



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de enfermagem na vigilância e  
prevenção de lesões oculares**

**Specialized nursing intervention in the surveillance and  
prevention of eye injuries**

**Anabela Rodrigues Carvalho Raposo**



**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de enfermagem na vigilância e  
prevenção de lesões oculares**

**Specialized nursing intervention in the surveillance and  
prevention of eye injuries**

**Anabela Rodrigues Carvalho Raposo**

Orientadora: Professora Joana Moreira Ferreira Teixeira



**Lisboa  
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Ignorance more frequently begets confidence than does knowledge:  
it is those who know little, and not those who know much,  
who so positively assert that this or that problem  
will never be solved by science  
Charles Darwin*

## **Agradecimentos**

Este percurso não se faz sozinho e só foi possível graças ao apoio incondicional de várias pessoas. Chegado o final deste longo percurso, surge o momento de agradecer formalmente, a todos aqueles que me acompanharam e que de uma forma ou outra me apoiaram e ajudaram a construir este caminho.

À Professora Maria Cândida Durão, que iniciou comigo esta jornada e que sempre acreditou na minha capacidade de terminar este percurso.

À Professora Orientadora Joana Teixeira, pela sua excelente orientação académica, apoio, compreensão, cooperação, resiliência e motivação, que foram imprescindíveis para iluminar e encorajar todas as etapas para o culminar deste projeto. Muito obrigado.

À Professora Doutora Maria Rosário Pinto, pela valorização e identificação que encontrou no meu percurso pessoal e profissional e me proporcionou a integração em projetos de elevada importância, para o desenvolvimento da enfermagem.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Diretora Teresa Bastos, que acreditou em mim incondicionalmente.

Aos serviços que me acolheram, nas pessoas dos Srs Enf.<sup>os</sup> Gestores e Srs Enf.<sup>os</sup> Tutores, um muito obrigado sincero pela disponibilidade e sabedoria que me proporcionaram, assim como aos colegas com quem partilhei experiências.

Aos colegas do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pelo fantástico convívio que fomos tendo e pela partilha de saberes que me proporcionaram.

À minha família um agradecimento muito especial pelo carinho, confiança, compreensão e o apoio incondicional que sempre depositaram em mim. Sabem o quanto são imprescindíveis na minha vida.

Aos amigos, que sempre estiveram presentes em todas as etapas deste percurso e da minha vida, um muito obrigado carinhoso.

## **Acrónimos e Siglas**

**ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Dysfunction, Exposure

**ARDS** – Acute Respiratory Distress Syndrome

**ATLS** – Advanced Trauma Life Support

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BO** – Bloco Operatório

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**CH** – Centro Hospitalar

**ECMO** - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

**eCPR** - extracorporeal CardioPulmonary Resuscitation

**EEEMCPSC** - Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização Pessoa em Situação Crítica

**EEMI** – Equipa de Emergência de Medicina Intra-hospitalar

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**ISBAR** – Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

**MEMCEPSC** – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**ODS** – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PCR** – Paragem Cardiorrespiratória

**PEEP** - Positive End Expiratory Pressure

**PNSD** – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**SAMPLE** – Sinais e Sintomas, Alergias, Medicação habitual, Patologias, Última Refeição, Eventos

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SBV** – Suporte Básico de Vida

**SUG** – Serviço Urgência Geral

**SUO** – Serviço de Urgência de Oftalmologia

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**ULPPCIRA** – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

**VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva

## Resumo

O presente Relatório surge no âmbito do 1.º Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivo evidenciar a análise reflexiva do percurso académico no desenvolvimento de competências de mestre e especialista (comuns e específicas), na área de especialização de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A escolha do tema “**Intervenção especializada de enfermagem na vigilância e prevenção de lesões oculares**”, na Pessoa em Situação Crítica, surge duma inquietação pessoal vivida no meu percurso profissional no cuidado à pessoa com necessidade de intervenção ocular especializada, constatando que a incidência de lesões oculares da pessoa em situação crítica é frequente.

Neste sentido, este tema, surge como meio para o meu desenvolvimento de competências de mestre que trará benefícios para a pessoa e família, quer a nível pessoal, familiar, profissional, organizações de saúde e na sociedade em geral.

A vigilância e prevenção, são a base da prestação de cuidados de enfermagem, pois permitem o agir de forma atempada, prevenindo complicações, conforme preconizado pela Teoria de Vigilância de Meyer e Lavin, que sustentou o cuidado à Pessoa nesta área.

Para tal, foram desenvolvidos estágios em Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos e, bem como outras atividades no sentido de dar resposta a objetivos gerais e específicos de aprendizagem e que serão explicitadas e analisadas ao longo deste relatório.

**Palavras Chave:** Cuidados críticos; Cuidados à pessoa em situação crítica; Cuidados de enfermagem; Lesões da córnea; Vigilância.

## Abstract

This Report is part of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Critically Ill Patients at the Nursing School of Lisbon. It aims to highlight the reflexive analysis of the academic path in the development of master and specialist competencies (common and specific) in the area of specialization of nursing to Critically Ill Patients.

The theme, "**Specialized nursing intervention in the surveillance and prevention of eye injuries**," in Critically Ill Patients, was not just a random choice. It was born out of a deep personal concern that I experienced in my professional career in the care of patients in need of specialized eye intervention. The high incidence of eye injuries in the Critically Ill Patient population was a stark reality that I couldn't ignore.

Therefore, this theme is not just a means for me to develop and master skills. It is a gateway to bringing significant benefits to patients and families, both at a personal, family, and professional level, health organizations, and society in general. The impact of this research is far-reaching and profound.

Surveillance and prevention are the basis of nursing care, as they allow timely action and prevent complications, as recommended by Meyer and Lavin's Surveillance Theory, which supports the care of the Person in this area.

To this end, internships were developed in the Emergency Department and Intensive Care Unit, as well as other activities, to respond to general and specific learning objectives, which will be explained and analyzed throughout this Report.

**Keywords:** Critical care; Critically Ill Patients; Corneal injuries; Nursing care; Surveillance.



## Índice

|                                                                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução .....</b>                                                                                                              | <b>23</b> |
| <b>1.Cuidar da Pessoa em Situação Crítica com Risco de Lesão Ocular .....</b>                                                        | <b>27</b> |
| <b>1.1 Saúde Visual .....</b>                                                                                                        | <b>27</b> |
| <b>1.2 Anatomia, Fisiologia e Fisiopatologia da superfície ocular: a sua importância na prevenção do risco de lesão ocular .....</b> | <b>29</b> |
| <b>1.3 Cuidar da PSC: vigilância e prevenção das lesões oculares .....</b>                                                           | <b>32</b> |
| <b>2.Percurso de Aquisição e Desenvolvimento de Competências.....</b>                                                                | <b>37</b> |
| <b>2.1 Ensino Clínico em SUG – Polivalente de Adultos .....</b>                                                                      | <b>38</b> |
| <b>2.2 Ensino Clínico em UCI .....</b>                                                                                               | <b>52</b> |
| <b>2.3 Outras atividades .....</b>                                                                                                   | <b>64</b> |
| <b>Conclusão .....</b>                                                                                                               | <b>68</b> |
| <b>Referências .....</b>                                                                                                             | <b>70</b> |

