na minha prática diária. Segundo Watson (2002), a privacidade consiste num fator importante no cuidado, compreendendo a exposição física e psíquica do doente, bem como o sigilo profissional, como pilares fundamentais para a promoção de um ambiente de apoio e proteção. Em Portugal, por sua vez, a privacidade encontra-se tutelada a nível constitucional desde 1976, no capítulo intitulado por “Direitos, Liberdades e Garantias”, no artigo 26º - “Direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar”, pelo que os enfermeiros devem reconhecer a privacidade como um direito inato da pessoa, implementando estratégias para a minimização do embaraço e garantia do respeito, individualidade e autonomia.

Nos campos de estágio, constatei uma maior dificuldade em assegurar a privacidade dos doentes no SU do HNM, à conta da sobrelotação diária e à falta de estruturas físicas adequadas. Como tal, as estratégias que delinee para colmatar esta dificuldade, passaram pela promoção de medidas suplementares que garantissem a privacidade, tais como a adequação do tom de voz e o recurso a cortinas/ biombos, aquando a prestação dos cuidados de higiene e da realização de procedimentos técnicos, como a cateterização vesical, entubação gástrica, entre outros. Por outro lado, no SMI esta situação não se colocou, uma vez que a estrutura física contribui para assegurar uma maior privacidade dos doentes, já que estes se encontravam em unidades individuais, fisicamente separadas entre si.

Em suma, os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e igualdade, assim como o respeito pelos direitos humanos, dignidade, privacidade e confidencialidade dos dados orientaram a minha prática, conferindo uma prestação de cuidados alicerçados no rigor, profissionalismo e no máximo respeito pela individualidade de cada pessoa no seu processo de doença crítica.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio contempla as seguintes competências “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, a competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e

colaborando em programas de melhoria clínica”, e a competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro”, conforme consta no Regulamento nº 140/2019 da OE.

A qualidade em saúde é um conceito que tem evoluído ao longo dos anos, definido no Despacho nº 5613/2015 como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com o nível profissional ótimo”, pressupondo “a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. Aliada à segurança, constituem uma “obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (p. 13551).

Segundo Carvalho et al. (2014), a qualidade em saúde é uma tarefa de todos os profissionais, pelo que as associações profissionais da área da saúde têm um papel crucial na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões. Estes padrões baseados na evidência, constituem um alicerce estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

O Ministério da Saúde elaborou o documento “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, integrado no Despacho nº 5613/2015, cuja principal missão consistia em “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”.

Os projetos de melhoria da qualidade na área da saúde tornaram-se, assim, um imperativo, na medida em que estimulam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados. Neste sentido, emergiu o Plano Nacional de Saúde para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020, no Despacho nº 1400-A/2015, onde se defende que o acesso e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, em qualquer etapa do processo, é um direito basilar do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para o exigir.

Na sequência destas orientações, foram criadas as comissões de qualidade e segurança em todas as instituições de saúde, a fim de se propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança, em consideração pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, no Despacho nº 5613/2015. Também a Lei nº 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, regulamenta as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, ao definir que todas as pessoas têm o direito de “aceder aos cuidados de saúde (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56).

Em 2001, a OE elaborou enunciados descritivos, com a finalidade de uniformizar e ajudar as unidades de saúde a obter a máxima qualidade de cuidados no exercício

profissional, contribuindo para a reflexão individual de cada enfermeiro e para a melhoria contínua dos seus cuidados. Os enunciados descritivos contemplam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, que são transversais a todos os enfermeiros.

Também o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de forma a constituir um referencial para a prática diferenciada, que fomenta a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Assim, o enfermeiro EEMC deve conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias, a fim de detetar precocemente, estabilizar, manter e recuperar a saúde frente a situações que dependam de meios avançados de suporte vital (OE, 2017).

De acordo com estas linhas orientadoras e, com o objetivo de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no decurso dos estágios procurei conhecer a estratégia de qualidade dos serviços e os seus programas de acreditação, precisamente o modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA). Proveniente de Espanha, o Modelo ACSA foi adotado pelo Ministério da Saúde Português, por ser o que melhor se adapta aos critérios estabelecidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, além de ser um modelo consolidado e reconhecido, cuja finalidade passa por verificar a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde (SNS, 2021).

Segundo Machado (2020), o modelo ACSA procura a excelência nos cuidados de saúde e promove uma cultura de melhoria contínua, a partir de critérios e padrões de desempenho mais complexos e abrangentes. São abordadas várias dimensões da qualidade, nomeadamente, o cidadão como centro do sistema de saúde, a organização da atividade centrada na pessoa, os profissionais, os processos de suporte e os resultados.

Relativamente ao período em que efetuei o Estágio I, no SU do HNM, este ainda se encontrava em fase de autoavaliação. Não obstante, conforme Machado (2020), o processo de acreditação gera o conhecimento sobre a qualidade, promovendo o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados prestados, contribuindo para a consolidação mais célere de uma cultura de qualidade integral dentro do serviço. Por outro lado, o SMI do HNM, é uma das 13 unidades de saúde certificadas do SESARAM, com a

acreditação da qualidade de Nível Bom, o que me permitiu consciencializar de que este não se trata de um processo estanque, exigindo colaboração e acompanhamento permanente, com o fim de garantir a manutenção do nível de qualidade obtido ou, até mesmo, evoluir para um nível superior.

Naturalmente, a melhoria da qualidade remete instintivamente para a questão da segurança. De acordo com um estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD/ EU, 2018), cerca de uma em cada quatro pessoas são lesadas enquanto recebem cuidados de saúde. Também a National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (Cruz & Alper, 2018), através de um estudo sobre os impactos globais de cuidados de saúde de má qualidade, apurou que anualmente ocorrem 134 milhões de eventos adversos, em hospitais dos países em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anuais, devido essencialmente à escassez de segurança nos cuidados. Já a World Health Organization (WHO, 2017b) afirma que os erros de medicação, resultam num prejuízo de cerca de 42 milhões de dólares por ano.

Como foco do meu Projeto de Autoformação (PAF) realizado durante o Curso de Mestrado, a segurança cirúrgica encontra-se igualmente relacionada com o conceito de evento adverso. Segundo a OMS (2010), são contabilizados cerca de 7 milhões de eventos adversos, sendo que um milhão evolui a óbito. Cavalcante (2017), por sua vez, afirma que a nível mundial são realizadas cerca de 234 milhões de cirurgias, sendo que 0,4 a 0,8% dos doentes morre durante ou após o procedimento cirúrgico, ao passo que 3 a 22% dos doentes cirúrgicos apresentam alguma complicação *major*. O autor descreve, ainda, que os eventos adversos cometidos por profissionais de saúde são recorrentes, estimando-se que ocorram em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas.

Esta problemática dos eventos adversos, promoveu a temática da qualidade e segurança dos cuidados de saúde a um dos assuntos mais estudados e refletidos internacionalmente, com a criação de vários projetos para reverter estes dados estatísticos, a título de exemplo: o World Alliance for Patient Safety em 2004, o programa internacional da “Cirurgia Segura, Salva Vidas” em 2009, ambos emanados pela OMS, entre outros.

Em Portugal, para a maximização da cultura de segurança nas instituições de saúde, foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020, abarcado no Despacho nº 1400-A/2015 que inclui o estabelecimento dos seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.

5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (p. 3883-(3)).

É passível de observação que ao refletir sobre estes objetivos, rapidamente se conclui que estes intercetam a prática diária dos enfermeiros e as competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que enaltece a necessidade da gestão do ambiente, focado na pessoa como centro da prestação dos cuidados (OE, 2019).

Durante os estágios clínicos, no SU e no SMI do HNM, procurei me inteirar dos seus projetos de melhoria contínua, por forma a entender a sua implementação e a agir em conformidade com os mesmos. Ora, constatei que os ensinamentos clínicos se revelaram importantes e necessários para que não só compreendesse os vários contextos do cuidado à pessoa em situação crítica, como também para que explorasse novas estratégias e formas de desenvolver a minha atividade, sempre com a máxima qualidade e segurança.

Deste modo, considero que promovi sempre um ambiente seguro e de confiança, garantindo a confidencialidade e a privacidade do cliente durante todo o processo de prestação de cuidados. Atuei com confiança, certeza e com fundamento na evidência científica, contudo perante alguma dúvida, reconheci a minha limitação e solicitei o esclarecimento junto dos meus enfermeiros tutores, na implementação das minhas intervenções e na aquisição de novos conhecimentos, fomentando o sentido de confiança e segurança na pessoa alvo dos meus cuidados.

Segundo Rafter et al. (2015), 70% dos eventos adversos reportados nos hospitais mundiais são referentes a quedas, úlceras por pressão (UPP) e a erros relacionados com a preparação/ administração de fármacos. Como tal, observei ativamente e preveni os riscos ambientais que detetei, avaliando continuamente a pertinência dos meus cuidados, através da reavaliação dos resultados das minhas intervenções. Colaborei com os enfermeiros na avaliação e registo do risco de queda através da Escala de Morse, assim como do risco de desenvolvimento de UPP, com o preenchimento da Escala de Braden, a fim de diminuir a sua incidência e contribuir para o planeamento dos cuidados de enfermagem, consoante os fatores de risco e o seu grau de severidade. Além disso, para prevenir a ocorrência de UPP, monitorizei as zonas de pressão, prestei cuidados preventivos à pele, atendi ao regime dietético dos doentes e promovi a mobilização e posicionamentos regulares e adaptados a cada situação. Relativamente às quedas, procurei implementar medidas profiláticas como a elevação das grades de segurança das camas/ macas; a colocação das camas no nível mais

próximo do chão e assegurei uma vigilância mais acurada nos doentes com alterações do estado de consciência.

De igual forma, garanti a aplicação das boas práticas na preparação e administração dos fármacos, o qual comprovei ser uma preocupação transversal aos enfermeiros dos serviços onde efetuei estágio. Tendo por base as recomendações de Fragata (2011), constatei uma padronização relativamente à prescrição, preparação e administração da terapêutica; o recurso à prescrição eletrónica; a existência de uma tabela de interações junto à área de trabalho dos enfermeiros; a prática instituída da dupla verificação da dosagem e de cálculos de terapêutica, assim como a política de identificação a vermelho dos fármacos de alto risco (drogas vasoativas, por exemplo) e de separação dos medicamentos com nome e/ ou aspeto semelhante, designados por *look-alike* e *sound-alike* ou LASA.

Considero que as estratégias supracitadas facilitaram a minha prática e esclareceram-me dúvidas momentâneas. Tive sempre como máxima a validação dos “cinco certos da medicação”, como uma das ferramentas essenciais para a prevenção de eventos adversos: “medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e doente certo”, garantindo a assepsia adequada (Fragata, 2011; Abreu et al., 2013). Nas situações de emergência, recorri várias vezes à dupla verificação dos fármacos com os enfermeiros da equipa, a fim de confirmar a preparação e a dosagem, sempre com vista à segurança do doente e dos meus cuidados.

Por ser uma área muito sensível à minha atividade diária no Bloco Operatório, tive uma especial atenção às minhas condutas em relação ao controlo da infeção. Conforme o Despacho nº 2757/ 2017, “as infeções preveníveis em ambiente hospitalar são uma ameaça séria à segurança dos doentes, aumentam a morbilidade e mortalidade e prolongam a estadia nos hospitais. O seu impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral é elevado” (p. 6154).

Transversalmente aos três contextos de estágio, desenvolvi a minha atividade em colaboração com a equipa multidisciplinar, tendo sempre por base o respeito e a preocupação pelo cumprimento rigoroso das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e dos feixes de intervenção, consoante as diretrizes da PPCIRA. Todavia, irei abordar esta temática à *posteriori*, no tópico referente às competências específicas do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação crítica.

Dentro da segurança, a comunicação surge como um pilar fundamental para a continuidade dos cuidados, tendo sido um aspeto muito trabalhado e estudado no meu

percurso enquanto formanda do Curso de MEMC. Nas diversas unidades do SMI, constatei a existência de procedimentos dirigidos para a passagem de turno e para a realização dos registos de enfermagem no processo clínico do cliente, de modo a que as informações relativas ao seu estado de saúde fossem transmitidas de forma precisa, detalhada e esclarecedora.

No desenvolvimento do meu Projeto de Autoformação verifiquei que as falhas de comunicação são responsáveis por cerca de 60 a 70% dos eventos adversos evitáveis, principalmente no período perioperatório (Bento, 2015). Desta feita, constatei que os momentos de transição dos cuidados são considerados de extrema importância, pelo que a uniformização da comunicação dentro da instituição de saúde constitui um papel crucial para assegurar a continuidade dos cuidados. Assim, tendo por base os autores consultados, adotei a mnemónica de comunicação ISBAR para os momentos de transição dos cuidados, mais concretamente nas transferências dos doentes críticos da UCI ao BO.

No que concerne à segurança cirúrgica, o perioperatório consiste num dos períodos mais complexos da prestação de cuidados de saúde, pela grande quantidade de profissionais de saúde envolvidos, pela especificidade de cada situação e pelo grande volume de informação relativa ao doente que irá ser submetido a cirurgia (Cambotas, 2014). Face a esta problemática, conforme preconizado pela DGS e OMS, encontra-se instituído no SESARAM, a “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” efetuada no intraoperatório; a “*Checklist* pré-operatória” preenchida no serviço emissor do doente e, posteriormente no BO; bem como o cumprimento das orientações para a Cirurgia Segura, referentes ao programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.

Durante o Estágio III – Opção, constatei que alguns profissionais não tinham conhecimentos sobre a norma nº 001/2017, referente à uniformização da comunicação e sobre a *Checklist* pré-operatória, por não as aplicarem na sua prática diária. Neste sentido, realizei uma formação aos enfermeiros do SMI acerca da “Promoção da Segurança e Prevenção de Eventos Adversos na Pessoa em Situação Crítica submetida a Cirurgia”. O enquadramento deste tópico pareceu-me pertinente, na medida em que o SMI prepara muitos doentes para serem submetidos a cirurgia urgente/emergente sendo um dos principais serviços que prestam cuidados no pós-operatório imediato ao doente crítico.

Sendo que a segurança dos cuidados tem como objetivo a diminuição da ocorrência de eventos adversos, também se torna importante a existência de um sistema de notificação de incidentes para quando estes ocorrem. Tanto o SU como o SMI dispõem de um sistema

de notificação de incidentes próprio, sob a forma de uma aplicação de gestão do risco global, que promove a aprendizagem com o erro, com a consequente implementação de ações de melhoria. Este instrumento possibilita identificar os riscos, os perigos e as vulnerabilidades, porém Dias e Carreiro (2020) reconhecem que na prática se verifica a existência de uma subnotificação de incidentes, relacionado com a sobrecarga de trabalho, com a falta de conhecimento sobre os incidentes relatáveis, com as dificuldades de acesso aos sistemas de notificação, com o medo de ações punitivas e/ ou represálias pela falta de confidencialidade. Desta forma, o enfermeiro especialista pode contribuir para a solução deste problema, através da formação e incentivo dos seus pares, de modo a desmitificar o medo e a enaltecer a notificação de incidentes como uma oportunidade de melhoria e aprendizagem.

Em suma, procurei sempre garantir uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, a par da análise crítica e reflexão diária sobre a prática, de forma a melhorar os comportamentos perante as responsabilidades que me foram atribuídas, com vista à excelência profissional.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio das competências comuns é contemplado pela competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, e a competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, como consta no Regulamento nº 140/2019 da OE.

O Enfermeiro Especialista deve, portanto, realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). Por sua vez, Costa (2013) alega que a aquisição de um novo conjunto de competências acopladas a um largo espectro de conhecimento, possibilita ao enfermeiro utilizar e agregar estas diferentes habilidades técnicas, humanas e científicas, no sentido de gerir e liderar as unidades de saúde com maior responsabilidade e eficiência.

Ora, compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional dotado de melhor preparação e de competências para a área da gestão, a responsabilidade de gerir o turno, as equipas e os cuidados de enfermagem. Tal como elencado no Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista deve adaptar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Assim, a liderança surge como um conceito complexo, sendo compreendida como a capacidade para influenciar a equipa, visando atender os objetivos da instituição, com recurso ao conhecimento teórico-científico e ao desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais, como a capacidade de planeamento, de organização, de motivar os outros, de controlo situacional e de tomada de decisão (Alves et al., 2010). Costa (2013) corrobora esta ideia, afirmando que o exercício de uma liderança eficaz na Enfermagem, contribui para a promoção de um ambiente calmo e harmónico, qualidade nos cuidados prestados e nas relações, por forma a atingir metas, objetivos e melhores *outcomes* em saúde.

Singelamente, num parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), evidenciou-se que este profissional é dotado de um conjunto de competências comuns e específicas, que contribuem para que seja líder no conhecimento, nas capacidades e habilidades, na cultura organizacional do serviço/ unidade de saúde, por forma a antecipar focos de instabilidade e complicações e a promover respostas adequadas e seguras.

O mesmo documento expõe que a função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, uma vez que se trata do profissional mais preparado e com competências para a área da gestão. Neste sentido, no decorrer do meu percurso profissional, constatei que perante a ausência ou indisponibilidade do Enfermeiro Chefe, quem fica responsável pela gestão do serviço é o enfermeiro especialista. Como tal, nos estágios procurei conhecer e compreender o papel do enfermeiro especialista neste domínio, pelo que recorri ao diálogo e reflexão com os enfermeiros responsáveis de turno, elucidando-me das suas funções no seio da equipa multidisciplinar.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, notei várias metodologias organizacionais na forma de gestão de cuidados. O número de enfermeiros a alocar a cada serviço resulta da aplicação de ferramentas na área da gestão, que permite dimensionar a carga de trabalho de Enfermagem.

Relativamente ao SU do HNM, considera-se a norma para o cálculo de dotações seguras (OE, 2014), pelo que a metodologia utilizada é por “Posto de Trabalho”, adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço de urgência. Verifiquei que os enfermeiros eram distribuídos por cinco equipas, sendo que em cada uma existe um enfermeiro responsável de equipa.

O responsável de equipa é o enfermeiro perito do serviço, geralmente especialista que, conforme o Relatório de Atividades de 2018 do SU (SESARAM, 2018) assegura o

normal funcionamento do serviço. As suas funções consistem em proceder à mobilidade dos enfermeiros pelos postos de trabalho, garantir a operacionalidade de todo o equipamento e a existência de consumíveis clínicos, entre outras. Estes enfermeiros têm, ainda, como responsabilidade notificar os seus superiores hierárquicos para a falta de dotações seguras, falta de material e sobre as condições de trabalho que podem influenciar negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados. No decurso deste estágio, dediquei um turno a acompanhar a enfermeira responsável de equipa, por forma a adquirir e desenvolver competências na área da gestão do serviço. Tal experiência revelou-se numa mais-valia, não só para a minha formação, como também para o meu futuro enquanto enfermeira especialista do BO, fornecendo-me bases para aplicar posteriormente, quando ficar encarregue da gestão do serviço enquanto responsável de equipa.

De igual modo, percebi que a subdivisão dos enfermeiros pelos diferentes postos do SU era realizada mediante as competências de cada profissional, ou seja, os enfermeiros EEMC ficavam maioritariamente destacados para os postos com maior contacto com o doente crítico. Como tal, na maioria dos turnos deste ensino clínico, fiquei destacada maioritariamente no SO, na UCEU e na Sala de Emergência, por forma a promover o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, no contexto de um serviço de urgência.

No que concerne ao SMI do HNM, a metodologia de trabalho adotada é a de enfermeiro responsável, no rácio de um enfermeiro para um a dois doentes. Esta atribuição é, também, realizada pelo enfermeiro responsável de turno, geralmente especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mediante as competências de cada elemento e a carga de trabalho exigida pelo doente. Neste serviço, a carga de trabalho é mensurada através da Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), que tem por base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de intensidade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos à pessoa em situação crítica (Conceição, 2016). A sua avaliação é feita diariamente, pelo enfermeiro especialista responsável de turno, de acordo com as pessoas internadas nas diferentes unidades deste serviço.

Em todos os turnos é igualmente definido um enfermeiro para integrar a Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEIH) para dar resposta às situações de emergência que ocorrem no ambiente intra-hospitalar. A ativação da EEIH é realizada mediante uma chamada telefónica, com recurso a um sistema de comunicação eficaz pelos profissionais

dos serviços de internamento. De acordo com o Despacho nº 9639/2018, a EEIH deve ser constituída por um médico e um enfermeiro com competências no suporte avançado de vida, com abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/ cuidados intensivos. Esta equipa detém a responsabilidade da pessoa durante as manobras de reanimação, razão pela qual transita acompanhado de todo o material e fármacos necessários para a ressuscitação da pessoa em situação emergente.

Ao longo dos estágios, o enfoque numa correta prestação de cuidados foi transversal e prioritário, desde o Serviço de Urgência ao Serviço de Medicina Intensiva. Desta forma, no início de cada turno, procedi sempre com a validação da *Checklist* do material existente, assegurando a reposição do material em falta e a operacionalidade dos equipamentos de uso clínico (ventiladores, desfibrilhador), através dos testes de verificação.

No que concerne à gestão dos meus cuidados, recorri ao Processo de Enfermagem aliado à nomenclatura ABCDE, de forma sistemática nos diferentes contextos de atuação, amplamente reconhecida devido ao estabelecimento de critérios de prioridade. Com vista a prestar cuidados de qualidade, formulei diagnósticos de enfermagem consoante os dados recolhidos em cada situação, elaborei planos de cuidados sólidos, mas ajustáveis às ocorrências que iam surgindo, como a ativação da sala de emergência ou da EEIH. Após a implementação das intervenções, avaliei os seus resultados, reformulando o plano de cuidados às necessidades apresentadas pelos doentes. Consegui, assim, gerir os meus cuidados com vista a antecipar focos de instabilidade e a maximizar a segurança e o bem-estar dos doentes, garantindo a implementação de um plano de cuidados com intervenções de enfermagem individualizadas e adaptadas a cada situação, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar.

2.4. Domínio das aprendizagens profissionais

Este domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é contemplado pela competência “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e a competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, como consta no Regulamento nº 140/2019.

O enfermeiro especialista como elemento diferenciado, deve servir de referência tanto na equipa de enfermagem, como na equipa multidisciplinar. Este possui conhecimento de si enquanto pessoa e profissional, pois desenvolve no seu percurso o autoconhecimento e a autoconsciência, contribuindo para uma intervenção adequada junto dos seus pares, da equipa e dos clientes.

Conforme Correia (2012), o autoconhecimento é parte integrante na formação pessoal e condiciona todos os aspetos da vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Também julgado sob a forma como o enfermeiro desenvolve a sua prática, sendo crucial para a qualificação das interações com a pessoa doente e família e em equipa multidisciplinar, como também no modo como recorre a esse conhecimento para a tomada de decisão. Neste sentido, o enfermeiro especialista nunca atinge o seu ápice completamente, na medida em que esta exige uma procura contínua pela excelência do seu exercício profissional.

Como tal, esta competência motiva o enfermeiro especialista na atualização permanente dos seus conhecimentos, fundamentados na evidência científica, permitindo intervenções mais assertivas e adequadas que, em conjunto com a introspeção e reflexão sobre a prática, constituem alicerces para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Nos campos de estágio, fundamentei a minha prática em conhecimentos sólidos e válidos, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento técnico, científico, ético e pessoal reconhecidos, atuais e pertinentes. A título de exemplo, perante a oportunidade de prestar cuidados especializados a um doente com COVID-19 sob suporte de ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal) veno-venoso, preparei-me com estudo e pesquisa nas mais recentes evidências, sobre as particularidades no cuidado a estes doentes, nas complicações e no manuseamento do equipamento, o que se refletiu numa mais-valia no planeamento das minhas intervenções, no despiste dos focos de instabilidade, em tomadas de decisão mais assertivas e em maior segurança para o doente.

No Estágio II – Cuidados Intensivos, elaborei um estudo de caso, relacionado com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com choque séptico, devido a uma deiscência de anastomose após ter sido submetida a uma Hemicolecotomia Esquerda (via convencional). De acordo com Figueiredo e Amendoeira (2018), o estudo de caso consiste num método de investigação que permite compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos. Considerado como um estudo em profundidade, cujos “casos” podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo. Senti que a realização do estudo de caso, me proporcionou o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois o conhecimento aprofundado e diferenciado estimulou o pensamento crítico no meu exercício diário, traduzindo-se numa prestação de cuidados seguros e de qualidade, baseados na evidência científica e individualizados às necessidades da pessoa doente.

No estágio III, de modo a desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia de urgência/ emergência, efetuei diversas pesquisas sobre a temática da segurança e da prevenção dos eventos adversos. Percebi que na cirurgia de urgência/ emergência, a prestação de cuidados encontra-se num nível inferior ao ideal, consequência da falta de investimento, da pouca compreensão dos riscos inerentes e dos efeitos associados ao ambiente de *stress* entre toda a equipa (The Royal College of Surgeons of England, 2011).

Após refletir com a equipa de enfermagem do SMI, detetei a necessidade de uniformizar os cuidados pré-operatórios do doente crítico numa unidade de cuidados intensivos, como forma de maximizar a sua segurança e prevenir os eventos adversos, estando descritos à *posteriori* no capítulo direcionado para o Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica. Como instrumento de apoio à prática, na sequência da sessão formativa, apresentei uma proposta de algoritmo de atuação dos enfermeiros consoante a metodologia ABCDE (Anexo B), fundamentada com a minha experiência profissional e à luz da evidência científica, principalmente no que concerne à combinação da abordagem ABCDE com os princípios básicos da preparação pré-operatória.

À semelhança da preparação pré-operatória, a comunicação é determinante para a segurança do doente, principalmente nos momentos de transição dos cuidados, em que muita informação pode ser “perdida” e/ ou omitida. Perante esta problemática, illustrei um quadro alusivo à mnemónica ISBAR adaptada às transferências do doente crítico da UCI para o BO, demonstrando a sua facilidade e flexibilidade (Anexo C).

Na verdade, o contributo dos diferentes ensinamentos clínicos no desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi notório, uma vez que o contacto com outros contextos da prática de enfermagem e com outros profissionais de saúde, permitiu a descoberta de outras estratégias e abordagens na prestação de cuidados, precisamente à pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/ emergente.

Observando o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, considero ter desenvolvido as competências comuns aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A reflexão feita sobre o percurso desenvolvido permite ter a sensação de dever cumprido, mas consciente de que o aprofundar de competências será uma constante na minha vida profissional.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A evolução técnico-científica na área da saúde possibilitou um desenvolvimento ímpar nos meios de diagnóstico e de tratamento, contribuindo para a longevidade e aumento da esperança média de vida. No entanto, consoante o Regulamento nº 429/2018, viver mais nem sempre é conducente com o viver melhor, pelo que na procura pela promoção da qualidade de vida da pessoa, os cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica requerem a “conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação” (p.19360).

Como tal, impõe-se ao enfermeiro especialista o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva, por forma a ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades que permitam uma tomada de decisão eficaz, além de prestar cuidados holísticos à pessoa como um ser único, com as suas dimensões biopsicossociais, respeitando os mais elevados padrões de qualidade.

Pela sua abrangência, a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se dividida em várias áreas, de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de atuação. No que concerne à área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, tem como alvo a pessoa cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, pelo que a OE (2018) caracteriza os cuidados de enfermagem como

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

Sobre esta área de especialização, o Regulamento nº 429/2018 contempla três competências específicas, que incluem o cuidado da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica; a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe e a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Em seguida, passo a demonstrar como cada competência específica foi desenvolvida, através da descrição, análise e reflexão das experiências e vivências da prática clínica nos diferentes campos de estágio, interligando com as competências na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tendo sempre como base de referência a evidência científica.

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

A pessoa em situação crítica é definida pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008) como “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).

Neste contexto, segundo o Regulamento nº 429/2018, os cuidados de enfermagem surgem como resposta às necessidades comprometidas, por forma a manter as funções vitais, a prevenir complicações e a limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação total. Egerod et al. (2021) relembram que estes cuidados exigem competências especializadas, capacidade avançada de pensamento crítico, conhecimento científico e elevado nível de tomada de decisão. A OE (2018), por sua vez, enaltece que o foco do enfermeiro especialista é a pessoa em situação crítica enquanto ser singular e individual, mas também como parte integrante de um sistema constituído por outros elementos humanos, incluindo a família. Por esta razão, a primeira competência específica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, engloba também a família/ cuidador.

Na verdade, a pessoa em situação crítica e a sua família carecem de uma intervenção mais incisiva e direcionada, sendo o foco principal do enfermeiro EEMC a priorização de um cuidado especializado e diferenciado, de modo a potencializar os resultados e a promover a recuperação total. Considerando o desequilíbrio provocado pela doença crítica e as suas eventuais repercussões generalizadas, o enfermeiro EEMC na procura pela excelência do cuidado face à pessoa e à sua família, deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas, de modo a responder em tempo útil e de forma holística, tal como explanado pelo Regulamento nº 429/2018.

Desta forma, os campos de estágio foram determinantes para o aprimorar do meu desempenho no cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família, sendo que assimilei, compreendi e mobilizei conhecimentos referentes às diversas atividades e estratégias

praticadas que culminaram em experiências enriquecedoras de aprendizagem, as quais passo a descrever em seguida.

3.1.1. Cuidados de enfermagem especializados no contexto de um Serviço de Urgência

A realização do estágio no Serviço de Urgência Polivalente do HNM, permitiu-me prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica num ambiente de grande imprevisibilidade. Norteei a minha atuação em conformidade com a metodologia do Processo de Enfermagem através do estabelecimento de prioridades, com antecipação dos focos de instabilidade na abordagem ao doente de caráter urgente/ emergente, na preservação e estabilização das suas funções vitais, pautada pelos mais altos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Serviço de Urgência, segundo Dolatabadi et al. (2017), consiste no departamento dentro da instituição de saúde destinado à receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças de instalação súbita, que requerem atendimento imediato. De acordo com Ferreira et al. (2020), o SU tem como finalidade o tratamento de clientes acometidos por situações urgentes e emergentes de forma eficaz, eficiente e equitativa, pelo que neste contexto, os enfermeiros trabalham diariamente com doentes com alto risco de morte, devendo estar bem preparados para atuarem em conformidade, lembrando o objeto das competências específicas do enfermeiro EEMC no cuidado à pessoa em situação crítica.

Alminhas (2007) define enfermagem de urgência como a “prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções” (p.57). Acrescenta, ainda, que a enfermagem de urgência consiste num “misto complexo de capacidades, experiências e de saber personalizado”. Na minha perspetiva, o campo de prestação de cuidados no SU caracteriza-se por ser desafiador e exigente, já que se trata de um ambiente dinâmico, imprevisível, com grande afluxo de pessoas e diversidade de problemas e complicações, onde o enfermeiro se encontra inserido numa equipa multidisciplinar.

Dado à situação pandémica atual, senti necessidade de consultar a norma referente ao circuito de doentes no SU, de modo a conhecer as suas alterações e o encaminhamento dos doentes neste serviço, nomeadamente o Procedimento nº 34. Assim sendo, após a realização de uma pré-triagem para exclusão de qualquer suspeita de COVID-19, a admissão

de uma pessoa no SU tem início com a triagem efetuada por enfermeiros experientes e dotados de formação específica no sistema de triagem de *Manchester*.

Os sistemas de triagem hospitalar surgiram devido à crescente afluência de pessoas aos SU, ocasionando um quadro de sobrelotação, principalmente por situações não urgentes que não carecem de cuidados hospitalares, mas sim de cuidados de saúde primários. Por conseguinte, esta sobrelotação compromete não só o estabelecimento de prioridades, como também toda a abordagem dos casos urgentes no tempo considerado ideal (Zachariasse et al., 2017).

Segundo Zachariasse et al. (2017), o sistema de triagem mais utilizado na Europa consiste no Sistema de Triagem de *Manchester*, sendo também o sistema implementado no SU do HNM. Trata-se de um método validado, testado e com uma metodologia operacional que, ao longo do tempo, se consolidou, sendo atualmente um dos pilares obrigatórios da sustentação organizacional do SU em Portugal.

No início do meu estágio tive a possibilidade de realizar um turno na sala de triagem, algo que foi fundamental para perceber o encaminhamento dos doentes pelas diversas áreas do SU. Constatei que este método de triagem confere ao enfermeiro não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica em função dos sinais e sintomas apresentados. De acordo com Franco et al. (2018), cada nível de prioridade aponta para um nível de gravidade, representado por uma cor que confere um prazo máximo para a primeira avaliação médica.

Consoante o *site* do Grupo Português de Triagem (GPT), além do problema enunciado, o enfermeiro é responsável por identificar os critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, através de uma lista com 50 fluxogramas (mais dois relativos às situações de catástrofe), que melhor se adequa ao motivo de ida ao SU.

Após observar atentamente a atuação dos enfermeiros, tive a oportunidade de realizar alguns episódios de triagem, o qual percebi que a tomada de decisão na triagem de *Manchester* é um processo constituído por cinco etapas, precisamente: a identificação do problema, a colheita e análise de informações, a avaliação das alternativas e seleção, a implementação da alternativa selecionada e a monitorização e avaliação dos resultados (Marques & Lino, 2021). Como tal, estabeleci primordialmente um diálogo com os utentes que recorriam ao SU, de modo a compreender o motivo, história clínica e os sintomas apresentados. De seguida, procedi com a monitorização dos sinais vitais, ajustando o fluxograma que mais se adequava à queixa apresentada, percorrendo os discriminadores-

chave em forma de pergunta, selecionando depois a cor respetiva à prioridade clínica, bem como o encaminhamento do utente para uma área específica do SU, como a área médica, cirúrgica e/ ou ortopédica. Sendo um instrumento de gestão de risco, verifiquei o cuidado dos enfermeiros em reavaliar periodicamente os utentes que aguardavam na sala de espera, garantindo que o seu estado clínico se mantinha estável e sem nenhuma alteração.

Com isto, depreendi que apesar da triagem ser um ato breve, subentende uma enorme complexidade, exigindo não só um elevado grau de raciocínio, intuição e perícia, como também um conjunto de habilidades humanas que auxiliam na minimização da ansiedade e na promoção de segurança e confiança do cliente e da sua família, o que pressupõe que o enfermeiro triador seja também considerado um perito na área da enfermagem de urgência, facto corroborado por um estudo efetuado em 2013 que conclui a existência de uma correlação positiva entre a habilidade de triar e a experiência profissional (Fathoni et al., 2013).

Do meu ponto de vista, a triagem realizada por um enfermeiro acrescenta valor a esta intervenção, na medida em que o cliente e/ ou família tem um contacto imediato com um profissional que avalia e identifica prontamente potenciais focos de instabilidade e gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, num contexto que acarreta maior ansiedade. Conforme Carvalho (2016), o enfermeiro por possuir na sua formação o cuidado holístico, torna-se o profissional mais qualificado para executar a triagem dos utentes, sendo que o próprio College of Emergency Nursing of Australasia (2009) considera a triagem uma atividade autónoma do enfermeiro, devido à sua capacidade de pensamento crítico em ambientes cuja informação se encontra limitada, incompleta e ambígua, requerendo um processo cognitivo complexo na tomada de decisão clínica, essencial para a segurança e prestação de cuidados emergentes. Através da triagem, o enfermeiro garante uma priorização do atendimento com base na evidência científica, contribuindo para uma melhoria na gestão dos recursos e aumento do nível de qualidade dos cuidados (Almeida et al., 2020).

Ainda na minha permanência no sector da triagem, comprovei a existência de quatro vias verdes (VV) implementadas no SU do HNM, nomeadamente: a VV da Sepsis, a VV coronária, a VV do AVC e a VV do Trauma.

De acordo com o Despacho nº 10319/2014, as Vias Verdes visam a sistematização de procedimentos e de responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados que, pela sua natureza, beneficiam de uma abordagem estruturada, precoce e célere. As VV surgiram

como resposta a situações clínicas específicas que necessitam de um encaminhamento rápido e organizado, garantindo uma boa recuperação e a minimização da incapacidade. Consoante a CRRNEU (2012) e a Norma nº 015/2017, todas as VV iniciam-se através do contacto com o número europeu de emergência (112), desencadeando uma série de procedimentos, com o objetivo de assegurar um transporte emergente e um tratamento adequado, no mais curto intervalo de tempo.

Percebi que uma vez ativada a VV, o doente é triado sempre como emergente (cor vermelha) e à semelhança do que se encontra exposto na CRRNEU (2012), a implementação destes sistemas de resposta rápida devem mobilizar uma equipa multidisciplinar adequada às exigências da situação, pelo que na VV do AVC é contactado o serviço de Neurologia/ Medicina Interna; na VV Coronária é ativado o serviço de Cardiologia/ Hemodinâmica; na VV do Trauma é ativado a Cirurgia Geral e na VV da Sepsis o SMI.

No decurso deste estágio, consegui ter uma visão global dos cuidados de enfermagem nas diferentes áreas do SU contudo, por forma a alcançar os objetivos estipulados, distribui os meus turnos pelas áreas com maior contacto com o doente crítico, nomeadamente pela sala de emergência, sala de observação (SO) e UCEU.

Começando pela Sala de Emergência (SE), este é indiscutivelmente o posto do SU em que o papel do enfermeiro EEMC, na área da pessoa em situação crítica, mais se destaca. De acordo com Ferreira et al. (2020), a SE consiste numa unidade funcional do SU, destinada à admissão de doentes com risco eminente de falência orgânica ou morte, pelo que a prestação de cuidados deve ser em prol de um restabelecimento rápido da ventilação e circulação, com preservação dos órgãos vitais durante a reanimação. Já a ACSS (2019) caracteriza a SE como a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo considerada uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico. Aragão et al. (2014) apontam que os motivos de ativação da SE mais frequentes prendem-se com as alterações do estado de consciência, a instabilidade cardiovascular e a falência respiratória, além dos doentes triados com Via Verde.

Foi neste local que presenciei as situações mais críticas e emergentes, com risco eminente de vida, como: trauma, AVC, hemorragia digestiva alta, falência respiratória, que exigiram uma rápida e eficaz atuação de toda a equipa multidisciplinar. Nas primeiras SE que acompanhei, privilegiei a observação da atuação dos enfermeiros, por forma a compreender as diferentes funções de cada elemento (A, B e C) e o seu papel na estabilização do doente crítico, com enfoque para o papel do enfermeiro EEMC enquanto *team leader*.

Sempre que era acionado a campainha que notificava a chegada de uma emergência, os profissionais destacados dirigiam-se para a SE. Após a entrada na SE, procediam com a transferência imediata do doente para a maca hospitalar, algo que o meu enfermeiro tutor sempre ressaltou, de modo a evitar complicações (quedas, acidentes, entre outros) e facilitar a mobilização da vítima.

Independentemente do motivo de ativação da SE, a abordagem ao doente crítico era realizada sempre da mesma forma, obedecendo à sequência ABCDE, cujos enfermeiros cumpriam metodicamente as funções do elemento A, B e C. O Elemento A (*Team leader*), geralmente o enfermeiro EEMC que permanecia à cabeça do doente, tendo a responsabilidade pela via aérea (A – *Airway*), respiração (B – *Breathing*) e pelo estado de consciência (D – *Disability*), além de assumir uma voz de comando e liderar a equipa. O Elemento B, por sua vez, posicionava-se ao lado do doente, responsável pela circulação (C – *Circulation*), garantindo acessos venosos e administração de terapêutica e pela exposição (E – *Exposure*), com os cuidados às feridas, higiene corporal e imobilização de fraturas. O Elemento C, considerado o enfermeiro circulante da SE, que agiliza todo o material e terapêutica necessária aos procedimentos de *life saving*, além de recolher informações sobre a história clínica do doente.

Através das diversas idas à SE, comprovei que se tratou de uma valiosa experiência para a minha aprendizagem e formação enquanto futura enfermeira EEMC, pois permitiu assimilar conhecimentos e transpor para a prática clínica aquilo que aprendi nas aulas teóricas e nas formações efetuadas. Assim sendo, considero que na sala de emergência consegui desenvolver esta competência do cuidado à pessoa em situação crítica e da sua família/ cuidador. Prestei cuidados à pessoa em situação emergente, pois tive a oportunidade de assumir a qualidade do elemento A, o qual constatei que ao me posicionar na cabeceira do doente detinha a visão completa de toda a sala, favorecendo a supervisão de tudo o que ocorria em simultâneo, bem como a responsabilidade de assumir a voz de comando, principalmente na transferência, mobilização e na revisão de todas as intervenções realizadas em voz alta para todos ouvirem. Aprimorei competências, também, na área da comunicação com a equipa multidisciplinar, o qual realizava de uma forma organizada e assertiva, permitindo uma atuação sincronizada e segura de todos os elementos da equipa. De igual modo, em outras situações, consegui colaborar na qualidade de elemento B e C, principalmente na execução de cuidados técnicos de alta complexidade, como a

cateterização de acessos venosos, permeabilização da via aérea, medidas de suporte avançado de vida e trauma, entre outros.