|                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Apêndices .....</b>                                                                                                                                  |  |
| Apêndice I – Cronograma 2.º e 3.º Semestre .....                                                                                                        |  |
| Apêndice II – Quadro de Objetivos e Atividades SUG .....                                                                                                |  |
| Apêndice III– Quadro de Objetivos e Atividades UCI.....                                                                                                 |  |
| Apêndice IV – Plano de Sessão de Formação: “Prevenção e detecção precoce das lesões oculares: uma prática baseada em evidência” .....                   |  |
| Apêndice V– Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: “Prevenção e detecção precoce das lesões oculares: uma prática baseada em evidência” ..... |  |

|                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Anexos .....</b>                                                                                                                                                               |  |
| Anexo I – Registo de protocolo no: “PROSPERO” .....                                                                                                                               |  |
| Anexo II–Comprovativo de submissão de artigo: “Promoting patient safety in critically ill patients: nursing Interventions in Surveillance and prevention of ocular injuries” .... |  |
| Anexo III – Comprovativo de Participação no curso: “Advanced Trauma Care for Nurses®” .....                                                                                       |  |
| Anexo IV– Certificado de Presença no Webinar: “Decidir para Cuidar-Tomada de Decisão em Enfermagem” .....                                                                         |  |

|                                                                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Anexo V – Certificado de Presença no Webinar: “II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica - O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” ..... |  |
| Anexo VI – Comprovativo de Participação no curso: “Sistema de Compressão Torácica – LUCAS® 3” .....                                                                              |  |
| Anexo VII – Certificado de Presença no: “Congresso Internacional de Emergências ´23” .....                                                                                       |  |
| Anexo VIII – Certificado de Presença no Webinar: “Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care” .....                            |  |
| Anexo IX– Comprovativo de Participação no curso: “Infeção associada aos cuidados de saúde – abordagem geral” .....                                                               |  |
| Anexo X – Comprovativo de Participação no curso: “Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento” .....                                             |  |
| Anexo XI– Comprovativo de Participação no curso: “FOCUS ON – Infeções por bactérias multirresistentes” .....                                                                     |  |
| Anexo XII – Comprovativo de Participação no curso: “FOCUS ON – Infeções Virais Respiratórias” .....                                                                              |  |
| Anexo XIII – Certificado de Presença no: “Congresso Internacional de Controlo de Infeção” .....                                                                                  |  |
| Anexo XIV – Certificado de Presença nas: “IX Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infeção – Realinhar Objetivos para o Futuro” .....                                   |  |
| Anexo XV – Comprovativo de Participação na formação: “Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos” .....                                                  |  |
| Anexo XVI – Comprovativo de Participação na sessão de formação: “Prevenção Precoce das Lesões Oculares: Prática Baseada em Evidência” .....                                      |  |
| Anexo XVII – Apresentação de POSTER: “Prevenção e Controlo da Infeção Ocular no Peri-operatório: Uma Prática de Cuidados Baseada em Evidência num contexto em África” .....      |  |
| Anexo XVIII – Certificado de Presença nos: “Colóquios de Oftalmologia” .....                                                                                                     |  |
| Anexo XIX – Certificado de Presença no: “Curso de Enfermagem no Perioperatório em Oftalmologia” .....                                                                            |  |

|                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Anexo XX – Certificado de Presença no: “Encontro de Enfermagem de Oftalmologia HGO” .....                                                                                                                                                    |  |
| Anexo XXI – Certificado de Presença no Congresso: “2024 ASCRS ASOA Annual Meeting” .....                                                                                                                                                     |  |
| Anexo XXII - Apresentação de POSTER: “Reduction of Postoperative Infections after Ophthalmologic Surgery in Africa: Sharing an Experience of a Transcontinental Partnership”. .....                                                          |  |
| Anexo XXIII - Comprovativo de Participação no Projeto Internacional “InfPrev4frica” .                                                                                                                                                        |  |
| Anexo XXIV - Comprovativo de Participação no Projeto Internacional ERASMUS +: “InfPrev4frica” .....                                                                                                                                          |  |
| Anexo XXV – Certificado de Presença nos: “3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico” ..... |  |
| Anexo XXVI - Certificado de Presença no Workshop: “Ouvi Falar de Projetos Europeus... E Agora?” .....                                                                                                                                        |  |
| Anexo XXVII – Comprovativo de Participação no curso de: “Suporte Avançado de Vida Pediátrico” .....                                                                                                                                          |  |

## **Índice de Figuras**

|                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Figura 1: Fatores de Risco de lesões da superfície da córnea e suas consequências na Pessoa em Situação Crítica.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Figura 2 : A Vigilância em Enfermagem numa perspectiva do cuidado centrado na pessoa/família.....</i>                    | <i>34</i> |

## Introdução

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, referente ao 3.º semestre do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEPSC). A sua apresentação revela o percurso formativo efetuado, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, promovido através da análise e reflexão crítica da prática clínica e de todo o percurso efetuado. Desta forma, visa dar cumprimento ao que define a estrutura do ciclo de estudos para a obtenção do grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e seguindo as orientações do Regulamento Geral de funcionamento dos Cursos conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Aviso n.º 11460/2022, 2022).

Da mesma forma, pretende dar cumprimento ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCEPSC) (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A pertinência da escolha do tema - **Intervenção especializada de enfermagem na vigilância e prevenção de lesões oculares** -, surgiu de uma inquietação resultante da minha experiência profissional ao longo dos últimos 30 anos, na especialidade de Oftalmologia, assim como, do cuidar da pessoa e família com patologia do foro oftalmológico. Apurei que com regularidade, eram referenciadas àquele serviço, pessoas provenientes das áreas de prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), que apresentam lesões oculares por vezes irreversíveis, resultantes do seu tratamento ou após terem recuperado da sua situação crítica. A analgesia a que estão submetidos nestas unidades, é um dos fatores que contribui para a diminuição dos mecanismos de proteção ocular, expondo a pessoa a um risco maior de lesões da superfície da córnea, com sequelas que podem ser irreversíveis, da acuidade visual (Freitas et al., 2018; Pitombeira et al., 2018). Esta constatação despoletou em mim a necessidade da procura de mais conhecimento, que respondesse à minha inquietação e aliado à minha determinação, fez com que ingressasse neste Curso de Mestrado na PSC ambicionando

assim, atingir a excelência profissional, quer em termos de vigilância, prevenção e promoção do cuidar da PSC.

Assim, de acordo com a evidência e segundo os autores, Santos et al. (2023), as lesões da superfície ocular em pessoas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), são consideradas como uma das causas de morbidade com prevalência significativa, envolvendo cerca de 59,4% das pessoas (Oliveira et al., 2016). Outros autores, corroboram esta evidência e salientam que as pessoas podem apresentar risco de lesão da córnea, devido ao estado de sedação ou coma sendo o seu aparecimento manifestado em média ao 8.º dia de internamento (Werli-Alvarenga et al., 2011).

As lesões da superfície ocular podem resultar numa perda da acuidade visual, muitas vezes irrecuperável (Araújo et al., 2016; Araújo, et al., 2017; Sanghi et al., 2021; Silva et al., 2021; Werli-Alvarenga et al., 2011). Apesar de recuperarem parcialmente ou mesmo totalmente da sua situação crítica, estas pessoas ficam incapacitadas quanto à recuperação da visão e à sua autonomia, com impacto na sua vida pessoal e na das suas famílias e repercussões tanto na sociedade em geral, como no próprio Sistema de Saúde (Burton et al., 2021). Cerca de 2,2 mil milhões de pessoas no mundo têm défice visual, que poderia ser evitada em cerca de 1 milhar de milhões de pessoas (World Health Organization, 2019).

Definindo a pessoa em situação aguda ou crítica, como aquela que não é capaz de se manter fisiologicamente estável, correndo o risco de deterioração clínica rápida, a mesma implica a necessidade de uma recolha e procura contínua de dados, de forma a conhecer a pessoa-alvo de cuidados. As intervenções devem ser implementadas atempadamente, de forma sistémica e sistematizada recorrendo a tecnologia de suporte e a uma avaliação constante, que sustente a tomada de decisão do enfermeiro (Benner et al., 2011; Tanner, 2006; Tanner et al., 2022).

A inclusão da família e sua participação nos cuidados de saúde, tem sido evidenciada no Plano Nacional de Saúde (2015), como sendo fundamental para os processos participativos de tomada de decisão, redefinição de papéis e fortalecimento das relações, visando a redução do impacto negativo que possa causar no seio familiar (Direção Geral de Saúde, 2015). Assim, a família pode ser definida como uma organização, complexa, com crenças, valores e práticas, reconhecida pela pessoa doente, levando

todos os membros do grupo a procurarem estratégias que permitam a sua coesão e estabilidade. (International Council of Nurses, 2019).

A intervenção do enfermeiro na abordagem à PSC, requer uma observação cuidada e responsável e uma vigilância constante, constituindo-se assim, como condição fundamental para a implementação de medidas, em tempo útil com impacto nos resultados obtidos. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros têm sobre os fatores de risco, o reconhecimento de complicações ou a importância da prevenção das lesões oculares, os estudos demonstram que o conhecimento é insuficiente, a informação é baseada em experiências pessoais e com baixo teor científico (Moraes et al., 2022).

O enfermeiro é o profissional que mais tempo está junto da pessoa necessitada de cuidados, nomeadamente à PSC. A sua capacidade de avaliação e interpretação, pode mitigar a progressão de incidentes ou complicações. Assim, a abordagem à PSC neste âmbito, seguirá a Teoria de vigilância de Meyer & Lavin (2005), como sendo o requisito para o processo de enfermagem. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro saiba, identificar, planear as ações baseadas no conhecimento, fundamentar para nortear as suas práticas, antecipar os riscos e garantir a segurança das pessoas em ambientes de cuidados de saúde (Meyer & Lavin, 2005).

Neste meu percurso de desenvolvimento de competências, procurei seguir uma linha de progressão passando pelos níveis sucessivos de proficiência de acordo com o modelo de Dreyfus adaptado por Benner (2001) à enfermagem, de Iniciado a Perito. Neste modelo é valorizada a experiência e o domínio das capacidades de comunicação, de raciocínio e análise, fatores cruciais para o planeamento de práticas seguras, dentro da equipa multidisciplinar, tendo como objetivo último, a melhoria da prestação de cuidados, conduzindo a uma abordagem holística da PSC e família (Benner, 2001; Coyne et al., 2018; Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para este percurso, foram definidos, como objetivos gerais:

- desenvolver competências no cuidado especializado à PSC;
- desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC, com ênfase na problemática da vigilância e prevenção das lesões oculares, que apresentem défice/ausência do encerramento da fenda palpebral.

Para concretizar estes objetivos, foram delineados objetivos específicos e atividades, seguindo a metodologia de projeto de Ferrito et al. (2010). Segundo os autores,

este tipo de metodologia está ligada à investigação e centrada na resolução de problemas. Desta forma, é possível fazer-se a ponte entre a teoria e a prática, permitindo ao enfermeiro o desenvolvimento de competências pessoais, no que concerne à elaboração e concretização de projetos tendo por base situações e necessidades reais, com ênfase na eficiência e qualidade nos cuidados prestados, autonomia e valorização profissional (Decreto Lei n.º 247/2009, 2009; Ferrito et al., 2010)

Assim, a apresentação deste documento encontra-se estruturado em dois capítulos principais, o primeiro é dedicado à revisão da literatura sobre a temática em estudo e sobre a teoria de enfermagem que norteou todo o meu percurso. O segundo capítulo é dedicado ao desenvolvimento de competências decorrentes da realização de estágios em Ensino Clínico, no Serviço de Urgência Geral (SUG) e na UCI. A realização de outras atividades durante o percurso do Mestrado, contribuíram igualmente para o desenvolvimento de competências em diferentes áreas e serão apresentadas no final, deste capítulo.

A apresentação deste relatório segue as orientações do guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2023). As referências foram elaboradas de acordo com o manual de publicação da American Psychological Association (2020), *7th ed.*



## 1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica com Risco de Lesão Ocular

Este capítulo constitui o ponto de partida para a contextualização do projeto de trabalho. Recorrendo à revisão da literatura, pretende-se aprofundar conhecimentos à luz da evidência, no que concerne à saúde visual, fisiopatologia dos mecanismos de proteção da superfície da córnea e a sua importância para a intervenção especializada de enfermagem na PSC, como fator diferenciador para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e família. Para uma melhor compreensão da temática em estudo, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), entre maio e agosto de 2023, através da pesquisa nas bases de dados da MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, Web of science e PubMed, utilizando a metodologia de Toronto & Remington (2020), cujo protocolo se encontra registado na plataforma PROSPERO (University of York, 2016) (Anexo I) e cuja revisão foi submetida a uma revista, de revisão por pares (Anexo II).

### 1.1 Saúde Visual

A visão é o sentido mais dominante na relação do ser humano com o mundo e ocupa um lugar primordial num mundo global (Burton et al., 2021). Assim, o défice visual condiciona todo o desenvolvimento do indivíduo, tornando o aprender a andar, ler, estudar e trabalhar, tarefas muito mais difíceis de desempenhar (World Health Organization, 2019).

Alguns autores referem que *Descartes*, enquanto filósofo, se assumiu como o primeiro defensor do “oculocentrismo” afirmando que a visão, é a fonte primária da experiência humana e do saber (Cottingham et al., 1985).

Os olhos e o centro da visão situado no córtex occipital, estão ligados por sistemas muito complexos. Para a formação da imagem há necessidade de meios óticos transparentes (córnea, humor aquoso, cristalino e vítreo) que permitam a passagem da luz até aos fotorreceptores localizados na fóvea e mácula, que se encontram no polo posterior da retina. Os estímulos luminosos transformam-se assim, em impulsos neuronais permitindo ao cérebro criar uma imagem (Burton et al., 2021).