Com particular interesse na pessoa em situação crítica a vivenciar uma experiência perioperatória, foi na sala de emergência que me deparei com um senhor, admitido no contexto de VV do trauma, por ter sido atingido com uma arma de fogo no membro inferior esquerdo. Este doente foi triado pelo fluxograma de “grande traumatismo”, tendo sido ativado pela EMIR, ainda antes da vítima ter chegado ao hospital, antecipando a preparação da sala de emergência e da equipa de saúde para a admissão de um trauma, além de que permitiu alertar o Bloco Operatório para uma possível intervenção cirúrgica emergente. Pela necessidade de estabilizar o doente antes do procedimento cirúrgico, na qualidade de elemento B, monitorizei os sinais vitais, cateterizei dois acessos venosos de grande calibre, colhi sangue para análises e tipagem para o Banco de Sangue, colaborei na colocação de cateter arterial para monitorização da pressão arterial invasiva, cateter venoso central para administração de terapêutica de suporte (analgesia, fluidos e suporte vasopressor) e procedi com a cateterização vesical para controlo do débito urinário. Assim que se obteve estabilidade hemodinâmica, acompanhei o doente até ao BO para remoção da bala e controlo de hemorragia. Esta descrição evidencia a necessidade de uma resposta de enfermagem diferenciada e atempada, mediante uma pessoa em situação crítica. Tratou-se de uma situação que me permitiu identificar focos de instabilidade, responder de forma adequada e célere a esses focos e, em articulação com uma equipa multidisciplinar, executar cuidados técnicos de alta complexidade, implementar protocolos terapêuticos complexos e antecipar efeitos adversos, intervindo de forma conducente, monitorizando e avaliando os resultados da minha atuação perante os problemas enunciados.

Neste ensino clínico tive oportunidade de concretizar diversos transportes intra-hospitalares do doente crítico, principalmente desde a sala de emergência para outros sectores do SU, para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ ou terapêutica, para o BO ou para a UCI. Sendo a segurança e a prevenção dos eventos adversos da pessoa em situação crítica, princípios norteadores da minha prática, procurei respeitar as diretrizes emanadas pela OM e SPCI (2008), uma vez que embora seja um procedimento frequente, representa um risco adicional, muitas vezes por ser descurado o grau de vigilância. Facto comprovado por Murata et al. (2022) ao afirmar que em 70% dos transportes intra-hospitalares ocorrem complicações e eventos adversos, como a instabilidade hemodinâmica,

a alteração do estado de consciência, a extubação acidental e/ ou relacionados com as falhas mecânicas de equipamentos.

Para colmatar tais situações de risco, Sharafi et al. (2020) apontam a pertinência da existência de *checklists*, recomendações e *guidelines*, bem como oportunidades de treino e simulação. Ora, durante o estágio, a execução dos transportes intra-hospitalares pautou-se por uma conduta preventiva e antecipatória, no qual adotei e promovi a adoção das medidas apropriadas, atendendo às competências especializadas. Sendo o transporte intra-hospitalar uma realidade bem presente no meu contexto de trabalho (Bloco Operatório), sinto que os transportes que efetuei nesta prática clínica, por seguirem *guidelines* certificadas e válidas, contribuíram para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação emergente, com identificação dos focos de instabilidade, resolução dos problemas de forma pronta e antecipatória, além da maximização da segurança e da qualidade dos cuidados.

Nos restantes sectores do SU, no SO e na UCEU, desenvolvi competências específicas em doentes com necessidade de uma maior vigilância, devido a alterações significativas do seu estado clínico, causadas por Insuficiência Respiratória, Arritmias Cardíacas, Hipercaliemia, Intoxicação e doenças como Pancreatite, Coledocolitíase, Gastrite, entre outras. Garanti sempre uma prestação de cuidados de enfermagem seguros, alicerçados no Processo de Enfermagem, permitindo-me identificar problemas de saúde, colher dados objetivos e subjetivos sobre cada situação, formular diagnósticos de enfermagem, planear e implementar os cuidados adequados e personalizados e avaliar os resultados, sem nunca perder o foco dos meus cuidados, a pessoa e a sua família/ cuidador.

Mesmo com a imprevisibilidade que caracteriza o SU, preocupei-me sempre em cuidar de uma forma holística, sendo que o início do turno era marcado pela passagem de turno, permitindo a continuidade dos cuidados à pessoa, de uma forma eficiente e segura. Posteriormente, não havendo necessidade de priorizar determinados cuidados em resposta aos focos de instabilidade, procurava reservar algum tempo para assimilar as informações pertinentes da passagem de turno e para analisar o processo clínico de cada doente, por forma a conhecer a situação clínica da pessoa. Debruçava-me sobre as notas de enfermagem e médicas, assim como averiguava a tabela terapêutica e os exames complementares de diagnóstico, relacionando com os problemas identificados através da minha avaliação inicial. A observação/ avaliação do doente com a consulta prévia do plano de cuidados de enfermagem, segundo a CIPE, inserido no processo clínico, permitiram-me adequar as intervenções consoante os diagnósticos elaborados, como por exemplo: o risco de infeção,

o risco de queda, entre outros. Dotada com as informações necessárias, abordava as pessoas alvo dos meus cuidados, apresentando-me enquanto enfermeira formanda do curso de MEMC. Procedia com uma breve anamnese, permitindo-me confrontar com os dados colhidos inicialmente no processo clínico do doente. Continuava com o exame físico, de acordo com a metodologia ABCDE, tendo sido uma estratégia fundamental nos cuidados especializados, já que me permitia identificar e intervir antecipadamente a potenciais focos de instabilidade.

No que concerne ao cuidado da pessoa em situação crítica, recordo uma situação de uma senhora internada no serviço de Neurocirurgia do HNM, politraumatizada devido a uma queda de seis metros de altura, tendo como diagnóstico de entrada – fratura da coluna em L1 – L2 e fratura do úmero esquerdo, com múltiplos hematomas distribuídos nos membros inferiores. Por se encontrar estável, foi internada no serviço de Neurocirurgia enquanto aguardava a realização de cirurgia em tempo programado. No entanto, no terceiro dia de internamento, a cliente apresentou uma alteração do estado de consciência, seguido de um pico febril e hipotensão severa, tendo sido solicitado o apoio da emergência interna por suspeita de um choque séptico de causa desconhecida. Desta forma, a cliente foi transferida para o SO do Serviço de Urgência.

A doente foi acolhida por mim e pelo enfermeiro tutor, sendo que juntos definimos funções e estabelecemos prioridades na sua abordagem, tendo por base a metodologia ABCDE. Monitorizei a doente, enquanto o enfermeiro tutor e a médica avaliavam a permeabilidade da via aérea, a ventilação e o estado de consciência. Pela instabilidade hemodinâmica patente, foi decidido a necessidade de VMI, o qual colaborei na intubação oro-traqueal, enquanto era assegurado um novo acesso venoso. Posteriormente, fiquei também responsável pela gestão, preparação e administração de fármacos, pela necessidade premente de iniciar drogas vasoativas, sedoanalgesia e antibioterapia. De seguida, colaborei na colocação de cateter venoso central, de cateter arterial, na realização de punção lombar, de cateterização vesical e na colheita de produtos para microbiologia (hemoculturas, urocultura e aspirado traqueal). Mantivemos a monitorização contínua e, assim que se conseguiu a estabilidade hemodinâmica, realizámos o transporte intra-hospitalar até à UCIP.

A situação supracitada foi um exemplo claro de uma pessoa em situação crítica no SU, com necessidade de uma resposta de enfermagem diferenciada e em tempo útil. Tratou-se de um momento de aprendizagem, já que me permitiu identificar e responder de forma pronta e adequada aos focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de maior

complexidade, diagnosticar precocemente as complicações resultantes de protocolos terapêuticos complexos e implementar respostas de enfermagem apropriadas às mesmas, monitorizando e avaliando os resultados esperados.

Nesta situação foi evidente o trabalho em equipa, tendo sido fundamental para o sucesso da intervenção, pela complementaridade de funções e pela comunicação assertiva e adequada que se conseguiu manter. Enquanto Azinhaga (2014) justifica que no contexto da emergência, torna-se impossível trabalhar isoladamente, Grover et al. (2017) complementam que o trabalho em equipa é crucial para a segurança dos doentes, sendo identificado como uma estratégia eficaz para a minimização dos erros e dos eventos adversos.

Devido a um grande espectro de situações que levam as pessoas a acorrer ao SU, este serviço dispõe de uma grande variedade de fármacos, desde analgésicos, antibióticos, ansiolíticos até anestésicos e drogas vasoativas. Como tal, foram diversas as situações que exigiram a administração e gestão de protocolos terapêuticos complexos, por exemplo: propofol, remifentanil, noradrenalina, heparina, entre outros. Estes protocolos complexos exigiram-me conhecimentos e precauções nos momentos de preparação e administração, por forma a compreender os seus objetivos terapêuticos, a sua farmacocinética, a farmacodinâmica, os efeitos secundários, modo de preparação e diluição e as suas vias de administração, contribuindo para a avaliação dos efeitos colaterais e deteção de possíveis complicações, além da prestação de cuidados seguros.

Algo imprescindível para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prende-se com a capacidade de julgamento crítico, permitindo-me diagnosticar precocemente as complicações inerentes à implementação de protocolos terapêuticos complexos, intervindo de forma adequada e atempada e, posteriormente monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados.

Ainda na questão da segurança, como enfermeira de anestesia no BO, a gestão e administração de fármacos passa muito pelo meu quotidiano, com prescrições únicas e verbais, todavia o ambiente do SU acaba por se diferenciar muito do ambiente controlado do BO. Posto isto, relembro uma situação de emergência, cujo cliente se encontrava em choque hipovolémico, necessitando de ser estabilizado hemodinamicamente antes de ser transferido para o BO. Para as várias intervenções realizadas (intubação orotraqueal, VMI, entre outras), foi necessário preparar e administrar simultaneamente várias classes de fármacos. Após a preparação de morfina, midazolam e adrenalina, verifiquei que não existiam etiquetas para a identificação dos fármacos, pelo que me aconselharam a identificar

o invólucro das seringas. Contudo, toda esta situação causou-me uma grande insegurança e medo, já que com tantos profissionais de saúde envolvidos, poderia ocorrer algum engano nas seringas. Como solução para este problema, recorri ao adesivo castanho para a identificação das seringas e organizei-as pela ordem de administração, à semelhança da minha prática diária no BO.

De acordo com Souza et al. (2019), nas emergências e nas situações críticas da prestação de cuidados, a administração de fármacos consiste num processo propenso a erros, podendo ocasionar danos graves ao doente. Com o objetivo de diminuir os erros e eventos adversos relacionados com a medicação, a Sociedade Internacional de Anestesiologia desenvolveu uma estratégia que corresponde à utilização de rótulos adesivos para identificar as seringas, com cores e formas distintas para cada classe medicamentosa. Por esta razão, refleti com o enfermeiro tutor sobre o sucedido, o qual sugeri a utilização destas etiquetas coloridas e pré-preenchidas com o nome dos fármacos mais utilizados nas situações de emergência, como forma de minimizar os erros e facilitar a rápida identificação das seringas. Posteriormente, partilhei esta sugestão com a restante equipa de enfermagem, o qual emitiram um parecer positivo, tendo posteriormente comunicado ao Enfermeiro Chefe do SU, que ficou a aguardar aprovação da Direção de Enfermagem.

Cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica é também realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar. Teixeira e Durão (2016) justificam que a dor consiste numa das áreas de maior atenção para a prática de enfermagem, definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa. Consoante os mesmos autores, a dor aguda encontra-se frequentemente associada a um acontecimento patológico, sendo um dos principais motivos de recurso a um Serviço de Urgência.

Segundo Kotfis et al. (2017), a Associação Internacional para o Estudo da Dor define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos” (p. 165). Conforme o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017), esta definição relembra que a dor tem a capacidade de afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem deve ser multidimensional, tendo em conta não só a sua vertente sensorial, como também as suas implicações psicológicas, sociais e culturais, sendo o seu controlo um dever dos profissionais e um direito dos doentes. Tal como Zuazua-Rico et al. (2020) defendem, a gestão da dor requer uma abordagem multidisciplinar, implicando uma partilha de

responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. Assim, os enfermeiros enquanto elementos inseridos numa equipa multidisciplinar têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade e características, de modo a planear intervenções adequadas ao seu controlo e assegurar a sua monitorização (OE, 2008).

Nesta linha de pensamento, a dor é considerada o 5º sinal vital, surgindo como um foco de atenção do enfermeiro, em que a primeira etapa do processo para o tratamento e controlo da dor se cinge à avaliação da sua presença e das suas características. Durante a minha prática clínica, procurei em todos os momentos identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, priorizando a autoavaliação da dor nas pessoas conscientes e com capacidade de comunicar verbalmente, aplicando as escalas de avaliação da dor, como a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala de Faces e a Escala Qualitativa que, de acordo com a DGS (2003), através da Circular Normativa nº 09/DGCG, são as mais válidas e fiáveis nas pessoas conscientes e colaborantes. De igual modo, procurei estar desperta sobre as estratégias não-verbais para comunicar a dor, como os sinais fisiológicos e comportamentais (taquicardia, fácies de dor, agitação motora, por exemplo), com a implementação de escalas comportamentais nas pessoas incapazes de comunicar e com compromisso da sua função cognitiva, precisamente a Behavioral Pain Scale (BPS), por forma a garantir uma abordagem sistematizada, otimizando a gestão da dor nestes contextos.

Segundo Sandvik et al. (2020), consegue-se maximizar a gestão e o controlo da dor através da combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. No que concerne à medicação prescrita, o enfermeiro pode estabelecer uma combinação analgésica segura, eficaz, equilibrada e individualizada, ajustando os horários de administração dos fármacos para os momentos de maior necessidade, principalmente antes dos procedimentos que induzem mais dor e desconforto. Desta forma, procurei estudar sobre os três principais grupos de analgésicos (opióides, não opióides e adjuvantes), especificamente o seu mecanismo de ação, vias de administração, efeitos secundários, entre outros, sendo que tal acréscimo de conhecimento foi essencial para conseguir gerir os protocolos terapêuticos de analgesia/ sedoanalgesia em segurança. Todavia, o enfermeiro pode planear e implementar intervenções autónomas para a gestão da dor, dando destaque para as medidas não farmacológicas, como o posicionamento, a massagem, a termoterapia, toque terapêutico, a diminuição dos estímulos ambientais (luz, ruídos), a musicoterapia, a distração e a presença da família.

Apesar dos desafios impostos pelo ambiente do SU, precisamente a estrutura e a falta de privacidade, conseguiu implementar algumas destas estratégias que se revelaram eficazes quando combinadas com a administração de analgésicos, como a massagem, a aplicação de gelo, a alternância de decúbitos e a distração nos procedimentos geradores de dor e de desconforto.

Estas intervenções remetem para a importância da humanização dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência. A pessoa em situação crítica não existe sozinha, pelo que a prestação de cuidados deve ser centralizada no doente e família. Embora o principal objetivo do cuidado à pessoa em situação crítica seja a sua reanimação e recuperação, o enfermeiro é também responsável pelo apoio e acompanhamento da família, uma vez que se trata de uma experiência intensa e muito emocional.

De acordo com Emmamally et al. (2020), uma doença grave com risco de vida subjacente, pode despoletar alterações emocionais e comportamentais mais intensas, tal como a ansiedade pela incerteza, o *stress* e o medo resultantes da emergência de um mau prognóstico e/ ou de uma complicação. Além disso, estas situações podem, ainda, causar choque, recusa, raiva e isolamento, contribuindo para que a família vivencie uma angústia marcada, tornando importante o apoio vinculado pela equipa de saúde.

Assim, é esperado que o enfermeiro especialista no SU lide com as reações da família perante as transições de saúde/ doença experienciadas. Todavia, ao enfermeiro não é a transição que deve ser o centro da sua atenção, mas sim a forma como a família se ajusta e adapta a essa mesma transição. Como tal, é imperativo o desenvolvimento de uma relação de ajuda, contemplando uma troca verbal e não-verbal que ultrapassa a superficialidade, favorecendo a criação de um clima de compreensão e de apoio emocional, de modo a promover a evolução pessoal e a mudança de comportamentos (Phaneuf, 2005). Facto corroborado por Sá et al. (2015) ao afirmarem que num contexto de urgência/ emergência, o cuidado à família da pessoa em situação crítica assume características particulares, exigindo do enfermeiro um conjunto de competências especializadas para ultrapassar os desafios desta prática.

Durante o estágio e devido à pandemia COVID-19, a relação com as famílias dos doentes que recorriam ao SU constituía um desafio acrescido, já que o direito de acompanhamento e as visitas hospitalares se encontravam interditas. Por este motivo, procurei refletir em conjunto com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental da minha equipa sobre as estratégias encontradas para colmatar esta situação de exceção. Percebemos

que apesar do contexto pandémico, não se podia descurar a importância da família no bem-estar da pessoa alvo dos cuidados, principalmente nas situações críticas, nas emergências e nos doentes terminais. Como tal, intervimos junto das famílias, maioritariamente através de contacto telefónico, por forma a informar sobre o estado clínico do doente, tendo-as assistido nas perturbações emocionais, garantido a dignidade e o respeito pelas suas reações e sentimentos. Procurei sempre incluir não só as necessidades dos clientes, mas também das suas famílias no planeamento e prestação de cuidados, além de que ajudei algumas famílias e clientes na identificação da sua rede de suporte, promovendo sentimentos de esperança e confiança na capacidade de lidar com as perturbações decorrentes da doença e incapacidade.

Toda esta atenção para com a família da pessoa em situação crítica no contexto de um SU, bem como os momentos de reflexão com a enfermeira especialista em Saúde Mental, permitiram-me transpor estes cuidados para a minha prática clínica, já que me possibilitaram aperfeiçoar competências para a gestão da ansiedade e do medo vivenciados pela pessoa e família, assim como habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto, promovendo a construção de uma relação terapêutica junto da pessoa, família/ cuidador em situação crítica.

À semelhança da imprevisibilidade que caracteriza o SU, um outro contexto onde estas situações inesperadas se sucedem é o do pré-hospitalar. Considerei que seria pertinente, no quadro de construção de competências do enfermeiro EEMC, complementar o Estágio I – Urgência com a passagem pelo SEMER, precisamente com a realização de três turnos na EMIR.

Os cuidados de enfermagem no pré-hospitalar começam desde que o STAT-CIC recebe o telefonema, através da análise da situação via telefone ou rádio, sendo decidido pelo enfermeiro e o médico da EMIR a saída para o terreno. Apercebi-me das várias ocorrências que levavam à ativação da equipa, como as situações de politrauma, perda súbita de consciência, insuficiência respiratória, intoxicações, enfarte agudo do miocárdio, paragens cardiorrespiratórias, entre outras.

Durante os turnos que realizei na EMIR, tive a oportunidade de compreender o papel do enfermeiro EEMC no pré-hospitalar, identificar a metodologia de trabalho e os equipamentos que são utilizados, assim como a articulação entre os cuidados prestados em contexto pré-hospitalar e o serviço de urgência. Assisti e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos com disfunção cardíaca e perdas súbitas de consciência, na sua monitorização e estabilização, como também acompanhei o transporte do doente

crítico do pré-hospitalar até ao SU do HNM. Conferi que mediante uma situação de emergência pré-hospitalar, a abordagem ao doente crítico era efetuada, igualmente, segundo a metodologia ABCDE, sendo que o médico e o enfermeiro trabalhavam em equipa, com complementaridade de funções, contribuindo para uma adequada avaliação e otimização das intervenções implementadas, num curto período de tempo até à chegada da vítima ao SU.