A visão, inclui não só a competência da forma, que se designa como acuidade visual, mas integra também outras funções como: i) a visão cromática; ii) a sensibilidade

ao contraste; iii) a orientação; iv) o movimento; v) a integração e segmentação; vi) a coordenação motora; vii) os campos visuais; viii) os aspetos cognitivos, onde a atenção seletiva e o reconhecimento das formas, implicam uma articulação complexa e diferenciada de inúmeras unidades cerebrais, suportadas numa estrutura nervosa altamente desenvolvida (Burton et al., 2021). Qualquer perturbação neste sistema complexo, provocará um défice visual com impacto no estado físico, cognitivo, psicológico e social da pessoa, com repercussões na qualidade de vida e no bem-estar em geral (Burton et al., 2021; World Health Organization, 2019).

Assim, a visão apresenta-se como facilitadora na obtenção de melhoria dos níveis educacionais, aumento de trabalho e produtividade, reduzindo a desigualdade e a pobreza, aumento da qualidade de vida e da inclusão social (Burton et al., 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um desafio aos seus estados membros, comprometendo-os no desenvolvimento de intervenções preventivas, terapêuticas e de reabilitação, com o objetivo alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Burton et al., 2021).

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Visão, cerca de 2,2 mil milhões de pessoas têm um défice visual ou mesmo cegueira, quando pelo menos 1 milhar de milhões poderia ser evitada, libertando assim, as potencialidades do ser humano e o seu contributo para o desenvolvimento global. Estando já a ser uma preocupação para a saúde mundial, prevê-se que em 2050 este número aumente para 1,8 milhares de milhões (Burton et al., 2021; World Health Organization, 2019).

Contudo, a evolução da ciência e as novas tecnologias, vem contribuir cada vez mais para a prevenção, com diagnósticos cada vez mais precoces, de modo a garantir a melhor função visual possível a todas as pessoas (World Health Organization, 2019).

## **1.2 Anatomia, Fisiologia e Fisiopatologia da superfície ocular: a sua importância na prevenção do risco de lesão ocular**

A integridade da superfície ocular, o mecanismo funcional das pálpebras e a sua relação com as vias lacrimais, são aspetos fundamentais na manutenção da visão e por conseguinte, na qualidade de vida da pessoa. O conhecimento da anatomia e da fisiologia das estruturas e a sua inter-relação, são pré-requisitos essenciais para uma avaliação, diagnóstico e tratamento corretos (Weisenthal et al., 2017). Assim, o filme lacrimal é constituído por três camadas (Weisenthal et al., 2017):

- a) lipídica - é a mais superficial e tem como funções impedir a evaporação da camada aquosa subjacente, a proteção da superfície da córnea, a atividade antibacteriana e contribuir para a formação de uma superfície ótica regular;
- b) aquosa - é a camada intermédia, produzida pelas glândulas lacrimais e composta por várias proteínas diferentes, eletrólitos e água, componentes fundamentais para a manutenção e reparação da superfície corneana e responsável pela manutenção do oxigénio. Tem também propriedades anti-inflamatórias;
- c) mucínica - é a camada mais interna do filme lacrimal. É responsável pela aderência da lágrima à superfície ocular o que permite que seja espalhada por toda a córnea conseguindo uma distribuição homogénea da mesma. Funciona como mecanismo de limpeza para as impurezas e elementos patogénicos. Favorece a retenção de líquidos e tem propriedades antibacterianas.

O componente aquoso da lágrima é maioritariamente produzido pela glândula lacrimal principal. É de seguida acumulada no fundo de saco conjuntival inferior e por ação do movimento do pestanejar, é espalhada em direção ascendente pela pressão palpebral. Posteriormente, é drenada para o saco lacrimal através dos canais nasolacrimais, permitindo uma correta lubrificação, alimentação, proteção e higiene ocular (Rocha & Coelho, 2015; Weisenthal et al., 2017).

De acordo com o Grupo Português de Ergoftalmologia (2016), corroborado por Abusharha (2017) e Nakano et al. (2013), a frequência do pestanejar no ser humano é, em média, entre 15 e 20 vezes por minuto, realizada de forma ritmada e completa, para que seja possível distribuir e manter o filme lacrimal. Assim, o pestanejar e a estabilidade do filme lacrimal, tornam-se as ferramentas fundamentais para a correta proteção da

superfície da córnea, promovendo a sua limpeza e lubrificação, condição essencial para uma boa acuidade visual (Lemp et al., 2007; Weisenthal et al., 2017)

A córnea é uma estrutura avascular, densamente innervada e constituída por cinco camadas. A sua transparência depende da normal homeostasia dos seus constituintes, particularmente do epitélio enquanto camada impermeável e do endotélio enquanto responsável pela eliminação do fluido estromal. O epitélio corneano intacto, é a garantia de uma proteção eficaz contra uma agressão patogénica. Qualquer agressão mecânica pode modificar a sua integridade ou potencializar a permeabilidade celular (Lemp et al., 2007).

Durante o sono, as pálpebras encontram-se fechadas devido à ação do musculo orbicular das pálpebras, havendo uma rotação do globo ocular para cima, designado por fenómeno de Bell. Quando a pessoa se encontra sob sedação, anestesia geral ou em coma, há um relaxamento muscular generalizado, com contrações aleatórias das pálpebras, ausência do reflexo do pestanejar e do fenómeno de Bell (Freitas et al., 2018; Werli-Alvarenga et al., 2013; Yanoff et al., 1999).

Quando a aposição das pálpebras é realizada de forma inadequada, a libertação e distribuição dos constituintes da lágrima prejudicam não só a sua renovação como a homogeneidade, aumentando assim a evaporação, produzindo-se uma secura ocular. Desta forma, torna-se fundamental que a fenda palpebral se encontre bem encerrada, limitando assim, o risco de lesão (Torres, 2012).

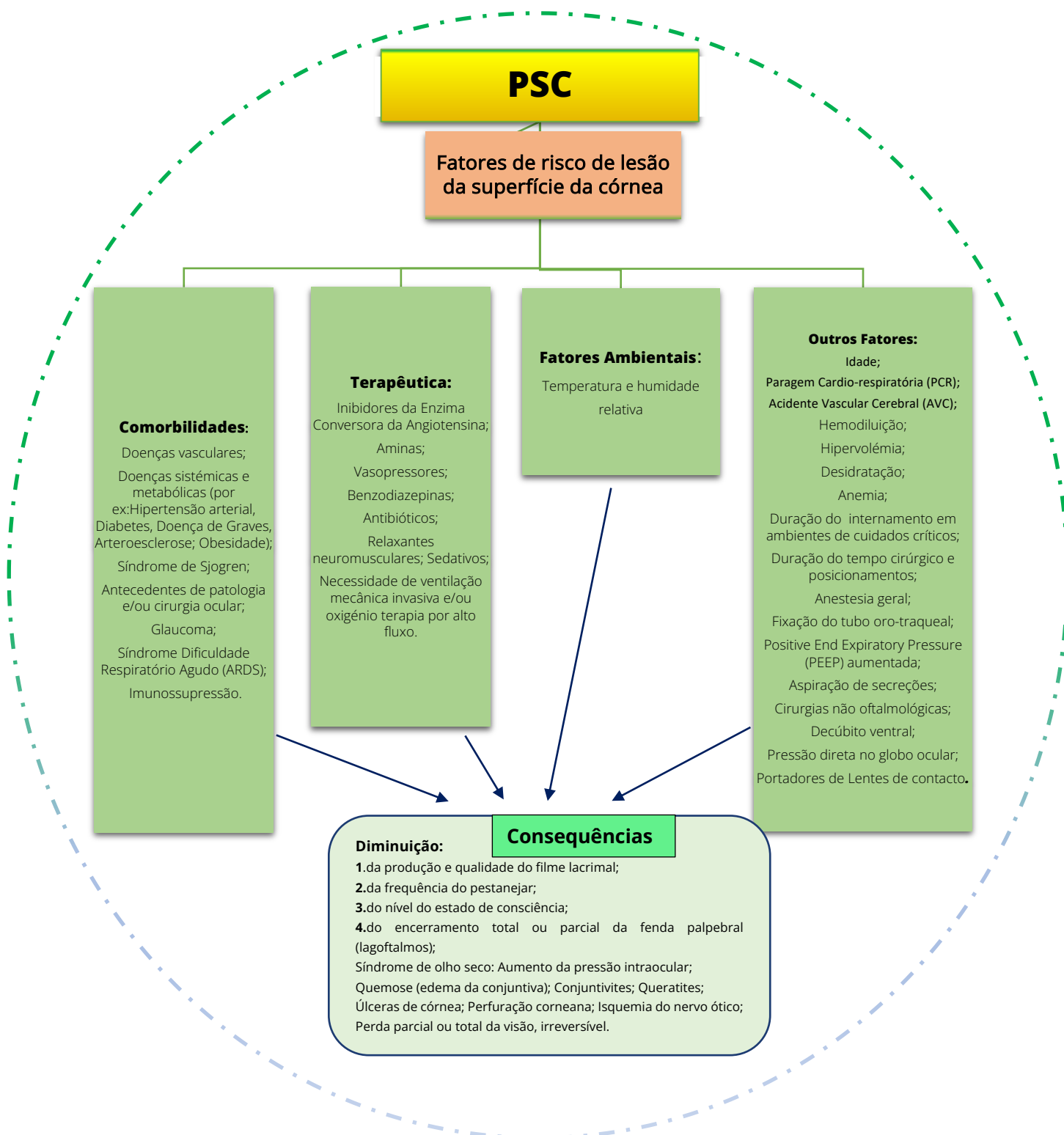
Com o avançar a idade, aumenta também a probabilidade da ocorrência do Síndrome de Olho Seco (SOS), afetando aproximadamente 5% da população adulta a partir dos 40 anos de idade e entre 10-15%, a partir dos 65 anos (Liesegang et al., 2007).

O SOS pode ser caracterizado também, como uma patologia multifatorial. Nesses casos é acompanhado frequentemente por uma secura da mucosa oral por disfunção das glândulas salivares, cujo funcionamento é semelhante ao das glândulas lacrimais (Araújo, et al., 2017; Dhanapala & Sabaretnam, 2021; Santos et al., 2021, 2023).

A instabilidade do filme lacrimal, aumenta a hiperosmolaridade da lágrima, que associado à disfunção das células da conjuntiva, origina um ciclo que vai agravar progressivamente o processo do SOS e deterioração do quadro clínico (Torres, 2012).

A evidência, revela ainda que as lesões da superfície ocular nestas unidades de prestação de cuidados são recorrentes, no entanto, pode ser revertida esta situação, se a equipa de enfermagem estiver capacitada para o reconhecimento dos fatores de risco que predispoem a estas lesões (Figura 1) (Moraes et al., 2022).

Figura 1: Fatores de Risco de lesões da superfície da córnea e suas consequências na Pessoa em Situação Crítica



Adaptado de: Araújo et al., 2016; Araújo, et al., 2017; Dhanapala & Sabaretnam, 2021; Freitas et al., 2018; O'driscoll & White, 2016; Santos et al., 2021

O compromisso ocular, frequente na PSC, pode aumentar o tempo de internamento com consequências ainda mais graves, aumentando assim, a vulnerabilidade da pessoa às infecções nosocomiais, atrasando a alta hospitalar e a sua integração na vida familiar, profissional e social (Santos et al., 2023).

### **1.3 Cuidar da PSC: vigilância e prevenção das lesões oculares**

A PSC é por definição, aquela que se encontra ameaçada de falência ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais, correndo o risco de uma rápida deterioração clínica, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Segundo os resultados obtidos na RIL, as UCI são preferencialmente os serviços hospitalares onde a prevalência de PSC é maior. A priorização da equipa de profissionais de saúde, está mais direcionado para os cuidados complexos imediatos como a manutenção e estabilização da ventilação, circulação e do estado neurológico. As pessoas encontram-se frequentemente sob sedação, curarização ou em coma, com necessidade de suporte farmacológico e de procedimentos invasivos, que permitem a sua estabilização, tratamento e recuperação, o mais precocemente possível (Araújo, et al., 2017; Hayakawa et al., 2020; Medeiros et al., 2018; Pitombeira et al., 2018).

A PSC, frequentemente apresenta compromisso dos mecanismos de proteção ocular, com consequente exposição corneana. O risco de lesão da sua superfície, pode atingir uma incidência entre 59,4% (Oliveira et al., 2016) a 83,3%, das pessoas (Hayakawa et al., 2020; Werli-Alvarenga et al., 2011). Segundo os autores Alansari et al. (2015), desde a admissão até ao aparecimento das lesões, este período pode variar entre 2 e 7 dias. A queratopatia de exposição é a que se evidencia com maior prevalência (3,6%-60%), seguida da situação de quemose (9%-80%) e por fim a queratite microbiana (Alansari et al., 2015).

Para os autores O'driscoll & White (2016), a prestação de cuidados no bloco operatório central (BOC), nomeadamente os procedimentos sob anestesia geral, partilham dos mesmos fatores de risco. Também, Carmona & Quintão (2021), referem que a pessoa submetida a cirurgia, está dependente dos profissionais no que concerne à

vigilância e proteção dos sistemas cardiovascular, pulmonar e neurológico, considerados determinantes na manutenção da vida. No entanto, a proteção ocular é fundamental nestas situações, pois a pessoa sedada ou anestesiada, não consegue manifestar a diminuição da acuidade visual, o desconforto à dor ou à fotofobia, correndo o risco de ficar com alterações permanentes ou mesmo perda total de visão (Carmona & Quintão, 2021).