No que toca à articulação entre os meios de socorro, apurei que a comunicação é uma constante, principalmente por via rádio. Nas duas ocorrências que tive oportunidade de acompanhar a EMIR até ao local da vítima, constatei que era mantido sempre o contacto com o STAT-CIC e com os bombeiros da ambulância, onde o médico e o enfermeiro delegavam orientações sobre os primeiros cuidados, como a monitorização, a transferência para a maca, administração de oxigénio, entre outros. De seguida, quando a EMIR acompanhava um doente em estado crítico para o SU do HNM, procedia imediatamente ao contacto com o chefe da equipa médica, através de um telefone com linha direta com um sinal distinto dos restantes. Após o contacto, o chefe de equipa informava a equipa de enfermagem e as áreas de especialidade médicas apropriadas, por forma a estar tudo preparado antes da entrada do doente, garantindo uma resposta eficaz e mais atempada.

Assim sendo, este conjunto de experiências permitiram-me cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica num ambiente particularmente desafiante, o qual também comprovei a importância e complexidade exigida ao enfermeiro EEMC no pré-hospitalar, principalmente na prestação de cuidados emergentes e na antecipação da instabilidade, com intervenções imediatas e adequadas, que requerem conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma. Para além disto, as situações críticas no contexto pré-hospitalar são imprevisíveis e ocorrem em ambientes não controlados, muitas vezes com a família e população por perto, exigindo competências para gerir a comunicação interpessoal que promove o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/ família, acompanhando e minimizando as perturbações emocionais decorrentes da vulnerabilidade inerente à doença crítica.

3.1.2. Cuidados de enfermagem especializados no Serviço de Medicina Intensiva

Os cuidados intensivos são uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que engloba, de forma particular, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de

doença aguda, potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminente ou estabelecida (DGS, 2017).

Neste contexto, os cuidados estão intimamente relacionados a uma prática especializada e avançada, tanto que o saber profissional de enfermagem não se resume à execução de um conjunto de atividades ou procedimentos, mas sim à capacidade de ajustar a conduta à complexidade das situações críticas, com recurso aos conhecimentos, às habilidades, atitudes e gestão dos recursos inerentes ao perfil de competências (Donovan, et al., 2018; Fukuda et al., 2020). Desta feita, a passagem por este contexto da prática clínica foi essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação crítica.

No contexto do Estágio II – Cuidados Intensivos e do Estágio III – Opção, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes críticos de variada índole, como do foro cardíaco, respiratório, politraumatizados, em choque e do foro cirúrgico. No entanto, no Estágio de Opção direcionei o processo de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, tendo em conta a temática do meu PAF e o contexto da minha atividade profissional no BO.

Ao lidar com a pessoa em situação crítica numa UCI, aprimorei cuidados técnicos de alta complexidade (monitorização invasiva, protocolos terapêuticos, medidas de suporte vital, entre outros), o qual deparei que a aquisição e a mobilização de conhecimentos são cruciais para a compreensão e resolução de problemas. Como tal, previamente à realização destes estágios, revi a literatura e a evidência científica sobre este ambiente, por forma a ser mais proativa e independente na prática clínica, minimizando o sentimento de medo e insegurança associado à complexidade das situações críticas.

Segundo Conley (2019), os cuidados de enfermagem especializados em contexto de cuidados intensivos requerem uma base teórica bem desenvolvida, assim como um conjunto de competências especializadas nas dimensões científica, técnica e humana. Tal como consta no Parecer nº 15/2018 da OE, uma vez que as UCI devem ser dotadas de enfermeiros qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia que dispõem, durante as 24 horas do dia, vaticinando o valor da formação complementar, além da importância da experiência profissional neste domínio de atuação.

De acordo com Ribeiro et al. (2017), a admissão de um doente na UCI tem como propósito a sua estabilização clínica e a obtenção de resultados positivos, por meio de

cuidados de enfermagem proativos, da monitorização contínua, da antecipação e tratamento precoce de complicações e de outras alterações inerentes ao pós-operatório, dos doentes submetidos a cirurgia e que foram admitidos neste contexto. Por conseguinte, a evidência científica sustenta o perfil de competências do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação crítica, precisamente no que concerne à identificação dos focos de instabilidade e intervenção atempada perante a sua presença. Em virtude da instabilidade hemodinâmica e dos riscos inerentes à doença crítica, a admissão destes doentes implica que os enfermeiros sejam detentores de uma grande variedade de conhecimentos, bem como de destreza técnica e relacional, crucial na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/ doença crítica e na sua administração/ gestão imediata de protocolos terapêuticos complexos.

A admissão de um doente no SMI é sempre um momento de grande tensão, pelo que independentemente da sua tipologia, procurei organizar atempadamente a unidade, garantindo o funcionamento do equipamento e material necessário para assegurar a prestação de cuidados a uma pessoa em situação crítica. Durante este momento, inteirei-me da dinâmica da equipa e colaborei na instalação da pessoa em situação crítica na unidade com segurança, implementando intervenções que vão desde a sua monitorização até ao registo da informação relevante para a continuidade dos cuidados.

Os turnos no SMI tinham início com a passagem de turno, o qual constatei que se revestiam de particular importância, pois eram transmitidas informações importantes acerca do estado clínico do doente, integrando momentos de reflexão e de aprendizagem entre a equipa de enfermagem. A passagem de turno seguia uma metodologia peculiar, pouco habitual em outros serviços, contemplando dois momentos. Num primeiro momento, as informações eram transmitidas enfermeiro a enfermeiro, junto do doente, permitindo confrontar os dados obtidos com o observado. No segundo momento, o turno era transmitido a toda a equipa e ao enfermeiro chefe, com a informação essencial, para que qualquer elemento tenha capacidade de intervir junto dos doentes na ausência do enfermeiro responsável ou perante situações de emergência e/ ou de agravamento clínico.

Após recolher as informações pertinentes da passagem de turno, abordava os clientes, independentemente do seu estado de consciência, fazendo questão de me apresentar, elucidando que era enfermeira e que iria prestar cuidados ao longo do turno, além de que procurava orientar o doente quanto ao tempo e ao espaço, referindo sempre a data e a hora do dia. Isto porque, segundo Pinho (2020), o ambiente de cuidados intensivos

caracterizado por um elevado nível de tecnologia, utilização massiva de uma linguagem técnica, luz artificial e ruído abundante, contribui para que a pessoa em situação crítica se confronte com múltiplas perdas ou ameaças ao longo do internamento, desde a perda da sua autonomia e do controlo da sua vida até à perda da noção do tempo e do espaço, pelo que a confusão e desorientação constituem fatores de risco para a ocorrência de *stress* pós-traumático e de *delirium*.

Em seguida, tal como recomendado por Thomas e Amatangelo (2019), procedia com uma avaliação inicial completa do doente segundo a metodologia ABCDE: permeabilidade da via aérea (presença do tubo endotraqueal/ traqueostomia, número e posição); ventilação e respiração (palpação e percussão do tórax, observação da sua simetria, auscultação e confirmação dos parâmetros ventilatórios); circulação (estado hemodinâmico com avaliação dos sinais vitais, suporte vasoativo, perfusões de fármacos, presença e funcionamento dos cateteres, cateter arterial/ cateter de PICCO); estado neurológico (estado de consciência, nível de sedoanalgesia, características das pupilas); exposição (observação da integridade cutânea e mucosas, avaliação e controlo da temperatura corporal, despiste da presença de edemas, eliminação vesical e intestinal).

O facto de adaptar a metodologia ABCDE à avaliação criteriosa do doente, suportada pela metodologia científica do Processo de Enfermagem, permitiu-me identificar inúmeros focos de atenção e instabilidade, além de formular diagnósticos de enfermagem, planear e implementar cuidados ajustados à situação e às necessidades do doente, finalizando com a monitorização e a avaliação dos resultados obtidos.

Após a avaliação inicial e à semelhança do Estágio I – Urgência, procurava analisar o processo clínico de cada doente, por forma a contextualizar a sua condição clínica, debruçando-me sobre as notas de enfermagem, diário clínico, tabela terapêutica e exames complementares de diagnóstico, relacionando com os problemas apresentados, por forma a planear intervenções de enfermagem especializadas e individualizadas a cada doente para serem implementadas ao longo do turno.

Atualmente, preconiza-se cinco áreas de interesse no cuidado intensivo da pessoa em situação crítica, nomeadamente: a sedação, a analgesia, o delírio, a mobilização precoce e a nutrição (Jovanović et al., 2018)

No que concerne ao estado de consciência, a maioria dos doentes na UCI encontravam-se sedoanalgesiados, sendo que para a sua avaliação recorria sempre à escala de RASS – Richmond Agitation Sedation Scale. Verifiquei que esta era a escala mais

utilizada por ser considerada a mais completa, uma vez que inclui níveis de agitação e de sedação numa escala de 10 pontos que variam entre o +4 e o -5. Um RASS de 0 indica um doente calmo e vígil, ao passo que as pontuações positivas correspondem a níveis de agitação e as pontuações negativas aos níveis de sedação (Oliveira, 2017).

Durante o estágio, constatei que os doentes nas primeiras horas do pós-operatório imediato, doentes neurocríticos, politraumatizados, doentes cujo diagnóstico era inconclusivo, tinham indicação para a manutenção da sedoanalgesia para RASS -4/ -5, que segundo Oliveira (2017) equivalem a estados de coma, com o fim de minimizar o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio a nível cerebral. Todavia, após a estabilização da situação crítica, percebi que a prioridade era manter o doente o mais desperto possível com o mínimo de sedação necessária, reduzindo as complicações neuromusculares e respiratórias, tal como recomendado por Estilita (2015).

Nos doentes com nível de sedação superior ao -3 na escala de RASS, por se encontrarem mais despertos, era importante a avaliação do estado neurológico, com vista a despistar disfunções do Sistema Nervoso Central. Deste modo, recorri sempre ao instrumento de avaliação mais utilizado no SMI, a Escala de Coma de Glasgow. Conforme Santos et al. (2016) consiste numa escala aplicada mundialmente para identificar disfunções neurológicas e acompanhar a evolução do nível de consciência, predizer o prognóstico e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde, sendo constituída por três parâmetros de avaliação, designadamente: abertura ocular, a resposta verbal e a resposta motora.

Naturalmente que esta avaliação criteriosa do cliente logo no primeiro contacto, se demonstrou de extrema importância para o diagnóstico precoce de complicações e para a implementação de intervenções de enfermagem adequadas à condição da pessoa em situação crítica. Recordo aqui um cliente que abruptamente começou a dessaturar e a ficar desadaptado da prótese ventilatória. No início do turno, aquando a auscultação pulmonar detetei que o murmúrio vesicular estava mais audível no hemitoráx direito, em detrimento do lado contralateral. Após a realização de uma radiografia torácica, verificou-se que o tubo orotraqueal estava mais inserido à direita, tendo sido reposicionado de imediato. Desta forma, o problema foi prontamente resolvido, algo determinante para a prevenção de potenciais complicações (pneumotórax, por exemplo), segundo Pham et al. (2017). Assim, a avaliação feita inicialmente permitiu-me determinar a origem do problema e definir uma

intervenção adequada e atempada, desde a identificação precoce de um foco de instabilidade à implementação de uma resposta pronta e antecipatória.

Ainda na fase da avaliação inicial da pessoa em situação crítica, procedia à análise dos dados de monitorização e ajuste dos alarmes definidos no ventilador e no monitor de sinais vitais. Conforme Smith et al. (2016), a monitorização dos doentes faz parte da política de segurança e qualidade dos cuidados, pelo que com os alarmes devidamente ativados e ajustados, torna-se possível dar uma resposta adequada e atempada a possíveis complicações e/ ou alterações do estado clínico.

Neste sentido, Lamas (2015) refere que “todos os doentes críticos devem ter uma monitorização contínua com eletrocardiografia (ECG), pressão arterial (PA) e oximetria de pulso (SpO₂)” (p. 175). Brenkke et al. (2019) complementam que o processo de avaliação do doente crítico passa, igualmente, pelo recurso ao monitor de sinais vitais, das linhas de monitorização hemodinâmica, das análises laboratoriais, entre outros. Não obstante, os autores sublinham que os dados de monitorização isolados não têm significado, pelo que devem ser somados aos achados do exame físico e interpretados de forma crítica pelo enfermeiro.

Como enfermeira de anestesia do BO, encontro-me familiarizada com esta monitorização padrão, bem como com os meios de avaliação da pressão arterial invasiva, da pressão venosa central (PVC), da pressão intracraniana (PIC), da capnografia, do plano anestésico (índice bispectral – BIS), da temperatura e da oximetria cerebral. O BO possui, ainda, o sistema Vigileo para medição contínua do débito cardíaco, sobreponível ao dispositivo Pulse Contour Cardiac Output (PICCO), disponível no SMI que possibilita a monitorização do débito cardíaco, além de indicar o risco de desenvolvimento de edema pulmonar. Desta forma, a minha experiência profissional contribuiu para que me sentisse mais confiante e segura nesta área mais tecnológica do cuidado à pessoa em situação crítica.

Assim sendo, no decurso da prática clínica tive a possibilidade de preparar dispositivos de monitorização invasiva, bem como de colaborar com a equipa médica na sua colocação, precisamente de cateter arterial, cateter venoso central para monitorização da PVC, sensor para avaliação da PIC, entre outros. Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica garanti a manutenção destes mesmos dispositivos, o que para tal pesquisei sobre os parâmetros de referência, bem como sobre as complicações inerentes aos cateteres de monitorização invasiva, de modo a estar sempre alerta perante o aparecimento de valores anormais e antecipar a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente: o compromisso

neurovascular do membro, infecção no local de inserção, exteriorização, hemorragia, entre outros.

No decurso do estágio tive a oportunidade de monitorizar a pressão intra-abdominal (PIA), num doente politraumatizado, que foi submetido a uma cirurgia abdominal devido a uma laceração hepática. Conforme Lages et al. (2015), o valor da PIA varia com a respiração, pelo que a sua avaliação pode ser direta ou indireta, sempre em posição dorsal e no final da expiração. O método direto é executado através da inserção de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um manómetro de pressão. O método indireto é o mais comum, sendo esta a forma que utilizei para monitorizar a PIA, por meio da pressão intravesical, com a inserção de uma agulha conectada a um transdutor de pressão no cateter vesical. Com esta experiência aprendi um novo tipo de monitorização invasiva muito utilizado no pós-operatório de cirurgias abdominais *major*, permitindo-me executar cuidados técnicos de alta complexidade para avaliar o estado clínico da pessoa em situação crítica e com isso, prevenir complicações e antecipar focos de instabilidade.

À semelhança dos cuidados especializados no SU, a dor foi outro foco de atenção essencial a considerar neste contexto da prática. De acordo com Kotfis et al. (2017), durante o internamento numa UCI cerca de 40 a 70% dos doentes críticos sentem dor moderada a severa, sendo que 30% experienciam a dor em repouso e 50% durante a prestação de cuidados (posicionamentos, aspiração de secreções, cuidados às feridas, remoção de drenos, inserção de cateteres e intubação endotraqueal). Teixeira e Durão (2016) complementam que a dor é agravada pelo medo, ansiedade e dificuldade de comunicação, sublinhando que no contexto de cuidados intensivos, a dor se manifesta de uma forma proporcionalmente superior, uma vez que estes doentes subsistem maioritariamente no limite da sua lesão ou doença.

Marra et al. (2017) refere que a dor não controlada pode culminar em complicações a curto e a longo prazo para o doente, dificultando a sua recuperação e comprometendo a sua qualidade de vida. Tais consequências são enumeradas por Martorella (2019), como a instabilidade hemodinâmica, compromisso respiratório, diminuição da perfusão tecidual e imunossupressão, além de contribuir para o *stress* pós-traumático, *delirium* e dor crónica após a alta da UCI. Desta forma, Teixeira e Durão (2016) revelam que a dor pode ser manifestada por meio de “alterações do nível de consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas”, pelo que o “controlo da dor na pessoa em situação crítica pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica

a prioridade na sua avaliação e tratamento”. Daqui se depreende a importância atribuída à avaliação deste parâmetro vital no ambiente do SMI, principalmente na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia, o que agrava a sua condição pela lesão dos tecidos, *stress* físico e perturbação da homeostasia do organismo.

Neste contexto de atuação, privilegiei a autoavaliação da dor na pessoa consciente e orientada através da escala numérica, pois segundo Gélinas (2016) e Marra et al. (2017), consiste no *gold standard* quando comparado com as outras escalas, estando descrita como a mais fidedigna e objetiva. No entanto, este cenário foi muitas vezes difícil em ambiente de cuidados intensivos, pois a maioria dos doentes não apresentam capacidade para expressar a dor, por se encontrarem intubados, conectados ao ventilador e sob uma sedação profunda.

Nestas circunstâncias, a avaliação da dor requer além de perícia e treino dos profissionais, instrumentos dirigidos para as alterações comportamentais provocadas pela dor, pelo que senti necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica, no sentido de aprofundar conhecimentos e de saber qual das escalas seria a mais apropriada para ser implementada aos doentes críticos, sedados ou ventilados. Desta forma, recorri à Behavioral Pain Scale, considerando a existência de fatores que pudessem influenciar esta avaliação, tais como: a utilização de relaxantes musculares, a diminuição da força muscular e a contenção física. Segundo Pinheiro e Marques (2019), uma das vantagens desta escala prende-se com o facto de não implicar qualquer verbalização por parte do doente, sendo efetuada pelo profissional de saúde através da análise de três itens observáveis: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. A sua objetividade permite uma aplicação rápida e fácil, sendo que o *score* varia de 3 (sem dor) a 12 pontos (dor máxima). Nos doentes com RASS -4/ -5, pela inibição dos reflexos/ comportamentos, dirigi particular atenção para algumas alterações fisiológicas que podem ser provocadas pela dor que, segundo Gélinas (2016) podem ser o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, o aumento do CO₂ expirado (capnografia), a diminuição da SpO₂ e o aumento do tamanho da pupila. Esta monitorização foi efetuada em todos os turnos, antes, durante e após um procedimento gerador de dor (15 minutos após o procedimento, com reavaliação 30 minutos após o início da terapêutica), sendo que à semelhança dos restantes sinais vitais, registei no processo clínico informatizado todos os dados relativos à dor.

Apesar das medidas de controlo da dor serem maioritariamente farmacológicas, os métodos adjuvantes e alternativos são igualmente benéficos e complementares, como os posicionamentos regulares e adequados a cada pessoa. O SMI constituiu o campo de estágio

ideal para implementar intervenções não farmacológicas no controlo da dor, o que motivou uma pesquisa exaustiva sobre esta temática. As medidas não farmacológicas (comportamentais e ambientais) consistem em intervenções simples, mas construtivas no tratamento da dor, privilegiando uma atitude calma, empática e explicativa dos atos diagnósticos e terapêuticos, que possibilitam reduzir a ansiedade e potencializar o efeito analgésico dos fármacos. De acordo com Estilita (2015) e Martorella (2019), algumas destas medidas compreendem o controlo da incidência da luz forte sobre o doente, a minimização do ruído e a racionalização das mobilizações, por forma a salvaguardar os períodos de sono e repouso, bem como o recurso à musicoterapia, massagem terapêutica, técnicas de relaxamento, aplicação de frio ou calor e a imobilização de lesões e/ ou fraturas.

Desta forma, durante o estágio implementei algumas destas medidas, tais como: os posicionamentos, a massagem, o controlo ambiental, a aplicação de frio ou calor, o qual verifiquei que a eficácia analgésica é maximizada com a combinação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Neste sentido, procurei administrar fármacos analgésicos previamente à realização de procedimentos geradores de dor e de desconforto, indo de encontro ao proferido pela OE (2008), em que “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17). Todas estas experiências levaram-me a refletir com os enfermeiros do SMI sobre a importância do enfermeiro especialista na formação e sensibilização da equipa multidisciplinar para a avaliação e controlo deste parâmetro vital, particularmente nos doentes que não conseguem verbalizar e/ ou responder autonomamente.

No contexto altamente tecnológico dos cuidados intensivos, uma técnica muito utilizada é a ventilação mecânica invasiva. Conforme Guilhermino et al. (2018), a maior parte dos doentes admitidos na UCI são submetidos a intubação orotraqueal, sendo imediatamente conectados ao ventilador, já que se tratam de situações críticas de elevada complexidade, exigindo uma redução do trabalho respiratório e a manutenção de uma oxigenação e ventilação adequadas. Mendes (2015) refere que a ventilação consiste numa terapêutica de suporte, isto porque se limita a suportar a função do órgão até à resolução da etiologia primária da condição crítica, pelo que a VMI “não é inócua, estando reconhecidamente associada a lesão pulmonar induzida pela ventilação (VILI)” (p. 94). Além da Ventilator-Induced Lung Injury (VILI), a VMI por não ser uma terapêutica benigna

pode estar relacionada com a incidência de infeções respiratórias, hemorragia gastrointestinal e *delirium*.