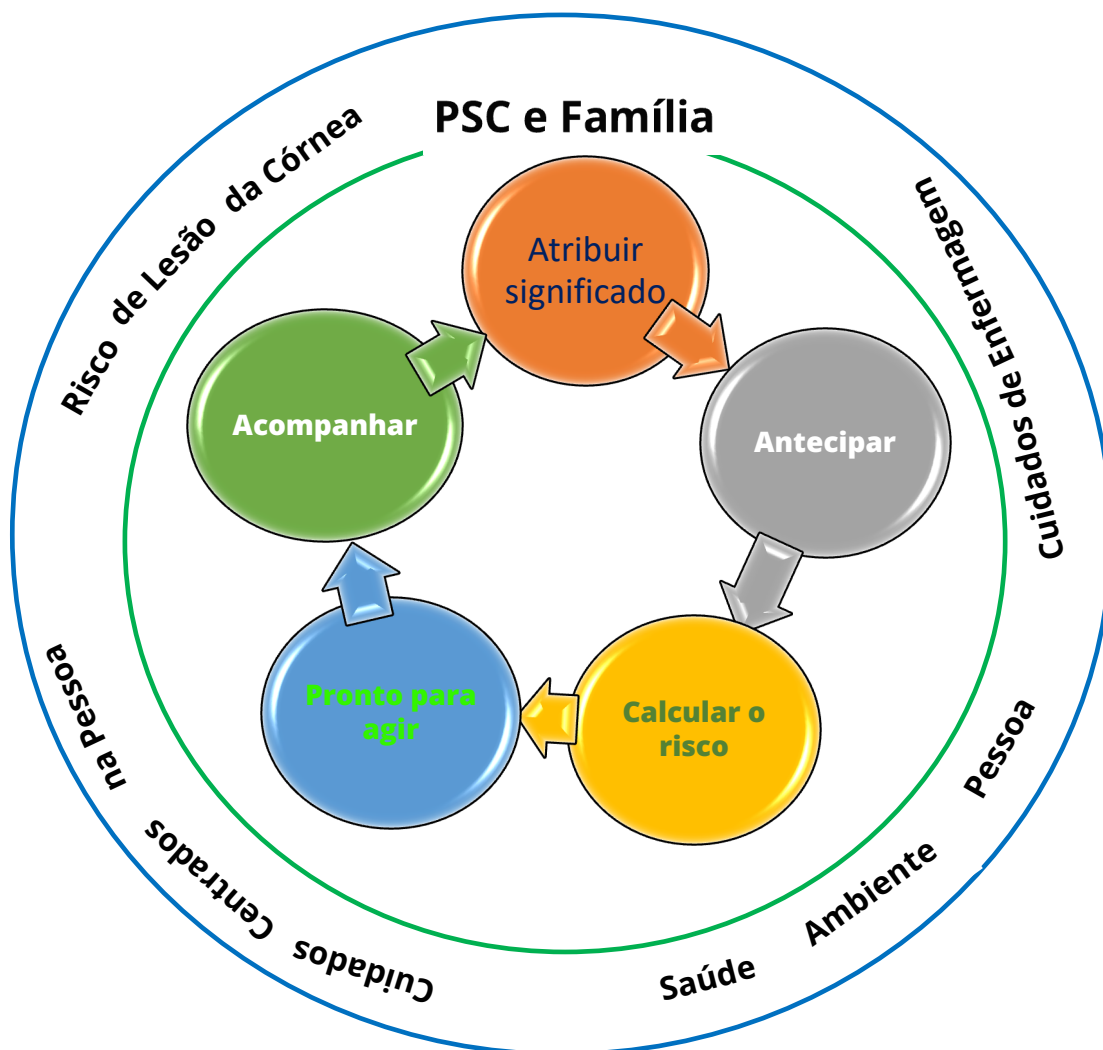
Segundo alguns autores, no SUG, o enfermeiro assume igualmente, um papel determinante na segurança da pessoa que necessita de cuidados e é determinante no que concerne à satisfação das suas necessidades básicas de higiene e conforto (Freitas et al., 2018; Kitson, 2018; Kolcaba, 1994).

Outros cuidados básicos, porém, fundamentais como os cuidados oftalmológicos, são por vezes adiados para segundo plano ou mesmo negligenciados, predispondo a pessoa ao risco de eventos adversos oftalmológicos (Araújo, et al., 2017; Medeiros et al., 2018; Pitombeira et al., 2018; Santos et al., 2021).

Assim, de acordo com a evidência encontrada na RIL, vários autores referem a existência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos na PSC, que concorrem para uma multiplicidade de eventuais complicações ao nível oftalmológico (Araújo et al., 2016; Araújo, et al., 2017; Dhanapala & Sabaretnam, 2021; Freitas et al., 2018; O'driscoll & White, 2016; Santos et al., 2021). Assim, os fatores que mais se evidenciam são: a ausência do reflexo do pestanejar; a exposição ocular ao ar ambiente; a sedação ou o coma com consequente diminuição do nível de consciência; os fármacos utilizados para a manutenção dos sistemas que mantêm a vida; a instabilidade hemodinâmica; o tipo de suporte ventilatório e o tempo de internamento prolongado (Moraes et al., 2022).

A vigilância torna-se assim uma prioridade e é a essência do cuidar em enfermagem, nomeadamente, no cuidado à PSC (Meyer & Lavin, 2005). As autoras definem a Vigilância como um estado de prontidão fisiológica e psicológica para o agir, baseada no cálculo do risco inerente às práticas de enfermagem e da capacidade de respostas eficazes e adequadas. A apreciação é a pedra basilar da sua prática, sustentada em conhecimento, interesse e atenção, em que o seu estado de alerta permite antecipar eventuais problemas. O seu objetivo é minimizar os riscos e resposta às ameaças, contribuindo para a monitorização e acompanhamento, resultando em melhores *outcomes* da pessoa alvo de cuidados (Figura 2) (Meyer & Lavin, 2005).

Figura 2 : A Vigilância em Enfermagem numa perspectiva do cuidado centrado na pessoa/família



Adaptado de: McCormack, 2019; Meyer & Lavin, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2002

Sendo alvo de uma vigilância cuidada, conhecimento e interpretação, as eventuais complicações são passíveis de ser prevenidas sem causar danos decorrentes do tratamento da situação crítica, ou do próprio internamento. O compromisso e a perda de barreiras de proteção ocular, vão potencializar lesões importantes, aumentam o tempo de internamento com consequências ainda mais graves, assim como, a vulnerabilidade da pessoa às infeções nosocomiais, atrasando a alta hospitalar e a sua integração na vida familiar, profissional e social e em última instância levam à cegueira irreversível (Araújo, et al., 2017; Dhanapala & Sabaretnam, 2021; Meyer & Lavin, 2005; Moraes et al., 2022; Rocha & Coelho, 2015; Santos et al., 2021, 2023).



Em situações de final de vida é igualmente importante a manutenção e preservação do órgão, dando a possibilidade de ser elegível para doação, beneficiando e melhorando a qualidade de vida a outras pessoas (Lei n.º 12/93, 1993).

Baseadas no conhecimento, que é próprio da disciplina, as intervenções, tornam-se fundamentais para a segurança da prestação de cuidados e a primeira forma de proteção da pessoa, envolvendo toda a equipa interdisciplinar, com o objetivo de promover a segurança e a qualidade de cuidados prestados à PSC e família (Pires, 2009; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O pensamento reflexivo, o julgamento crítico e a ponderação ética, a sensibilidade e a personalidade são atributos essenciais e promissores, para a conjugação de esforços na promoção e preservação da vida do outro, num processo holístico, individualizado, centrado na pessoa e família (Benner, 2001; McCormack, 2019; Pires, 2009).

De acordo com Benner (2001) numa fase inicial do percurso profissional do enfermeiro, este reconhecerá apenas alguns sinais, no entanto, não será capaz de os interpretar e valorizar. A experiência induzirá a aquisição de competências com destaque fundamental na resolução de problemas (Benner, 2001).