No decorrer do estágio, prestei cuidados de enfermagem à pessoa sob VMI com diversas interfaces, precisamente com tubo orotraqueal e traqueostomia, sendo um cuidado técnico de alta complexidade. Apesar de estar familiarizada com a VMI na minha prática no BO, considerando o contexto diferenciado da UCI, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre os parâmetros e modos ventilatórios, assim como de compreender as complicações que podem estar associadas, orientando-me para possíveis focos de instabilidade. Desta forma, assegurei cuidados de enfermagem fundamentados na evidência científica, por forma a manter a oxigenação e perfusão adequadas aos órgãos e tecidos, através da monitorização dos sinais e sintomas de hipoxia (alterações do comportamento, letargia, agitação, instabilidade hemodinâmica, cianose e alterações do padrão respiratório), da gestão dos fármacos prescritos, da promoção de uma ventilação sincronizada entre o doente e o ventilador e da intervenção imediata perante o aparecimento de alguma complicação.

No que concerne aos cuidados de enfermagem prestados ao doente sob VMI, a aspiração de secreções por meio de um sistema fechado foi inovadora, pois não tinha conhecimento sobre este método. A aspiração do tubo endotraqueal (TET) trata-se de um dos procedimentos mais comuns numa UCI, sendo um cuidado essencial, uma vez que o acúmulo de secreções pode obstruir a passagem de ar, provocando dessaturação, aumento da pressão nas vias aéreas (pressão de pico), com conseqüente aumento do trabalho respiratório, além de que potencia o desenvolvimento de atelectasias e infeções pulmonares (Rocha et al., 2017).

Relativamente aos sistemas de aspiração, o sistema aberto ou convencional implica a desconexão do doente ao ventilador, possibilitando a introdução de uma sonda estéril e descartável pelo TET. Conforme preconizado, procurei efetuar este procedimento sempre com a máxima assepsia, por forma a evitar a contaminação microbiana. No entanto, estão inerentes algumas desvantagens deste procedimento, como o traumatismo da mucosa traqueal, hipoxia (pela interrupção da ventilação) e um maior risco de infeção (Rocha et al., 2017). Por outro lado, o mesmo autor explica que o sistema de aspiração fechado consiste numa sonda envolta por uma capa plástica, conectada entre o TET e o circuito do ventilador, permitindo que a técnica seja executada com assepsia e sem a necessidade de interromper o suporte ventilatório, garantindo a manutenção da Pressão Positiva no Final da Expiração

(PEEP), resultando numa menor perda de volume pulmonar após a aspiração de secreções. Durante o estágio de cuidados intensivos, tive a oportunidade de proceder com este método de aspiração de secreções com maior frequência na UCI-COVID 19, com o principal intuito de evitar a formação de aerossóis e a contaminação do ambiente, tendo comprovado as suas vantagens, principalmente na manutenção ininterrupta do suporte ventilatório e na sua facilidade de manuseamento.

Sendo a VMI uma terapêutica não inócua, com inúmeras complicações inerentes, constatei que a partir do momento em que o doente era intubado e conectado ao ventilador, após a resolução da causa primária e/ ou estabilização do seu estado, o próximo passo consistia em efetivar o desmame ventilatório. Como tal, percebi que o doente passa de modos controlados e mais agressivos de ventilação, para modos mais autónomos e confortáveis, de modo a estimular a sua autonomia respiratória. Neste sentido, quando o doente se encontrava mais desperto e a ventilar sob modos espontâneos era preparada a unidade para a extubação. Em articulação com o enfermeiro Tutor, tive a oportunidade de participar ativamente em alguns destes momentos críticos, permitindo-me identificar os focos de instabilidade inerentes ao risco de dificuldade respiratória após a extubação, de modo a conseguir responder de forma pronta e antecipatória aos primeiros sinais e sintomas de alarme com cuidados técnicos de alta complexidade, assentes nos conhecimentos e habilidades que pude aperfeiçoar no âmbito do suporte avançado de vida.

Fazendo referência aos procedimentos específicos desta unidade, tive a oportunidade de cuidar de doentes críticos submetidos a uma diversidade de técnicas invasivas, nomeadamente: traqueostomia, colocação de drenos torácicos, terapia de substituição da função renal com a técnica dialítica contínua, ECMO, entre outros. Estes procedimentos invasivos tornam a prestação de cuidados mais complexa, com recurso a equipamentos e tecnologias diferenciadas. Não obstante, a tecnologia extrapola o equipamento propriamente dito e implica, também, o conhecimento necessário para manuseá-lo e a capacidade para aplicá-lo nos cuidados de enfermagem especializados. Assim, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos com pesquisa exaustiva, com vista a prestar cuidados seguros e baseados na evidência científica. De forma a transpor os conhecimentos adquiridos para a prática clínica, procurei todas as oportunidades que me permitissem executar estes cuidados técnicos de alta complexidade e, em colaboração com o enfermeiro tutor, articulei-me com a equipa de enfermagem na busca dos melhores momentos para o desenvolvimento destas competências.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica compreendem intervenções autônomas e interdependentes. No entanto, ao refletir com a equipa de enfermagem do SMI ficou evidente que o enfermeiro neste contexto, possui habilidades e competências que conferem autonomia dentro da interdependência multiprofissional. Um dos exemplos da autonomia dos enfermeiros no SMI, baseia-se na existência de protocolos padronizados que tive a possibilidade de conhecer e de aplicar no decorrer da prática clínica, nomeadamente os protocolos terapêuticos complexos relativos à antibioterapia, drogas vasoativas, insulinoaterapia, heparina, suporte nutricional, hipotermia induzida, entre outros. Preparei e administrei terapêutica complexa (aminas, fibrinolíticos, cardiotónicos, vasodilatadores, sedoanalgésicos, relaxantes musculares) sempre com a máxima atenção e cuidado, além de que procurei atender às particularidades de cada doente, estando desperta para possíveis focos de instabilidade, o que me proporcionou um acréscimo de competências na implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações, além da monitorização e avaliação dos resultados das minhas intervenções.

Ainda na área da gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, durante a minha prática de cuidados intensivos cuidei de doentes críticos com necessidade de terapia nutricional. Percebi que após a estabilização hemodinâmica, a prioridade era assegurar os processos corporais usuais, como a alimentação por via artificial, já que no doente crítico a via oral se encontra maioritariamente interdita, devido à contígua presença do tubo orotraqueal.

Segundo Marinho (2015), o suporte nutricional da pessoa em situação crítica consiste no “fornecimento por via entérica e/ ou parentérica de uma carga energética e proteica adequada às suas necessidades metabólicas” (p. 309). Burns (2016) complementa que a sua instituição precoce, por meio de protocolos de iniciação e monitorização, reduz substancialmente o risco de complicações associadas à malnutrição, como a imunossupressão, a disfunção do trato digestivo ao nível da absorção, a vulnerabilidade da musculatura respiratória complicando o desmame ventilatório, o comprometimento da cicatrização das feridas, o aumento da predisposição para o aparecimento de úlceras por pressão, entre outros. Singer et al. (2019) salientam que perante indisponibilidade da via oral, o suporte nutricional deve ser introduzido preferencialmente por via entérica, sendo que a via parentérica apenas deve ser implementada quando todas as outras estão contraindicadas.

Como tal, preparei e geri a administração da nutrição entérica e parentérica. Além da administração e titulação da nutrição, preocupei-me em antecipar a ocorrência de eventos adversos, através da monitorização do resíduo gástrico (de seis em seis horas), substituição diária dos sistemas de alimentação, adequação da dieta e manutenção/ cuidados à sonda gástrica ou duodenal. Tive, ainda, oportunidade de gerir protocolos de nutrição parentérica num doente crítico submetido a uma duodenopancreatectomia cefálica, pelo que assegurei especial cuidado ao manipular os sistemas e a própria solução com rigorosa técnica asséptica.

O contacto próximo e frequente com o sofrimento do outro despertou-me, inúmeras vezes, sentimentos de finitude, fazendo-me perceber que a morte é uma ameaça que se mantém sempre presente para muitos dos doentes, embora nem sempre verbalizada. Estas alterações fisiológicas e emocionais dos doentes, contribuíram para que desenvolvesse uma postura interventiva adequada às necessidades demonstradas, sempre com a preocupação de humanizar os cuidados. Nesta perspetiva, Pinho (2020) afirma que, a relação trata-se da essência dos cuidados de enfermagem, pois só através de uma comunicação efetiva e da construção de uma relação de ajuda, se pode estabelecer o elo de ligação com o doente e a sua família/ pessoa significativa.

Na realidade do SMI, a pessoa em situação crítica frequentemente tem alterações do seu estado de consciência ou, ainda que conscientes, encontram-se impossibilitadas de comunicar de forma verbal, devido à presença do tubo endotraqueal ou traqueostomia, o que me levou a desenvolver outros métodos de comunicação alternativos, designadamente a compreensão pela importância do olhar, do toque, do silêncio, mímica facial e gestos. De igual modo, como enfermeira norteie sempre a minha conduta no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, crenças, individualidade, e quando me deparei com doentes inconscientes, impedidos de comunicar, em situações de emergência ou falência orgânica, a minha forma de agir era idêntica, tendo em vista sempre o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade.

De acordo com Filipe e Moreira (2021), a hospitalização por doença grave e, conseqüente internamento numa UCI, é particularmente difícil e desafiante para a família, pois estas deparam-se com uma situação frequentemente inesperada e imprevista, na qual a incerteza face ao prognóstico e a forte possibilidade do doente vir a falecer consiste numa realidade bem presente. Por conseguinte, a doença não acomete apenas o indivíduo que a vivencia, tendo repercussões na sua família, devido a alterações abruptas no seu quotidiano; à desorganização das suas relações, pela distância física do seu familiar; problemas

financeiros e o medo da perda do seu ente querido. Nestas circunstâncias, a família vivencia uma angústia marcada, tornando importante o apoio vinculado pela equipa de saúde (de-la-Cueva-Ariza et al., 2018).

No SMI existe uma particular atenção para com as famílias, estando preconizadas um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas para o acolhimento da família na UCI, para o seu acompanhamento e apoio. Devido à situação pandémica atual, estavam em vigor algumas restrições ao momento da visita, pela necessidade de proteção e segurança. Nestes momentos, procurei sempre abordar a família na porta de entrada da unidade, indo ao encontro das suas necessidades, o qual implementei estratégias facilitadoras de comunicação, bem como promovi a proximidade entre o doente e o seu familiar, pois a aparência incomum do doente, intubado e conectado a vários equipamentos, atua como barreira ao contacto com a família propiciando sentimentos negativos. Todavia, as visitas nem sempre foram autorizadas, principalmente na UCI-COVID 19 devido ao isolamento obrigatório. Estando ciente da importância da família na recuperação da pessoa, procurei estabelecer contacto via telefónica, além de que facilitei a utilização dos telemóveis pessoais a quem possuía condições para tal nas outras unidades do SMI.

De igual forma, procurei integrar a família no plano de cuidados, pois como Marra et al. (2017) recordam, a partilha com os familiares ajuda a conhecer a pessoa alvo dos cuidados, os seus valores, crenças e desejos. Estas intervenções, conforme Meleis (2011), quando centradas na educação da pessoa e da sua família sobre a doença, o tratamento e a prevenção de complicações ou a resolução de problemas, representam um contributo de grande importância para ajudar as famílias a vivenciarem a situação crítica de uma forma mais eficaz. Estas situações contribuirão para que fortalecesse a ideia de que o diálogo entre o enfermeiro e a família é primordial, tanto no esclarecimento de dúvidas, como na transmissão de alguma tranquilidade em momentos de grande fragilidade emocional.

Outro ponto importante, no qual o enfermeiro EEMC assume um papel de destaque é no acompanhamento da morte e na transmissão de más notícias. Nas situações de luto, a transmissão das más notícias à família consiste num processo complexo, que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino, pois ao vivenciar estas situações muitas vezes alheia à realidade do meu contexto de trabalho (Bloco Operatório), senti desconforto e dificuldade em prestar apoio à família. Contudo, face a esta minha vulnerabilidade, procurei treinar e aprimorar as minhas habilidades comunicacionais e relacionais, recorrendo à utilização de uma linguagem verbal e não-verbal adequada à

compreensão do doente/ família, por forma a aliviar a dor e a apoiar emocionalmente na morte e no luto.

A comunicação das más notícias provoca alterações negativas na expectativa da pessoa em relação ao seu presente e/ ou futuro, afetando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe (Jensen et al., 2020). Por esta razão, apesar de não existir uma forma fácil e estereotipada de a concretizar, a evidência científica revela a existência de princípios básicos de diplomacia que são essenciais para que as más notícias sejam transmitidas com a máxima empatia e sensibilidade possível. Ao participar neste processo compreendi a sua verdadeira complexidade, pelo que adotei uma postura de empatia e de compreensão, recorrendo ao protocolo de Buckman. Este protocolo é denominado por SPIKES, sendo constituído por seis etapas: S – *Setting*; P – *Perception*; I – *Invitation*; K – *Knowledge*, E – *Explore Emotions* e S – *Strategy and Summary* (Buckman, 1992). Esta estratégia ajudou-me nos momentos mais difíceis, uma vez que permitiu que transmitisse as más notícias de uma forma empática e individualizada à pessoa/ família. Nestes cuidados, considero que fortaleci a comunicação interpessoal, através da relação terapêutica com a família face à situação de elevada complexidade e estabeleci uma relação facilitadora no processo de luto.

Diante desta análise, considero que este campo de estágio e a vivência destas experiências me permitiram compreender uma parte integrante do percurso da pessoa em situação crítica, tendo sido relevante para uma prestação de cuidados holísticos e individualizados às necessidades de cada pessoa. Aperfeiçoei habilidades de comunicação interpessoal com a pessoa e sobretudo com a família, promovi o trabalho em equipa, desenvolvi a minha capacidade de adaptação a situações complexas, à gestão de protocolos e execução de cuidados técnicos de alta complexidade, além de que prestei cuidados de enfermagem diferenciados na gestão da dor e na maximização do bem-estar da pessoa em situação crítica, pelo que considero que este foi um campo de estágio particularmente rico em aprendizagem e de transformação profissional, enquanto futura enfermeira EEMC.

3.2. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa, maximizando a segurança congruente com a consciência cirúrgica

Pela minha experiência profissional no Bloco Operatório sempre demonstrei grande interesse pelo cuidado especializado ao doente cirúrgico. Encontrando-me num contexto de trabalho exigente, com elevado grau de diferenciação e complexidade, a resposta que se exige é, inevitavelmente, uma prestação de cuidados especializados. É desta intersecção de vontades e circunstâncias que culminaram os objetivos de prestar os melhores cuidados especializados e de persistir na procura permanente da excelência no exercício profissional, mais concretamente na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/ emergente, como forma de satisfazer as suas necessidades garantir o suporte das funções vitais, prevenir eventos adversos e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Neste sentido, é possível constatar a versatilidade da Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que apesar de subdividida em várias vertentes do cuidar, consegue-se verificar que todas elas se complementam. É nesta corrente de pensamento que se apura a transversalidade do enfermeiro EEMC, que cuida da pessoa e família sempre numa perspetiva holística e individualizada. Assim, sendo que uma pessoa em situação crítica também pode estar em situação perioperatória, pretendi com o Estágio III – Opção, desenvolver competências específicas do enfermeiro EEMC no cuidado especializado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/ emergente, com enfoque para a maximização da segurança e prevenção dos eventos adversos.

Segundo a Association of Operating Room Nurses (AORN), a enfermagem perioperatória engloba o conjunto de atividades de enfermagem realizadas durante o pré, o intra e o pós-operatório, sendo que o principal objetivo do enfermeiro EEMC consiste em garantir ao doente cirúrgico, cuidados de enfermagem diferenciados e de qualidade. Por estar mais familiarizada com o intraoperatório, encontrei no Estágio de Opção, uma oportunidade de poder explorar as intervenções de enfermagem na fase do pré e do pós-operatório, de modo a aumentar o meu campo de conhecimentos e a desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e em situação perioperatória.

Pela complexidade inerente ao período perioperatório e à condição crítica dos doentes internados numa UCI, caracterizam-se por serem contextos propícios ao erro e à

ocorrência de eventos adversos. Na circunstância de uma pessoa em situação crítica ter necessidade de ser submetida a cirurgia urgente/ emergente, a cadeia do erro pode ser despoletada por pequenas falhas que, em conjunto se traduzem em efeitos nefastos para o doente, para os profissionais e para a própria instituição de saúde (Maia, Araújo & Cardoso, 2016). Desta forma, a segurança trata-se de um dever de todos os profissionais de saúde, sendo que os enfermeiros assumem um papel primordial na prevenção destes eventos adversos. Neste sentido, procurei dirigir a minha prática clínica especializada nesta vertente, uma vez que o enfermeiro EEMC deve atuar como um modelo de referência na equipa multidisciplinar, na promoção de uma cultura de segurança (OE, 2018).

Neste Estágio de Opção, prestei cuidados a doentes cirúrgicos de variada índole. Alguns admitidos em regime de pós-operatório imediato de cirurgias *major* eletivas (por exemplo: esofagectomia total, duodenopancreatectomia cefálica, fixação da coluna cervical devido a trauma vertebro-medular, entre outras), como também de cirurgia urgente/ emergente (hemorragia subaracnoideia por rotura de aneurisma e quedas; cirurgias abdominais por peritonite e choque séptico, entre outras). De igual modo, também tive a possibilidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica que tiveram a necessidade de serem submetidas a cirurgia urgente/ emergente, devido a complicações pós-operatórias e ao agravamento do seu estado clínico.

Em todas estas situações considero ter desenvolvido as duas competências específicas do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação perioperatória – “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa” e “maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”, plasmadas no Regulamento nº 429/2018 da OE.

Sendo a cirurgia uma vivência geradora de *stress* e de sentimentos negativos como a ansiedade e o medo, perante as situações em que os doentes se encontravam conscientes e orientados, norteei a minha intervenção segundo o princípio da autonomia, no sentido de capacitar a pessoa para a gestão da experiência cirúrgica, identificando as suas necessidades, principalmente em termos de informação, esclarecimento de dúvidas, na garantia do cumprimento do consentimento informado, livre e esclarecido, através da avaliação do grau de compreensão da pessoa acerca do procedimento a ser realizado.

Não obstante, grande parte das situações de cirurgia urgente/ emergente, pela condição crítica inerente, os doentes encontravam-se maioritariamente inconscientes ou sedoanalgesiadados, pelo que atuei sempre de acordo com a consciência cirúrgica, agindo

sempre em benefício da pessoa, com a salvaguarda pelos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça. Mediante estas situações, averigui sempre a existência de alguma Diretiva Antecipada de Vontade no processo clínico do doente, sendo que perante a sua inexistência prevalecia o consentimento presumido, à luz dos princípios da bioética. De igual modo, nestas situações, procurei prestar apoio emocional à família/ pessoa significativa do doente crítico, com recurso a estratégias promotoras de esperança realista, com o diálogo adequado às necessidades e grau de compreensão, além de medidas que proporcionassem a expressão de sentimentos e de emoções, com vista ao alívio da ansiedade e do medo, sempre com uma atitude empática e de proximidade.

Do ponto de vista mais técnico, no decorrer da prática clínica, tive a oportunidade de promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, principalmente no pré e no pós-operatório imediato na UCI. Preparei alguns doentes propostos para cirurgia, maioritariamente em regime de urgência/ emergência. Realizei cuidados pré-operatórios, com base nos meus conhecimentos e nos protocolos consultados no SMI. Garanti sempre a verificação da lista de procedimentos necessários com vista a maximizar a segurança cirúrgica, pelo que nestas situações, preparei o material necessário para o transporte intra-hospitalar do doente crítico (ventilador, monitor, seringas, ...), verifiquei a permeabilidade da via aérea, da ventilação e respiração, executei a gestão de protocolos terapêuticos complexos afim de otimizar a sedoanalgesia e a estabilização hemodinâmica, procedi com a interrupção do suporte nutricional e com a fixação de dispositivos de monitorização (cateter arterial, PIC,...), por forma a evitar acidentes.

Constatei que no SMI, pela necessidade de vários cuidados simultâneos em pouco tempo, facilmente se instalava um ambiente quase caótico, entre os diversos profissionais envolvidos. Pela necessidade de intervenção imediata e com vista a transferir o doente para o BO o mais rapidamente possível, facilmente se desencadeava alguma desorganização e falhas de comunicação.

Perante estas constatações e com o intuito de fomentar a segurança e a adequabilidade/qualidade dos cuidados, como também de proporcionar momentos de reflexão sobre a segurança cirúrgica na prevenção dos eventos adversos, decidi realizar uma análise diagnóstica sobre a preparação pré-operatória da pessoa internada nos cuidados intensivos com necessidade de cirurgia urgente/emergente e sobre os principais eventos adversos que ocorreram no SMI. Assim, elaborei e distribuí pelos enfermeiros do SMI, um inquérito (Anexo A) validado por duas docentes da escola e o enfermeiro Chefe do SMI.

Através do inquérito foi possível identificar algumas necessidades de formação dos enfermeiros do SMI, nomeadamente na preparação pré-operatória de um doente crítico para cirurgia urgente/ emergente, assim como na comunicação da informação alusiva ao doente nos momentos de transferência da UCI ao BO.

Segundo Smith, Kiesel e Radford (2016), a preparação pré-operatória é fundamental para o sucesso de toda a intervenção, isto porque contribui para a minimização de eventos adversos, de complicações e da morbimortalidade cirúrgica. No entanto, os doentes que carecem de uma cirurgia urgente/ emergente têm um maior risco de desenvolver complicações no período perioperatório. Neste sentido, os autores sublinham que os cuidados pré-operatórios nas situações eletivas devem, igualmente, ser aplicados no contexto de urgência/ emergência, embora muitas vezes se encontrem limitados pela escassez de tempo. Assim, para uma maior segurança perioperatória, os autores defendem a importância de uma uniformização dos cuidados pré-operatórios em situação de urgência/ emergência, por forma a garantir a otimização dos doentes e a evitar esquecimentos e falhas, principalmente nos grupos mais vulneráveis, nomeadamente: idosos, doentes críticos instáveis, entre outros.

Conforme os autores supracitados, a cirurgia urgente/ emergente corresponde a uma situação não eletiva, em que as intervenções urgentes têm que ser realizadas num prazo de 12 a 24 horas, ao passo que as emergentes requerem atenção imediata, devido a situações que ameaçam a vida, um órgão ou um membro. Neste sentido, consoante o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2012), o doente instável requer intervenções céleres, precisas e organizadas, pelo que independentemente de ser uma situação de doença súbita ou de trauma, a base da abordagem destes doentes deve consistir na sequência ABCDE, possibilitando a identificação e priorização de lesões ameaçadoras de vida.

Posto isto, pela inexistência de fluxogramas de preparação pré-operatória nos doentes urgentes/ emergentes e perante a necessidade de um método de organização nestas situações, elaborei uma proposta de algoritmo de atuação dos enfermeiros (Anexo B) adaptada à realidade da UCI, com base na minha experiência profissional e à luz da evidência científica, principalmente no que concerne à abordagem ABCDE e aos princípios básicos de preparação pré-operatória.

Relativamente às dificuldades enunciadas sobre a comunicação, os momentos de transição dos cuidados são os mais suscetíveis da ocorrência das falhas de comunicação, sendo estes as passagens de turno e as transferências do doente para outro serviço/ unidade. A DGS (2017) preconiza a uniformização da comunicação entre os profissionais do serviço

com o recurso a *checklists* e a mnemónicas, por forma a estruturar o pensamento e o discurso. Neste sentido, e atendendo a que a comunicação assume grande importância na prevenção dos eventos adversos, elaborei e apresentei à equipa uma adaptação da mnemónica ISBAR, descrita na norma nº 001/2017, ajustada à necessidade de transferência de uma pessoa em situação crítica da UCI para o BO (Anexo C).

No que concerne às *checklists*, verifiquei que no processo clínico de todos os doentes com proposta cirúrgica, existe uma interface que permite responder à *checklist* pré-operatória, que por ser uma medida de baixo custo, proporciona uma avaliação pré-operatória rápida e segura da pessoa que irá ser submetida a cirurgia, minimizando a ocorrência de esquecimentos e de falhas na preparação cirúrgica. De igual forma, permite uma dupla verificação de segurança, já que uma *checklist* é preenchida no serviço emissor (UCI) e a segunda no BO. Todavia, verifiquei que nas situações de cirurgia urgente/emergente os enfermeiros não preenchiam a *checklist* pré-operatória, devido essencialmente à escassa disponibilidade para efetuar o registo. Face a esta problemática, tentei intervir na equipa e explicar a importância do registo para a segurança e continuidade dos cuidados, enumerando algumas estratégias, como a realização do registo da *checklist* após a transferência do doente para o BO, por forma a deixar por escrito as intervenções pré-operatórias executadas.

Finalizei o meu Estágio de Opção, com a apresentação de uma formação aos enfermeiros do SMI intitulada “Promoção da Segurança e Prevenção de Eventos Adversos na Pessoa em Situação Crítica submetida a Cirurgia”, onde foi possível expor os resultados do inquérito, bem como partilhar conhecimentos e divulgar as estratégias que desenvolvi durante a prática clínica. Deste modo, confirmei que a formação foi deveras significativa, já que me incentivou e estimulou a pesquisar mais sobre a temática da segurança da pessoa em situação crítica, bem como de partilhar os meus conhecimentos e de trocar vivências com a equipa de enfermagem do SMI, através da reflexão acerca da importância dos cuidados de enfermagem na maximização da segurança e na prevenção dos eventos adversos.

Em suma, a abordagem da pessoa em situação crítica, no contexto da enfermagem perioperatória, estimulou a minha prestação de cuidados especializados, através de uma visão mais abrangente das necessidades e dos focos de atenção, manifestados pelas pessoas e pelas suas famílias.

3.3. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Os cuidados à pessoa em situação crítica, conforme o Regulamento nº 429/2018, podem “derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (p. 19362), pelo que o enfermeiro EEMC trata-se de um profissional dotado de competência para dinamizar a resposta perante estas situações, de forma pronta e sistematizada.

Uma emergência pode ser definida pelo Regulamento nº 429/2018 como uma agressão sofrida por um indivíduo, que provoca a perda de saúde de uma forma abrupta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. As situações de exceção, por sua vez, tratam-se de acontecimentos caracterizados por um “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis” (p. 19362), ao passo que a catástrofe se encontra definida na Lei nº 80/2015 como “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5316).

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na vertente da Pessoa em Situação Crítica (2017), a OE promulga as definições anteriores, descrevendo a emergência multivítimas como um cenário que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o funcionamento dos serviços de socorro e a prática dos cuidados de saúde. Assim, perante tais situações, é exigido um conjunto de procedimentos médicos de emergência, com o intuito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

Desta forma, com o intuito de enfrentar a pluralidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da RAM, foi criado o Plano Regional de Emergência da Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM), o qual pretende responder à “(...) generalidade das situações de emergência que podem resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas, nomeadamente através de riscos naturais, tecnológicos e mistos.” (p.11).

Conforme Lennquist (2012), perante uma catástrofe, a finalidade do sistema de saúde consiste em evitar e reduzir a perda de vidas, assim como de minimizar o sofrimento físico e psicológico subsequente. Como tal, a consecução deste objetivo depende da rápida realocação de recursos em função da sua necessidade, bem como na rápida mobilização de esforços adicionais (humanos e materiais), além de garantir uma gestão eficaz dos recursos existentes, através de prioridades bem estabelecidas e da utilização de meios simples de diagnóstico e de tratamento. Neste sentido, o autor acrescenta valor à elaboração de planos para gerir estas situações de forma adequada, sendo o treino adicional e a simulação, ferramentas essenciais para o desenvolvimento de competências nesta área.

Conforme a Lei nº 156/2015, relativo aos Estatutos da OE, o enfermeiro tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p. 8079). Neste sentido, segundo o Regulamento nº 429/2918, o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrando nas suas competências específicas, a dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, mediante um cenário desta natureza deve atuar “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363).

Durante o meu percurso profissional, fui confrontada com algumas situações desta índole. Recordo os incêndios que rodearam a ilha da Madeira no ano 2016, a queda de uma árvore no arraial da Nossa Senhora do Monte em 2017, o acidente do autocarro no Caniço em 2018, uma derrocada na Levada do Caldeirão Verde em 2019, a pandemia COVID-19 em vigor desde 2020, entre outras situações que ocorreram previamente, como o aluvião no dia 20 de fevereiro de 2010. Vivenciá-las enquanto enfermeira do BO, motivou-me a desenvolver conhecimentos teórico-práticos no sentido de providenciar cuidados de excelência e garantir uma maior segurança ao doente. Perante este facto e com o intuito de basear a minha prática clínica especializada na evidência científica, frequentei algumas formações que contribuíram para o desenvolvimento de competências nesta área, a salientar o ATCN® e o MRMI®.

Durante a minha passagem pelos diferentes campos de estágio, não se verificaram cenários multivítimas ou de catástrofe. Contudo, pela importância desta temática, procurei conhecer os planos de catástrofe e emergência adaptados a cada serviço, sendo que através da sua consulta, constatei que integram um conjunto de normas e regras de procedimento,

designadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorra na RAM. Por conseguinte, percebi que este plano tem a finalidade de estabelecer os princípios gerais de organização que permitam uma resposta eficaz e atempada perante um grande fluxo de vítimas, por forma a minimizar a morbilidade e mortalidade, bem como possibilitar uma rápida e adequada realocação dos recursos disponíveis (SESARAM, 2008).

Ao analisar estes planos, refleti com os enfermeiros tutores sobre os sistemas de triagem, sendo que o GPT (2021) explica que deve ser realizada em dois momentos distintos, uma triagem primária no local do sinistro/ catástrofe e uma triagem secundária no momento da admissão no SU. Deste modo, destaco o contributo da Unidade Curricular – Enfermagem em Urgência e Emergência do MEMC na aquisição de conhecimentos sobre as formas de triagem em situações de catástrofe, principalmente a metodologia START, designada como uma triagem primária das vítimas, fundamental para agilizar o seu encaminhamento e evacuação. No que concerne ao momento de admissão das vítimas no SU, onde é realizada a triagem secundária, constatei a existência de Kits numerados de 1 a 50 (urgência de adultos) e de 51 a 100 (urgência pediátrica), armazenados num armário na sala de emergência, com o objetivo de simplificar os processos de identificação e triagem das vítimas, ganhando tempo na prestação de cuidados.

Considerando que as situações de catástrofe não ocorrem com frequência, a aquisição de competências nesta área constitui um enorme desafio. Godinho (2020) revela que a crescente importância que as sociedades modernas têm vindo a transpor ao domínio da segurança, associa-se ao conceito de resiliência, ou seja, a capacidade de cada pessoa resistir e reagir face a situações de crise. Por esta razão, quanto maior for a preparação do indivíduo para situações de risco, maior será a sua capacidade de ultrapassar os desafios e adversidades inerentes. A simulação e o treino emergem, assim, como aliados dessa necessidade de preparação, contribuindo para a aquisição de competências num ambiente controlado e isento de riscos. De acordo com Shrestha et al. (2021), o treino simulado tem sido reconhecido como um complemento aos métodos tradicionais de ensino, uma vez que otimizam a resposta dos meios de socorro aos desastres, através da melhoria da comunicação e coordenação nas equipas multidisciplinares.

O curso MRMI®, em particular, foi fundamental para o meu percurso profissional, tendo sido um instrumento imprescindível na compreensão e gestão de toda a cadeia de resposta às situações de exceção. Esta formação assenta num modelo de simulação que estimula um treino interativo perante cenários de catástrofe, o que me permitiu assimilar e

articular elementos-chave da concepção dos planos institucionais e da liderança na resposta a situações de catástrofe e multivítimas, principalmente na gestão das equipas e dos recursos materiais, constituindo uma verdadeira ferramenta para o treino desta competência.

No que se refere a gestão de cuidados em situações de emergência e/ ou catástrofe, os enfermeiros também assumem papéis de liderança, responsabilidade da gestão e coordenação de cuidados de saúde (WHO & ICN, 2009). Assim, considero que o enfermeiro EEMC é o profissional mais competente para atuar nestas circunstâncias, pois assume não só um papel preponderante no cuidado à pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe, como também na gestão dos cuidados e na liderança das equipas, garantindo que cada elemento contribua com eficiência e competência na abordagem das vítimas, com decisões rápidas e seguras, que englobam uma sequência de procedimentos invasivos e complexos baseados nas mais recentes orientações científicas. A este profissional altamente qualificado é, ainda, exigido uma articulação entre os diferentes profissionais de saúde, sempre num trabalho em equipa multidisciplinar, horizontal de colaboração, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade e excelência.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, nesta competência do enfermeiro EEMC, também inclui o cuidado à pessoa em situação crítica vítima da prática de crime, principalmente no que concerne à preservação de vestígios que podem constituir provas válidas em tribunal.

Enquanto enfermeira no BO já vivenciei a experiência de prestar cuidados a doentes críticos vítimas de crime, por esfaqueamentos, feridas por armas de fogo, agressão com materiais perfurantes (chave de fendas), entre outros. Muitas vezes o foco de atenção cingia-se à prestação de cuidados de emergência, técnicas de reanimação e de suporte avançado de vida, descurando a preservação de vestígios que indiciam a prática de crime, que só depois nos lembrávamos quando confrontados pelas entidades forenses (Polícia Judiciária). Segundo Gomes (2021), apesar da prioridade absoluta ser a prestação de cuidados de emergência, o enfermeiro detém um papel fundamental não só na preservação de vestígios como também no diagnóstico precoce de indícios de prática de crime na vítima, através do reconhecimento de irregularidades na história clínica que podem ser sugestivos de maus-tratos e de violência interpessoal. Relativamente a este tema, tive a oportunidade de assistir a uma conferência sobre Enfermagem Forense, ministrada pelo Enfermeiro Albino Gomes, que se revelou de grande utilidade para a minha prática clínica, pois como futura enfermeira EEMC tenho como missão prestar cuidados holísticos, por forma a proteger e maximizar o

respeito pelos direitos e pela segurança dos doentes, além de atuar como elo de formação dos meus pares sobre esta temática.

Finalizando, acredito que este percurso possibilitou-me ganhar bases, perante a complexidade destes cenários, para cuidar, planear a resposta, gerir e assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, embora ciente da importância da formação contínua nesta área.

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

O Regulamento nº 140/2019 caracteriza o enfermeiro especialista como detentor de um vasto corpo de conhecimentos que, quando mobilizados no contexto da sua *praxis* clínica, não só lhe permite avaliar as necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados, como também atuar em todos os níveis de prevenção.

Assim, no cuidado à pessoa em situação crítica, a prevenção e o controlo da infeção constitui uma das competências específicas do enfermeiro EEMC. De igual forma, a OE (2017) no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, fortalece a dimensão desta competência quando declara que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (p. 7).

De acordo com a nomenclatura CIPE (2019), a infeção consiste num foco de atenção do enfermeiro, sendo definida como um “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo”.

Nos múltiplos contextos de atuação da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela necessidade de cuidados diferenciados, com recurso a medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, cruciais para o suporte das funções vitais, o risco de infeção é uma constante. Neste sentido, a prestação de cuidados de saúde é considerada uma das principais fontes de transmissão cruzada de microrganismos patogénicos, emergindo o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

De acordo com a DGS (2010), as IACS são definidas como uma “condição sistémica ou localizada de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das

suas toxinas, adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p. 7). Em 2016, a WHO promulga esta definição acrescentando que se trata de uma infecção que não estava presente ou em incubação no momento da admissão hospitalar e que, geralmente se manifesta após as primeiras 48 horas de internamento e em alguns casos, depois da alta hospitalar (por exemplo, infecção do local cirúrgico).

No panorama atual, todos os anos, centenas de milhões de pessoas, em todo o mundo, são afetadas por infecções associadas aos cuidados de saúde (Zingg et al., 2019), relacionadas com cuidados de má qualidade, potenciando um agravamento da condição de base, aumento da morbilidade e mortalidade, internamento hospitalar prolongado e perdas financeiras significativas nos sistemas de saúde (Allegranzi et al., 2019). Já em Portugal, segundo o Relatório Anual do Programa Prioritário – Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2018), foi contabilizada uma incidência de IACS, de cerca 7,8% em meio hospitalar e 4% nas unidades de cuidados integrados. O aumento da incidência destas infecções encontra-se associado a vários fatores, nomeadamente: o recurso crescente a tecnologias mais avançadas e invasivas, a utilização mais assídua de fármacos imunossupressores e o aumento da esperança média de vida, refletindo o grande impacto das IACS na população.

Não obstante, consoante Zingg et al. (2019), as infecções provocadas por microrganismos multirresistentes a vários fármacos têm sofrido um aumento em todo o mundo, tornando-se crítico a prevenção da disseminação e controlo das IACS. Por conseguinte, a quantidade de antibióticos disponíveis para tratar as infecções multirresistentes são insuficientes, não se prevendo o desenvolvimento de novos antibióticos num futuro próximo. Como consta nos dados de vigilância epidemiológica da European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2022), Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, encontrando-se entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos.

Por forma a dar resposta a estas duas problemáticas, várias organizações combinaram esforços e elaboraram planos de prevenção e controlo das infecções, com vista a minorarem as consequências das IACS e das infecções multirresistentes. Assim, emerge em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), cujos objetivos se centram na redução da taxa de IACS, na minimização de

microrganismos resistentes aos antimicrobianos e na garantia de um sistema de vigilância contínua na prescrição e consumo de antibióticos, conforme consta no Despacho nº 2902/2013 e no Despacho nº 6401/2016.

Contribuindo para a consecução dos objetivos emanados pela PPCIRA, surgiu também o desafio intitulado por “Gulbenkian, STOP Infecção Hospitalar” contemplado no Despacho nº 2757/2017 e adotado pelo SESARAM, que consiste na implementação de um sistema de aprendizagem colaborativa, no sentido de reduzir as IACS, através da prestação de cuidados adequados, oportunos, baseados na evidência, de forma confiável e segura.

A pessoa em situação crítica, pela complexidade inerente e pela necessidade de cuidados diferenciados, como as múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, exigem ao enfermeiro especialista um papel proativo na prevenção, controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos (OE, 2018), pelo que o conhecimento das normas emanadas pela PPCIRA e pelo desafio STOP Infecção Hospitalar, é fundamental para nortear a sua prática profissional. Neste sentido, é responsabilidade de todos os profissionais de saúde a implementação de uma cultura de segurança, com o intuito de prevenir e controlar as IACS, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a maximização da segurança do cliente.

Deste modo, enquanto enfermeira EEMC, compreendo as responsabilidades acrescidas para questionar, avaliar e investigar sobre a contínua atualização na área da prevenção e controlo da infeção. Ao longo dos estágios norteiei a minha prática conforme as orientações da PPCIRA e do programa STOP Infecção Hospitalar, nomeadamente no cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção e das *bundles* ou feixes de intervenção referentes à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter venoso central, da infeção do local cirúrgico e da pneumonia associada à intubação.

Segundo a norma nº 029/2012 da DGS, as PBCI:

Destinam-se a prevenir a infeção cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”.

Importa referir que “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção”

(DGS, 2012, p. 3). Deste modo, a implementação das PBCI aquando a prestação dos cuidados, deve ser estabelecida consoante o nível de interação entre o prestador de cuidados e o doente, assim como pelo grau de exposição aos fluidos orgânicos.

As PBCI incluem a alocação de pessoas, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, assim como a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho, pelas quais norteiei a minha prática clínica. Contudo, Rocha (2015) acrescenta que, as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos, estando em situações particulares, indicadas medidas adicionais, baseadas essencialmente nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas). Além disso, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica impõe cada vez mais o recurso à tecnologia e a manobras mais invasivas, o que por um lado contribui para o aumento da sobrevivência dos doentes, mas por outro aumenta a sua vulnerabilidade a múltiplos microrganismos, presentes nos locais onde decorrem os cuidados (Estrada e Miranda, 2015).

Todas as entidades coadunam com o pressuposto de que a higienização das mãos continua a ser uma das medidas mais eficaz, mais simples e económica para a prevenção das IACS. Nos ensinamentos clínicos, constatei que eram realizadas várias auditorias acerca da higienização das mãos, isto porque conforme a DGS (2016), as mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão dos microrganismos, que podem despoletar infeções cruzadas. Como tal, procurei cumprir e respeitar criteriosamente os momentos críticos para a higienização das mãos, assim como alertei continuamente aos familiares/pessoas significativas sobre a importância desse cuidado, instruindo-os sobre o procedimento e os momentos para a sua concretização.