A vigilância e um adequado plano de cuidados (International Council of Nurses, 2019; Meyer & Lavin, 2005), onde os cuidados de higiene oculares, a promoção da lubrificação e o encerramento palpebral adequado, são consideradas intervenções autónomas de enfermagem que podem vir a minimizar os danos colaterais que possam ocorrer (Moraes et al., 2022).

A experiência vivenciada pela pessoa e família durante um processo de doença crítica, envolve uma multiplicidade de fragilidades tais como o *stress*, a dor, a separação, o cansaço, a dependência e até a própria ameaça à sua integridade física, que impõe ao enfermeiro a organização de um plano de cuidados personalizado e holístico, na perspetiva da garantia da sua dignidade (International Council of Nurses, 2019; Kolcaba, 1994; McCormack, 2019).

Os familiares e prestadores de cuidados das pessoas com défice visual, são cruciais na vida destas pessoas, tanto no apoio físico, emocional como social, no entanto também pode ter consequências negativas para o cuidador, como o aumento da ansiedade e da depressão, para além da exaustão física e mental. Mais complexo se torna, quando o cuidador tem dificuldades no equilíbrio entre as suas próprias

necessidades e as necessidades da pessoa cuidada por si mesmo e mais ainda, quando os recursos financeiros são escassos (World Health Organization, 2019).

A necessidade de recolha e procura de dados de forma contínua, vai sustentar a tomada de decisão do enfermeiro, implementando atempadamente as suas intervenções, prevenindo complicações e mitigando incapacidades, com vista a uma recuperação total da pessoa (Benner et al., 2011; Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Tanner, 2006; Tanner et al., 2022).

Assim, no desempenho profissional dos enfermeiros nas UCI/SUG/BOC, devem ser contempladas intervenções integradoras de cuidados centralizados na pessoa e família (Cho et al., 2017; Kocaçal G. et al., 2018; McCormack, 2019). Na execução de um plano integrador, devem estar incluídas ações de formação sobre os fatores que predispõem a PSC ao risco de lesão ocular, intervenções especializadas de enfermagem específicas e a sua importância para a PSC e família (Ahmadinejad et al., 2020; Alavi et al., 2014; Araújo, Ribeiro, & Chianca, 2017; Azfar et al., 2013; Dutra et al., 2016; Freitas et al., 2018; Hayakawa et al., 2020; Kocaçal G. et al., 2018; Medeiros et al., 2018; Mobarez et al., 2022; O'driscoll & White, 2016; Pitombeira et al., 2018; Rezaei et al., 2022; Santos et al., 2021).

Desta forma, como partilha e disseminação de conhecimento, submeti um artigo com os resultados da minha RIL, numa revista internacional de enfermagem em UCI, encontrando-se ainda em processo de submissão (Anexo II).

## **2. Percurso de Aquisição e Desenvolvimento de Competências**

De acordo com Plano de estudos definido pela ESEL para o 1.º Curso de MEMCEPSC (Declaração de Retificação n.º 415/2022, 2022; Despacho n.º 11504/2021, 2021), o presente capítulo visa descrever e analisar o percurso realizado durante os estágios em contexto de ensino clínico, durante o 2.º semestre num SUG e no 3.º semestre numa UCI, conforme cronograma em apêndice (Apêndice I).

O contexto em ensino clínico, revela-se de extrema importância enquanto experiência vivenciada e como contributo fundamental no crescimento individual e profissional. Aplicar na prática os conteúdos teóricos, permite o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes profissionais que só na prática se conseguem atribuir significado (Rua, 2011).

O desenvolvimento de competências especializadas e a obtenção do grau de Mestre, passa por saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão com a resolução de problemas em situações novas e não familiares, assim como, lidar com questões complexas em contextos alargados, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, que possam advir da nossa tomada de decisão. Ser capaz de comunicar de forma clara e sem ambiguidades, os conhecimentos, o raciocínio clínico e a capacidade de análise, permitem uma aprendizagem ao longo da vida, fundamental para o desenvolvimento da nossa autonomia profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Assim, este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos. Os dois primeiros correspondem a locais de ensino clínico e o terceiro, a outras atividades que não decorreram da realização desses estágios, mas que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências, acompanhando a linha de pensamento de Benner (2001) de Iniciado a Perito.

Para cada contexto de estágio, foram traçados objetivos gerais, específicos e atividades que os concretizam (Apêndice II e III), de acordo com a metodologia de projeto (Ferrito et al., 2010).

Assim, para este percurso, foram definidos como objetivos gerais:

- desenvolver competências no cuidado especializado à PSC;

- desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC, com ênfase na problemática da vigilância e prevenção das lesões da córnea, que apresentem défice/ausência do encerramento da fenda palpebral.

## **2.1 Ensino Clínico em SUG – Polivalente de Adultos**

O primeiro contexto de ensino clínico foi realizado no SUG de adultos, num Centro Hospitalar (CH) da região de Lisboa. Este CH dá uma cobertura de saúde a cerca de 750.000/1.000.000 habitantes. Está classificado como Serviço de Urgência Polivalente de nível mais diferenciado, pelas valências que dispõe e pela articulação entre os diferentes SU em determinadas áreas de especialidade, conforme o Despacho n.º 10319/2014 (2014). É dotado com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que funciona em gestão integrada, 24h (Despacho n.º 10109/2014, 2014). Presta assistência imediata a doentes referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), nomeadamente para as VIAS VERDES: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Sépsis e Coronária, sendo que, esta última será de imediato encaminhada para outra unidade deste CH, por inexistência de serviço hemodinâmica neste local, procedendo-se assim à ativação do transporte rápido local de acordo com os tempos porta-balão. A identificação precoce do enfarte agudo do miocárdio, principalmente nos doentes que apresentam um supra desnivelamento da onda ST, deverão ser encaminhados para a sala de hemodinâmica até 90 minutos desde a entrada no SU. Como benefícios para a pessoa doente, traz a possibilidade de se poderem detetar anomalias da anatomia coronária, a avaliação da função do ventrículo esquerdo e a possibilidade de se poder implantar dispositivos mecânicos de suporte circulatório, diminuindo também, o risco de má perfusão cerebral. Se o reconhecimento for feito pelas equipas de socorro rápido, deverá ser contactada a unidade de hemodinâmica mais próxima, efetivando o assim o seu transporte. A formação diferenciada dos profissionais na identificação de sinais e sintomas precoces e atuação assertiva, contribui largamente para a melhoria dos *outcomes* em saúde (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020; Panchal et al., 2020). É também nesta unidade que está alocado o Helicóptero, utilizado para transporte de doentes emergentes e/ou para transporte de órgãos para transplantação (Despacho n.º 10109/2014, 2014).

Como CH, as várias especialidades existentes nesta instituição criam uma rede de cuidados sólida que garante e certifica os cuidados mais específicos à PSC, que recorre ao SUG. Oferece uma resposta diferenciada, quer seja a pessoas vindas diretamente ao SUG, quer seja às que previamente foram referenciadas por outros centros de assistência, que não dispõem desta capacidade de resposta (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Em termos de espaço físico, o SUG é um espaço complexo que integra vários departamentos de avaliação e prestação de cuidados, que inclui as salas de triagem, salas de observação, salas de tratamento, gabinete de exames complementares de diagnóstico, sala de reanimação e de um internamento para pessoas que necessitem de uma maior vigilância e meios de monitorização e terapêutica. Está munido também, de um quarto com pressão negativa e adufa, para a necessidade de isolamento de uma pessoa que apresente uma situação de alto risco de transmissão de infeção por via aérea (Bastos, 2022; Norma 029/2012, 2013).