No SU, orientei a prestação de cuidados pela prevenção e controlo das IACS, pretendendo ser um exemplo na implementação de medidas de controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica, conforme preconizado pelas normas, com o risco associado ao cuidado e à vulnerabilidade do doente. No entanto, encontrei alguns desafios, como a acomodação de macas na sala aberta do SU que, pelo espaço reduzido, não garantia a manutenção de um distanciamento de segurança entre os doentes, favorecendo o risco de transmissão cruzada, apesar da existência de algumas cortinas que se revelaram claramente insuficientes. Face a este obstáculo, além de gerir os espaços, procurei implementar medidas de maximização da segurança, através de uma adequada higienização

das mãos, utilização de EPI adequados e aplicação de medidas de controlo ambiental (doentes com máscara cirúrgica, ensino sobre etiqueta respiratória, entre outros).

Relativamente aos espaços destinados ao internamento de pessoas que necessitam de isolamento, constatei que existe apenas um local destinado para esse efeito, tanto no SU como no SMI. Mediante estes doentes, tive a possibilidade de aplicar medidas de isolamento protetor e de contenção, com o estabelecimento de circuitos, uso de luvas e máscara, concebendo assim um plano de prevenção e controlo da infeção, em resposta às necessidades da pessoa alvo dos meus cuidados. No entanto, quando as necessidades ultrapassavam os recursos, eram seguidas as recomendações da DGS (2018), precisamente no que concerne à alocação de pessoas com um processo infeccioso instalado, com elevada suscetibilidade, distanciado de locais de passagem, com separação física através de um biombo ou cortina.

No que concerne aos EPI, verifiquei que nas situações de ativação da sala de emergência por patologia do foro respiratório, os enfermeiros prontificavam-se a utilizar EPI adequados, nomeadamente: touca, viseira/ óculos, máscara FFP2, luvas, bata e protetores de calçado, conforme a norma nº 007/2020 da DGS. Percebi que o recurso a estas medidas de proteção individual não eram motivo de atraso na abordagem ao doente, mas sim uma mais-valia quer na segurança do doente, quer na do próprio profissional de saúde. Dadas as novas circunstâncias referentes à pandemia COVID-19, procurei momentos de reflexão com o enfermeiro tutor e restante equipa, não só sobre as formas de proteção individual, mas também sobre as normas emanadas pela PPCIRA, reforçando que estas medidas não só evitam as IACS, como também são reflexo da qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao SMI, verifiquei que os EPI se encontravam disponíveis a todos os profissionais de saúde, estando acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação. Cada enfermeiro era responsável pela seleção do EPI mais adequado, tendo em conta o nível de contacto com o doente, sempre com a finalidade de evitar a transmissão cruzada da infeção. Comprovei que era “regra” a utilização de avental/bata e de luvas, aquando a prestação de cuidados ao doente crítico, cujo objetivo era minimizar a contaminação da farda, vestuário e da pele o enfermeiro, impedido a contaminação dos outros doentes.

Algo que também tive oportunidade de vivenciar com a minha experiência do cuidado aos doentes críticos com COVID-19, foi a utilização de um EPI específico – fato completo, dois pares de luvas, touca, cógula, óculos/ viseira e botas/ protetores de calçado, assim como a existência de circuitos limpo-sujo bem definidos e estabelecidos. Além de ter

a preocupação constante de estar protegida conta o vírus, também me preocupei em proteger os doentes das infeções cruzadas, com a mudança de luvas e utilização de avental.

De acordo com Paiva (2015), os procedimentos invasivos como a intubação traqueal, a utilização de dispositivos vasculares como o CVC e o cateter arterial, consistem em riscos potenciais para o doente. Desta forma, surgiram os feixes de intervenção que, consoante o autor se tratam de um “conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente”.

Atendendo à problemática das IACS, norteiei a minha prática com base nos feixes de intervenção relacionados com a prevenção da infeção associada ao cateter vesical, ao CVC, ao local cirúrgico e com a pneumonia associada à intubação.

A cateterização do trato urinário consiste numa das práticas mais recorrentes no SU, precisamente na sala de emergência, no SO e UCEU. No decorrer do estágio, assegurei que os cuidados de assepsia fossem cumpridos, conforme a norma nº 019/2015 emanada pela DGS, dentro das limitações impostas pelo ambiente do SU.

No que concerne aos cuidados na abordagem do CVC, verifiquei que a administração de terapêutica era raramente precedida de desinfeção prévia das conexões com cloroheixidina a 2%, assim como não eram utilizadas as medidas de proteção individual exigidas, além de que as “portas de acesso” do CVC não se encontravam envoltas de um campo estéril, como é prática recorrente no SMI e no BO. Ao longo do estágio, fui implementando estas medidas nos doentes que me eram atribuídos, alertando a equipa sobre o seu correto manuseamento, além da aplicação de um campo estéril a todos os doentes com acesso central, bem como a realização de penso de forma asséptica e de acordo com o estipulado com a PPCIRA, o qual considero ter estimulado a formação dos meus pares na maximização da segurança e na prevenção dos eventos adversos.

Por tudo isto, as práticas clínicas proporcionaram-me diversas oportunidades de consolidar conhecimentos e implementar medidas de prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Através desta exposição, reconheço a infeção como um dos focos de atenção da minha prática, tendo assim maximizado a intervenção na sua prevenção e controlo, perante a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada em tempo útil.

4. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ao longo deste relatório, descrevi o meu percurso de obtenção e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, tendo culminado agora na fase em que irei demonstrar a aquisição das competências para a obtenção do grau de Mestre. Estas competências encontram-se referenciadas no Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Etimologicamente, o termo Mestre provém do latim *magíster, tri*, definido como aquele que manda, dirige, ordena, guia, conduz, diretor, inspetor, administrador, o que ensina (Prado, 2007). Por sua vez, o Dicionário da Língua Portuguesa refere-se à palavra Mestre como uma “pessoa que ensina ou orienta (...) pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional (...) grau académico concedido em quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado”.

O Decreto-Lei nº 65/2018, no capítulo III, faz referência ao grau de Mestre, explanando que este grau é obtido por meio da aprovação das unidades curriculares do curso do 2º ciclo de estudos, concedido ao aluno a frequentar uma especialidade, que evidencie possuir um corpo de conhecimentos e capacidade de compreensão, aplicando-os na resolução de problemas novos e em contextos alargados. Alude ainda que o Mestre deve integrar conhecimentos, lidar com situações e contextos complexos, encontrando soluções, comunicando as suas conclusões e o raciocínio a elas intrínseco, aperfeiçoando competências que contribuam para uma aprendizagem permanente ao longo da vida.

Este nível de estudo representa um aprofundamento de conhecimentos de forma mais especializada e direcionada, sendo exigido a um mestre, competências científicas mais avançadas e complexas, incitando a formação de um perfil pessoal e profissional amadurecido, com um espectro de competências que vão mais longe do que o apenas saber-fazer. Inerente ao grau de Mestre acresce-se não só o saber-ser e o saber-estar, como também o ser exemplo na área da investigação, como participante e como consumidor, por forma a compreender e resolver dilemas que surjam, estando ciente das suas consequências e das responsabilidades éticas e sociais que possam advir, através da edificação de um corpo de novos conhecimentos baseados na evidência.

No decurso dos estágios, tive a oportunidade de desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, através das várias experiências que vivenciei e que me permitiram aprofundar conhecimentos técnico-científicos, nomeadamente no incremento de medidas na prevenção e controlo da infeção, na gestão de protocolos terapêuticos complexos, no estabelecimento de focos prioritários de atuação, na adaptação a novas tecnologias e técnicas, na preparação cirúrgica do doente crítico, nos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato, na prevenção de eventos adversos, na construção de uma relação terapêutica com o cliente e sua família, entre outros, em que a mobilização de um vasto corpo de saberes, orientada pelos princípios éticos e pelo Código Deontológico do Enfermeiro foi uma exigência constante, por forma a tomar decisões mais assertivas e adequadas às necessidades dos clientes.

A Licenciatura em Enfermagem, as unidades curriculares do curso de MEMC, as várias formações efetuadas dentro da temática da pessoa em situação crítica, da catástrofe, do trauma, além do meu exercício profissional enquanto enfermeira de anestesia no BO que promove continuamente o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitiram-me aprofundar determinados conceitos, explorar novos domínios e áreas de interesse, construindo, assim, um quadro concetual no contexto da pessoa em situação crítica. Como tal, considero que através da descrição das minhas experiências e competências desenvolvidas, consegui demonstrar de forma clara e objetiva os conhecimentos adquiridos e aprimorados.

A realização do Curso de Mestrado permitiu também a compreensão e a aplicação efetiva deste conhecimento científico à realidade da prática clínica de enfermagem especializada, através dos estágios efetuados. Na verdade, a implementação do conhecimento teórico nas minhas vivências ocorridas nos contextos práticos do Serviço de Urgência e do Serviço de Medicina Intensiva, promoveu o meu entendimento sobre a pessoa em situação crítica numa perspetiva mais holística e profunda, identificando e refletindo sobre as múltiplas variáveis implícitas na sua abordagem. Não obstante, a aquisição deste conhecimento foi pautada pela procura de evidência científica fidedigna e atual, por forma a sustentar a tomada de decisão e a realização de juízos profissionais. Este facto assume particular importância no cuidado à pessoa em situação crítica, que pela sua complexidade requer respostas rápidas e seguras, sendo o conhecimento um instrumento imprescindível.

Naturalmente, a tomada de decisão assenta numa dimensão ética e deontológica, pelo que o respeito pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência e da não-

maleficência, aliado ao reconhecimento da dignidade da vida humana, encontram-se na base de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e de excelência.

Assim, considero que este percurso de aprendizagem aperfeiçoou a minha capacidade de questionar e avaliar os meus julgamentos e as minhas decisões, incluindo tanto a reflexão, como os aspetos éticos e deontológicos na minha prática clínica diária. No entanto, as competências desenvolvidas no meu percurso profissional e formativo, fomentou o meu autoconhecimento e a assertividade, facilitando a utilização do Processo de Enfermagem nas tomadas de decisão, favorecendo a gestão de situações complexas de forma proativa e eficiente, nos vários contextos clínicos.

A realização do Curso de Mestrado contribuiu para um desenvolvimento ímpar do domínio das aprendizagens profissionais, principalmente na consolidação de conhecimentos sólidos e fundamentados, pelo que me sinto capaz de partilhar com os meus pares, com a comunidade académica e a sociedade em geral, sobre a vertente do cuidado especializado à pessoa em situação crítica, nomeadamente acerca dos problemas, soluções e conclusões. Exemplo disso consistiu na oportunidade que me foi conferida de poder transmitir os meus conhecimentos e experiências acerca dos cuidados de enfermagem perioperatórios aos estudantes de enfermagem do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Cabo Verde, durante dois anos consecutivos.

As competências que reuni e desenvolvi neste percurso formativo desencadearão um desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da minha vida profissional e pessoal. Por conseguinte, tenho como objetivo aprofundar e aperfeiçoar o Algoritmo de atuação dos enfermeiros perante uma pessoa em situação crítica, com necessidade de cirurgia urgente/ emergente, que idealizei no Estágio III – Opção, como futuramente planeio ingressar no Doutoramento visando esta temática da segurança dos cuidados. A inexistência de algoritmos e/ ou de protocolos de atuação perante estas situações emergentes, motiva-me a querer investir mais nesta área, contribuindo para cuidados mais seguros e de qualidade.

O percurso narrado ao longo deste relatório demonstra a capacidade de aprender, com a construção de conhecimentos específicos e sólidos que se coadunam com o grau de Mestre em Enfermagem, evidenciando o aprimorar dos saberes subjacentes ao desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro EMC no cuidado à pessoa em situação crítica refletidas no domínio das várias competências de uma intervenção profissional avançada.

CONCLUSÃO

O trajeto realizado ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fomentou uma transformação profissional e pessoal, que se evidencia por uma maior sensibilidade acerca das múltiplas dimensões que envolvem o enfermeiro especialista no processo de cuidado da pessoa em situação crítica e em situação perioperatória. Como tal, este relatório demonstra o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação crítica e perioperatória, assim como das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A realização dos três estágios proporcionou-me um amplo espectro de aprendizagem, de partilha de conhecimento e experiências, que fomentaram o desenvolvimento das competências especializadas, na área do cuidado da pessoa em situação crítica e perioperatória, na resposta a situações de exceção, emergência e/ou catástrofe, bem como na prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. Singelamente, permitiu a consolidação do papel do enfermeiro especialista, e das responsabilidades acrescidas, que possui não só na equipa de enfermagem, como também ao nível da equipa multidisciplinar.

Neste processo de aprendizagem, a reflexão crítica foi transversal a todas as áreas, e imprescindível na consciencialização das dificuldades, superação de obstáculos, assim como na implementação de novas estratégias, com contributos permanentes para o crescimento pessoal e profissional. De igual modo, este percurso através do vínculo estabelecido entre a minha identidade profissional e as experiências de aprendizagem, contribuiu para a construção de um perfil individualizado de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por conseguinte, enfatizou-se o percurso da pessoa em situação crítica, a vivenciar um procedimento cirúrgico, considerando o Serviço de Urgência e o Serviço de Medicina Intensiva, como serviços onde se prestam cuidados pré e pós-operatórios. Neste sentido, a abordagem da pessoa em situação crítica, no contexto da Enfermagem Perioperatória, incentivou o desenvolvimento de competências no cuidado especializado, através de uma visão mais abrangente das necessidades manifestadas e dos focos de atenção, nomeadamente na maximização da segurança e na prevenção dos eventos adversos.

Naturalmente, estas práticas clínicas exigiram uma atualização constante e um aprofundamento do conhecimento científico, que sustentou o meu raciocínio crítico na tomada de decisão, no planeamento dos meus cuidados e na resolução de problemas. Sendo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, um dos pilares estruturantes da minha prática, na ótica da melhoria contínua dos cuidados, assegurei sempre uma prática baseada na evidência, competente e em tempo útil, ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, precisamente na abordagem inicial do doente crítico, na avaliação, no planeamento e intervenção, alicerçado no Processo de Enfermagem, contribuindo para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Os objetivos delineados nos diferentes campos de estágio foram direcionados para uma prestação de cuidados altamente diferenciados, de forma a responder aos problemas identificados, antecipando focos de instabilidade, efetuando a administração de protocolos terapêuticos complexos e a gestão diferenciada da dor e promoção do bem-estar, assistindo a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, através de uma comunicação adequada e do estabelecimento da relação terapêutica.

O meu percurso académico caracterizou-se pela superação de obstáculos, dentro dos quais sublinho a gestão de tempo, além das dificuldades em conciliar a vida pessoal e profissional, com a vida académica. No entanto, demonstrei ao longo deste percurso, competências conducentes com o 2º ciclo de estudos – Mestrado, através da aplicação dos conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática, com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão consciente e fundamentada, comunicando de forma clara, objetiva e coerente.

Apesar de complexa, termino esta jornada de capacitação pessoal e profissional com o sentimento de dever cumprido, na certeza de que o esforço e a determinação que depositei neste processo de aprendizagem, me permitiram alcançar com sucesso os objetivos inicialmente propostos e a aquisição de competências especializadas congruentes com o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Rodrigues, M. & Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 63 – 68. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1301>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005), Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373 – 382. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njk/abstract/?lang=pt>
- Allegranzi, B., Donaldson, L. J., Kilpatrick, C., Syed, S., Twyman, A., & Kelley. (2019). Infection prevention: Laying an essential foundation for quality universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 7(6), 698-700. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30174-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30174-3)
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais*, (75), 57-60. <http://hdl.handle.net/10400.26/22043>
- Alves, J., Ribeiro, C. & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: Estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, 17-18. 51 – 71. <https://orcid.org/0000-0002-1000-6890>

- Aragão, I., Gomes, A., Proença, L., & Carvalho, C. (2014). The emergency room at the center of the emergency chain inside the hospital. *Intensive Care Medicine*, 40(1). https://www.researchgate.net/publication/275031177_THE_EMERGENCY_ROOM_AT_THE_CENTER_OF_THE_EMERGENCY_CHAIN_INSIDE_THE_HOSPITAL
- Azinhaga, A. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência: Perceção dos enfermeiros e dos médicos num serviço de urgência médico-cirúrgico* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bento, F. (2015). *Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transição perioperatória: Percorso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* (Tese para a obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Brenkke, I., Puntervoll, L. H., Pedersen, P. B., Kellett, J., & Brabrand, M. (2019). The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. *Journal PLOS One*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210875>
- Buckman, R. (1992). *How to break badnews: A guide for health care professions*. John Hapkins Press.
- Burns, S. (2016). *Essentials of critical care nursing* (3rd ed.). McGraw Hill Education.
- Calvacante, M. (2017). Utilização do protocolo de cirurgia segura em paciente politraumatizado atendido na sala de emergência. *Revista Científica de*

Enfermagem, 7(19). 62-74. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.62-74>

Cambotas, C. (2014). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória* (Relatório para a obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>

Camelo, S., & Angerami, E. (2013). Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>

Campos, A., & Oliveira, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115, 13-45. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>.

Carvalho, A., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 55-64. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>

Carvalho, M. (2016). *O sistema de triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=32656&code=444>

Castellan, C., Sluga, S., Spina, E., & Sanson, G. (2016). Nursing diagnosis, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1273-1286. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12913>

Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados de especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

College of Emergency Nursing Australasia. (2009). *Position statement: Triage nursing*.
<https://www.cena.org.au/public/118/files/Position%20Statements/CENA-Position-Statement-Triage-Nurse.pdf>

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012).
Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU.
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>

Conceição, M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar).
https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=170933

Conley, P. (2019). Certified and advanced degree critical care nurses improve patient outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(2). 108-112.
<http://dx.doi.org/10.1019/DCC.0000000000000342>

Correia, M. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Universidade de Lisboa).
<http://hdl.handle.net/10451/7992>

Costa, A. P. (2013). Liderança: A arte de fazer seguidores. In P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coords.). *Gestão em organizações de saúde* (pp. 63-72). UICISA-E e ESEnfC.

Cruz, L. & Alper, J. (2018). *Implementing quality measures for accountability in community-based care for people with serious illness: Proceedings of workshop*. The National Academies of Sciences, Engineering and Medicines.

Decreto-Lei n.º 48/95. **Diário da República** I série. 63 (15-03-1995) 1350-1416. [Consult. 1 nov. 2021]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf>>

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**, 1ª série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 1 out. 2021]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>>

- de-la-Cueva-Ariza, L., Delgado-Hito, P., Martínez-Estalella, G., Via-Clavero, G., Lluch-Canut, T., Romero-García, M. (2018). Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: A participatory action research. *BMC Health Services Research*, 18(357). 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3177-8>
- Deodato, S. (2015). Prefácio I. In *Ordem dos Enfermeiros: Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 8-10). Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11-08-2014) 20673-20678. [Consult. 2 set. 2021]. (Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/55606457>>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11-08-2014) 20673-20678. [Consult. 2 set. 2021]. (Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/55606457>>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República**, 2ª série. 28 (10-02-2015) 3883-(2)-3882 – (10). [Consult. 21 set. 2021]. Disponível em WWW: <http://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 14223/2009. **Diário da República** 2ª Série. 120 (24-06-2009) 24667-24669. [Consult. 13 set. 2021]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/3594950>>
- Despacho n.º 2757/2017. **Diário da República**, 2ª série. 66 (03-04-2017) 6153-6154. [Consult. 26 set. 2021]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/106803138>>
- Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** II Série. 38. (22-02-2013) 7179-7180. [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/1937340>>
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 16 mai. 2022]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/67324029>>

Despacho n.º 6401/2016. **Diário da República** II Série. 94. (16-05-2016) 15239. [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/74443131>>

Despacho n.º 9639/2018. **Diário da República** II Série. 198 (15-10-2018) 27533. [Consult. 02 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/116654166>>

Dias, C. & Carreiro, M. (2020). Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UERJ*, 28, 1-7. DOI: 10.12957/reuerj.2020.43213

Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Lusociência.

Direção-Geral da Saúde - Norma n.º 029/2012: *Precauções básicas do controlo da infeção*. 2012. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 09/DGCG: *A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da dor*. 2003. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. 2017. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 007/2020: *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. 2020. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 015/2017: *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. 2017. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 019/2015: *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. 2015. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 029/2012: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. 2012. Disponível na DGS.

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Guia para a implementação da estratégia multimodal da organização mundial da saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde*. https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Ccontrolo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e referência: Medicina intensiva*. <http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Dolatabadi, A., Maleki, M., Memary, E., Kariman, H., Shojaee, M., & Baratloo, A. (2017). The use of emergency department services for non-emergency conditions. *HealtMed*, 11(1), 3-9. https://www.researchgate.net/publication/317542569_The_use_of_emergency_department_services_for_non-emergency_conditions#:~:text=Conclusion%3A%20Based%20on%20the%20present,for%20non%2Demergency%20ED%20visits.
- Donovan, A., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A. K. M., University of California, & San Francisco Critical Innovations Group. (2018). *Interprofessional care and Teamwork*

in ICU. *Critical Care Medicine*, 46(6), 980-990.
<http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000003067>

Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Forsyth Herling, S., Thomsen, T. & Endacott, R. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54(103142), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>

Emmamally, W., Erlingsson, C. & Brysiewicz, P. (2020). Families' perceptions of relational practice in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 51, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100877>

Erdmann, A. & Melo, G. (2009). A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 637-643. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400025>

Esteves, P. (2019). *As vivências da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2286>

Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 61 – 69). Lidel.

Estrada, H. & Miranda, I. (2015). Infecções Nosocomiais. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 362 – 369). Lidel.

European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization. (2022). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351141>

Fathoni, M., Sangchan, H. & Sangwathana, P. (2013). Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 511 – 525. <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/4466>

Ferreira, T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na Sala de Emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de*

Enfermagem Referência, 5 (1), 1-8.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1115129>

- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVVIIPS>
- Filipe, L. & Moreira, I. (2021). Cuidados em fim de vida. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 419 – 422). Lidel.
- Fonseca, E. (2019). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de Enfermagem. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lidel.
- Franco, B., Busin, L., Chianca, T. C. M., Moraes, V. M., Pires, A. U. B., & Lucena, A. de F. (2018). Associações entre discriminadores do sistema de triagem de manchester e diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
- Fukuda, T., Sakurai, H. & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patients outcomes. *PLOS One*, 15(2), e0228458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jccn.2016.03.001>
- Godinho, C. (2020). *A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes* (Tese para obtenção do grau de Doutor em Gestão, Universidade Europeia). <http://hdl.handle.net/10400.26/36677>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem forense no serviço de urgência. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 401 – 410). Lidel.
- Gomes, J. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In *Mesa do Colégio da Especialidade EMC, Livro de Resumos do 3º*

Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (27-30).

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Grover, E., Porter, J., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses: perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>

Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Guilhermino, M., Inder, K., & Sudin, D. (2018). Education on invasive mechanical ventilation involving intensive care nurses: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 23(5), 245-255. <https://doi.org/10.1111/nicc.12346>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências: Trauma: Manual TAS*. Author.

Jensen, H., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I. & Lind, R. (2020). Practice recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 40(3), 14-22. <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>

Jesus, E. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://hdl.handle.net/10216/9768>

Jovanović, G., Jakovljević, D. K., & Lukić-Šarkanović, M. (2018). Enhanced recovery in surgical intensive care: A review. *Frontiers in medicine*, 5, 256. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00256>

Kotfis, K., Zegan-Baransha, M., Szydłowski, L., Zukowshi, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients: Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49(1), 66 – 71. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>

- Lages, P., Pereira, C. & Costa, P. (2015). Abdómen agudo e síndrome do compartimento do abdómen (a intervenção do cirurgião). In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 380-386). Lidel.
- Lamas, T. (2015). Monitorização hemodinâmica: do básico ao avançado. In P. Ponce & J. J. Mendes (coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 174 – 194). Lidel.
- Leach, R., Ward, J. & Silvester, J. (2009). *Compêndio de medicina intensiva*. Instituto Piaget.
- LeBoterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Artmed.
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059 – 8105. [Consult. 13 set. 2021]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/10309896>>
- Lei n.º 25/2012. **Diário da República** I Série. 136 (16-07-2012) 3728 – 3730. [Consult. 16 set. 2021]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/179517>>
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 149. (03-08-2015) 5311-4326. [Consult. 3 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/69927759>>
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55 – 56. [Consult. 13 mai. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124417108>>
- Lennquist, S. (Ed). (2012). *Medical response to major incidents and desastres: A practical guide for all medical staff*. Springer.
- Lindberg, E. (2006). Competence in critical care: What it is and how to gain it: A qualitative study from the staff's point of view. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25, 77 – 81.
https://www.researchgate.net/publication/7227312_Compentence_in_critical_care_what_it_is_and_how_to_gain_it_a_qualitative_study_from_the_staffs_point_of_view
- Machado, A. (2020). *A implementação do modelo ACSA no departamento de pediatria do hospital de santa maria: Um estudo de caso* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).
<http://hdl.handle.net/10400.5/21297>

- Magalhães, M. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalalh%C3%A3es.pdf
- Marinho, A. (2015). Suporte nutricional no doente crítico. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 308 – 318). Lidel
- Marques, S. & Lino, P. (2021). Protocolo de triagem de Manchester. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 25 – 30). Lidel.
- Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P. & Patel, M. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225-243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4), 388-397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc.2019281>
- McClelland, G. (1973). Testing for competence rather than for “Intelligence”. *American Psychologist*, 28(1), 1-14. <https://www.therapiebreve.be/documents/mcclelland-1973.pdf>
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, J. (2015). Ventilação mecânica invasiva. In P. Ponce & J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 94-112). Lidel.
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer nº 15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas

Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva. 2018. Acessível em Ordem dos Enfermeiros.

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2019/10/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S. & Okada, Y. (2022). Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing*. 219. <http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.Yv3qtp5khh8>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OECD & European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Oliveira, C. (2017). *Intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva na pessoa em situação crítica* (Relatório para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/21124>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia Orientador da Boa Prática. *Cadernos OE*, (1). 1-57. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. 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. (2001). *Padrões e qualidade dos cuidados de enfermagem*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8

Organização Mundial de Saúde. (2020). *The top 10 causes of death*.
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Paiva, J. (2015). *Bundles: a new language and a new methodology*. Direção-Geral da Saúde.

Pereira, V. (2020). *Perfil de competências do enfermeiro do doente crítico no transporte inter-hospitalar* (Relatório para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/23274>

Pham, T., Brochard, L. & Slutsky, A. (2017). Mechanical ventilation: State of the art. *Mayo Clinic Proc*, 92(9), 1382-1400. . <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência

Pinheiro, A. & Marques, R. (2019). Behavioral pain scale e critical care pain observation tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4). 571-581. . <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>

Pinho, C. (2020). *A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Portalegre). <http://hdl.handle.net/10400.26/33790>

Portaria n.º 87/2015. **Diário da República**, 1ª série. 57 (23-03-2015) 1656 – 1659. [Consult. 30 set. 2021]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/port/87/2015/03/23/p/dre/pt/html>>

Prado, S. (2007). *A etimologia de mestre, de professor e de educador, de novo*.

Rafter, N. Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM*, 108(4), 273-277. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06-02-19) 4744 – 4750. [Consult. 12 jul. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16-07-18) 19359 – 19370. [Consult. 12 jul. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>

Regulamento n.º 658/2016. **Diário da República** 2ª série. 133 (13-07-2016) 21549 – 21553. [Consult. 1 out. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/74931900>>

Relvas, R. (2018). *Implementação e organização na formação em serviço na USF SALUS* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Saúde de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>

Ribeiro, A., Portela, F., Santos, M., Abelha, A., Machado, J., & Rua, F. (2017). Patient's admissions in intensive care units: a clustering over view. *Information*, 8 (23). 1 – 12. <https://doi.org/10.3390/info8010023>

Rocha, A., Rocha, F. A. A., Neto, J. J. M., Gomes, F. M. A., & Cisne, M. S. V. (2017). Cuidado de Enfermagem ao Paciente Ventilado Artificialmente: Uma Revisão Integrativa. *Essentia, Sobral*, 18(1), 41-53. <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/35>

Rocha, L. (2015). *Controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde numa unidade de cuidados intensivos* (Relatório para obtenção do grau de Mestre, Universidade do Minho). <https://hdl.handle.net/1822/40567>

Rodrigues, M. (2019). *Cuidar da pessoa em situação crítica: tecnologia e humanização dos cuidados* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/37104>

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>

Sandvik, R., Olsen, B., Rygh, L. & Moi, A. (2020). Pain relief from non-pharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Nursing*, 29(9-10), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>

Santos, W., Canvini-Campanharo, C. R., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2016). Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. *Einstein*, 14(2), 213-218. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3618>

Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Universidade de Aveiro). <http://hdl.handle.net/10773/1479>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – Procedimento nº 034: Infeção pelo novo Coronavírus – Prevenção da Transmissão Cruzada. 2020. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*.

Serviço de Urgência (2018). *Relatório das Atividades 2018*. SESARAM.

Serviço Nacional de Saúde (2021). *Acreditação de Serviços*. Author.

- Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- Shrestha, R., Kanchan, T. & Krisham, K. (2021). *Simulation training and skill assessment in disaster medicine*. StatPearls.
- Silva, M. (2012). *Pessoa em situação crítica: Foco de cuidados de enfermeiro especialista* (Relatório para obtenção do grau de Mestre, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16296/1/PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA%20%E2%80%93%20FOCO%20DE%20CUIDADOS%20DO%20ENFEERMEIRO%20ESPECIALISTA.pdf>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Miesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48-79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Smith, A., Kisiel, M. & Radford, M. (2016). *Oxford handbook of surgical nursing*. Oxford University Press.
- Souza, N., Silva, V., Lopes, M., Diniz, C. & Ferreira, G. (2019). Avaliação da rotulagem com código de cores para a identificação de medicamentos endovenosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 749-754. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0242>
- Spencer, L. & Spencer, S. (1993). *Competence at work: model for superior performance*. John Wiley & Sons.
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135-142.
- The Royal College of Surgeons of England. (2011). *Emergency surgery: standards for unscheduled surgical care*. Hobbs the Printers.

- Thomas, S. & Amatangelo, M. (2019). Priority nursing interventions caring for the stroke patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32 (1), 67-84. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.005>
- Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem: Análise, problematização e (re)construção*. Climepsi.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- World Health Association. (2016). *Healthcare without avoidable infections: the critical role of infection prevention and control*. Author.
- World Health Organization (2017). Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet*, 389(10080), 1680-1681. [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/50140-6736(17)31047-4)
- Zachariasse, J., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., Roukema, G. R., & Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester triage system in emergency care: a prospective observation study. *PLOS One*, 12(2), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>
- Zingg, W., Storr, J., Park, B., Jernigan, J., Harbarth, S., Grayson, M. L., . . . Pittet, D. (2019). Broadening the infection prevention and control network globally; 2017 Geneva IPC-think tank (part 3). *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8(74). <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-019-0528-0>
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Diaz, M., Maestro-Gonzalez, A. & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. *Pain Management Nursing*, 21(6), 510-515. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.009>

ANEXOS

ANEXO A - INQUÉRITO DISTRIBUÍDO AOS ENFERMEIROS DO SMI DO HNM

Promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia.

Nós, Rubina Jesus e Lara Fonseca, enfermeiras e estudantes do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito do Estágio III - Opção, tencionamos desenvolver um projeto sobre a promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

Neste sentido, sendo os nossos projetos de autoformação intitulados por "Desenvolvendo competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa submetida a cirurgia urgente/ emergente: o papel da comunicação na prevenção de eventos adversos" e por "Desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa em situação perioperatória numa Unidade de Cuidados Intensivos: a segurança do doente crítico cirúrgico", solicitamos a colaboração dos enfermeiros do SMI na resposta ao presente teste diagnóstico, com o objetivo de: Realizar uma análise diagnóstica sobre a preparação da pessoa internada no contexto de Cuidados Intensivos que necessita ser submetida a cirurgia e sobre os principais eventos adversos.

Como tal, o presente teste diagnóstico encontra-se dividido em três partes: caracterização sócio-demográfica; caracterização profissional e académica e perceção sobre a segurança do doente cirúrgico e da prevenção dos eventos adversos. O anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos estão assegurados. A sua utilização será restrita ao contexto do ensino clínico em cuidados intensivos

A sua resposta a este teste diagnóstico significa que aceitou responder voluntariamente ao mesmo, após tomar conhecimento das informações facultadas.

***Obrigatório**

1. Género *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

2. Idade (anos) *

Marcar apenas uma oval.

20 - 30

31 - 40

41 - 50

> 50

3. Grau Académico *

Marcar apenas uma oval.

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

4. Especialidade *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Se sim, quais?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica/ Paliativa
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem Comunitária
- EC: Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

6. Experiência Profissional (anos) *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- > 21

7. Experiência em Cuidados Intensivos (anos) *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- > 21

8. Já preparou algum doente internado na UCI para ser submetido a cirurgia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Se sim, quais as dificuldades?

Marcar apenas uma oval.

Metodologia de organização

Estabelecimento de prioridades

Transferência do doente

Comunicação - transmissão de informação

Outra: _____

10. Faz parte da sua prática, atender e preencher a check-list pré-operatória? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Se sim, qual a sua opinião sobre a sua utilidade? (0 a 10) *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nenhuma utilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito útil

12. Facilidade de uso? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Difícil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fácil

13. Adequabilidade ao contexto clínico? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito adequado

14. E em contexto de urgência/ emergência? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito adequado

15. Alguma vez presenciou um evento adverso, no pós-operatório? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

16. Se sim, qual?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Óbito
- Infecção
- Hemorragia
- Problemas respiratórios
- Disfunção cardiovascular
- Problemas gastrointestinais
- Problemas genitourinários
- Problemas do Sistema Nervoso Central
- Erros de medicação (preparação incorreta, administração inadvertida, identificação inadequada)
- Problemas na identificação do doente.
- Problemas relacionados com dispositivos médicos

17. Tratou-se de um evento adverso evitável?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. Gravidade do evento adverso?

Marcar apenas uma oval.

- Fatal
- Ameaçadora de vida (se necessidade de Suporte Avançado de Vida; cirurgia emergente)
- Moderada
- Ligeiro

19. Fatores que contribuíram para a ocorrência dos eventos adversos? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falha de comunicação
- Sobrecarga de trabalho
- Problemas ergonômicos (iluminação, espaços pequenos, ambiente ruidoso)
- Distração/ falta de concentração
- Ambiente de stress
- Falha mecânica/ tecnológica
- Fadiga
- Protocolos inadequados
- Complexidade administrativa/ burocrática
- Cenário urgente/ emergente

20. Qual a sua opinião acerca da comunicação na prevenção de eventos adversos?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Desnecessária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fundamental

21. Acharia pertinente a existência de uma mnemónica de comunicação para os momentos de transição dos cuidados? *

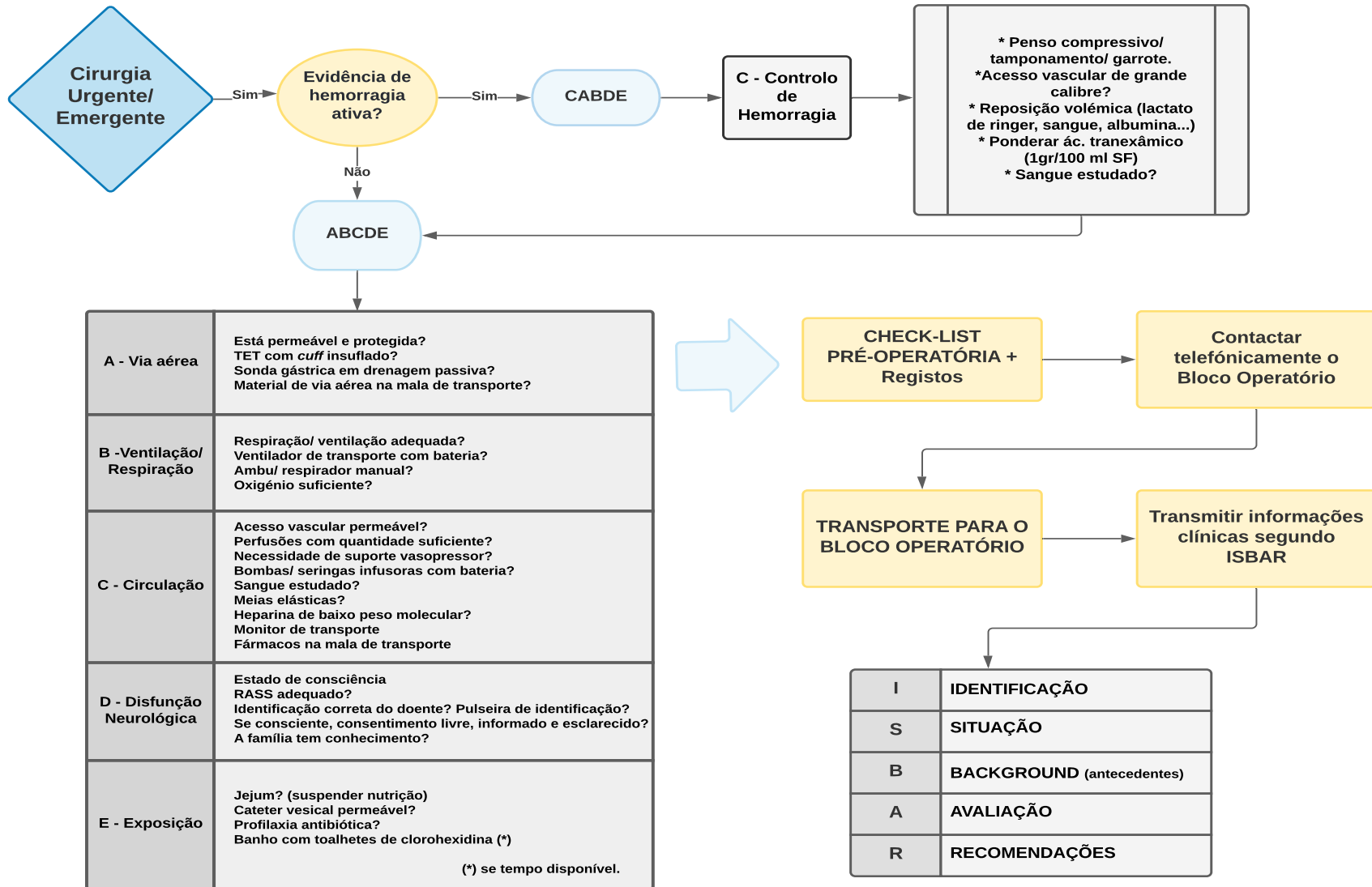
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO B – ALGORITMO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA PREPARAÇÃO DA PSC, PARA SER SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/ EMERGENTE



ANEXO C – MNEMÓNICA ISBAR ADAPTADA À TRANSFERÊNCIA DA PSC DO SMI AO BO

		I - Identificação	S – Situação Atual	B – Antecedentes/ <i>Background</i>	A - Avaliação	R - Recomendações
Mnemónica ISBAR		Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor), assim como do doente a que se refere a comunicação.	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	Sumarização de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.	Informações sobre o estado do doente, terapêutica farmacológica e não farmacológica instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado saúde significativas.	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificação do doente; ❖ Nome e função do profissional de saúde do SMI; ❖ Nome e função do profissional de Saúde do Bloco Operatório; ❖ Serviço de origem/destinatário; ❖ Identificação da pessoa significativa/ cuidador informal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Data e hora de admissão no SMI; ❖ Diagnóstico de admissão no SMI; <ul style="list-style-type: none"> ❖ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar; ❖ Procedimento cirúrgico a ser realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antecedentes pessoais e clínicos, terapêutica de ambulatório; ❖ Níveis de dependência; ❖ Existência de diretivas antecipadas de vontade; ❖ Alergias conhecidas; ❖ Hábitos relevantes (tabágicos, etilismo, etc) ❖ Técnicas invasivas realizadas, suporte vasopressor, medidas de estabilização efetuadas (penso compressivo/ imobilização, etc); ❖ Preparação pré-operatória: jejum, profilaxia antibiótica, etc... ❖ Presença de infeção. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas ativos; ❖ Terapêutica farmacológica e não farmacológica administrada; ❖ Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; ❖ Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indicação do plano de continuidade de cuidados; ❖ Informação sobre a existência de sangue estudado; ❖ Referenciação da necessidade de monitorização e/ ou vigilância de alguma alteração do estado clínico do doente (ex: diurese, ferida, etc...).