Com uma média de episódios de cerca de 257 utentes diários (EPE, 2023), a gestão do tempo impõe aos Chefes de equipa médica e de enfermagem, uma constante organização e gestão das admissões, bem como, a agilização das transferências dentro dos vários setores do SUG, ou para outros serviços dentro do CH, nomeadamente para serviços de internamento de Medicina e UCI.

Assim, no sentido de poder dar resposta à prestação de cuidados de enfermagem especializada à PSC e família no SUG, tracei os objetivos gerais e específicos, planeando as atividades que me permitissem atingir o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC e família, para este contexto clínico (Apêndice II). As necessidades e as prioridades, centradas na PSC e família foram os aspetos fundamentais que nortearam o planeamento das atividades, ancorados na Teoria da Vigilância de Meyer & Lavin (2005).

Revelou-se de suma importância, a oportunidade de ter acompanhado as atividades da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Gestora, assim como, a possibilidade de consulta de normas e protocolos instituídos, apresentando-se como um processo facilitador à minha integração na dinâmica e organização do serviço. A gestão dum serviço desenvolve-se com eficácia, eficiência, assertividade e celeridade na assistência, requerendo da parte da Chefia (Regulamento n.º 101/2015, 2015), experiência e conhecimento das dinâmicas e rotina.

De acordo com as orientações estabelecidas pelo Regulamento n.º 361/2015 (2015), da Ordem dos Enfermeiros, a melhoria dos recursos humanos, quer ao nível de dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, 2019), quer ao nível de diferenciação académica e profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 361/2015, 2015), estão identificadas como índices de qualidade e segurança não só para a população-alvo, como também para a própria organização. Assim, é de extrema relevância garantir as dinâmicas de suporte à prestação de cuidados, pois poderão comprometer todo o processo de cuidados, mas também, a satisfação dos profissionais implicando nos resultados esperados para a pessoa doente e para o sistema de saúde (Paiva et al., 2022). Este acompanhamento foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências na área da organização e gestão de serviço, que envolvem os recursos humanos, materiais, logística e equipamentos, de um SUG Polivalente. A utilização do *software* com diversas aplicações informáticas, permitiram-me ter a oportunidade de desenvolver competências em diferentes áreas: elaboração de horários através da aplicação *Sisqual*, no que concerne aos recursos humanos disponíveis e distribuição por equipas; a realização de pedidos urgentes de materiais ao armazém clínico e armazém avançado e pedidos urgentes à farmácia através da aplicação *GLINTHS*; pedidos de reparação de materiais e equipamentos através da aplicação *WEBMac* e pedidos de aquisição de equipamentos pela aplicação *EDOclinic*. O conhecimento e a integração da tecnologia informática nos cuidados de saúde, vem conferir maior capacitação aos profissionais e celeridade nos processos, no entanto, devem apresentar-se como programas intuitivos e de fácil manejo (Locsin, 2015).

Foi também fundamental e de extrema importância, a orientação dada pela Sr.ª Enf.ª Tutora (EEMCPSC), proporcionando-me experienciar a prestação de cuidados especializados à pessoa doente, nos diversos setores do SUG. A priorização dos cuidados procura atender às necessidades e à gravidade da situação (Regulamento n.º 361/2015, 2015), possibilitando-me assim, o desenvolvimento de competências especializadas à PSC, no SUG e o atingir os meus objetivos alicerçados na teoria da Vigilância de Meyer & Lavin (2005).

O meu percurso nos diferentes setores, obedeceu às orientações traçadas em conjunto pela Sr.ª Prof.ª Orientadora, a Sr.ª Enf.ª Tutora e por mim, tendo iniciado o meu caminho no setor de Triagem (Norma 002/2018, 2018).

É neste setor que se inicia também o percurso da pessoa doente que recorre ao SUG, permitindo-me assim, poder desenvolver competências no que concerne à vigilância e apreciação da pessoa que recorre ao SU, avaliação inicial de sinais e sintomas, o reconhecimento de sinais precoces de instabilidade e a colheita de dados referentes ao episódio que o fez recorrer a este serviço. Para esta avaliação mobilizei os conhecimentos académicos adquiridos, através da mnemónica ABCDE - Via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição, que se encontram plasmadas nos Manuais de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020) e *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* (Stewart et al., 2018) (Anexo III). A avaliação secundária, segundo a mnemónica SAMPLE - Sinais e Sintomas, Alergias, Medicação habitual, Patologias, Última Refeição, Eventos (Stewart et al., 2018), é também determinante para a decisão, no que concerne à implementação de tratamentos posteriores.

A Triage de *Manchester* tem como aplicabilidade prática, permitir o encaminhamento o mais rápido possível da pessoa doente, para uma observação diferenciada por critérios de gravidade, de acordo com a avaliação inicial do EEMCPSC. Através de algoritmos já estabelecidos e de acordo com a vigilância, apreciação e intuição do enfermeiro (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005), é atribuída uma pulseira identificativa por cores. A utilização de cores nas pulseiras torna a identificação da pessoa doente neste contexto complexo, num processo que se pretende tornar mais orientador, funcional e facilitador (Norma 002/2018, 2018). O conhecimento dos algoritmos e o cumprimento das normas preconizadas para a Triage de *Manchester* (Norma 002/2018, 2018), aliada à avaliação das diferentes pessoas chegadas ao SUG, permitiu-me a consolidação de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências no reconhecimento precoce de sinais de gravidade e de focos de instabilidade, assim como, o desenvolvimento de competências de comunicação com a equipa multidisciplinar, baseadas na análise e julgamento clínico, para uma tomada de decisão consciente e assertiva (Tanner et al., 2022). Segundo as autoras Meyer & Lavin (2005), a vigilância é um pré-requisito para ações informadas de enfermagem.

Indo ao encontro da minha temática em estudo e após verificar os protocolos existentes no serviço, no que diz respeito ao circuito do doente e respetivo encaminhamento, verifiquei que o Serviço de Urgência de Oftalmologia (SUO)

encontrava-se a funcionar noutro polo do CH, nos dias úteis entre as 8-20h. Nesta área, pude colaborar com a Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Gestora na atualização do horário de funcionamento deste serviço existente noutro polo e protocolo de encaminhamento, tanto em formato de papel para afixação no secretariado e gabinetes de triagem, bem como, a sua atualização em suporte digital, através do Gabinete de Comunicação e Imagem, para informação ao público em geral. A literacia em saúde é uma preocupação da OMS, impondo aos envolvidos o atingimento de metas, através do planeamento e execução de estratégias sustentáveis (Despacho n.º 9390/2021, 2021). No que concerne à enfermagem, a literacia é essencial na gestão de processos complexos relacionados com os doentes e famílias; é mais uma oportunidade que os enfermeiros têm ao seu dispor de poder contribuir para uma mudança de paradigma na assistência dos cidadãos, em geral. A literacia em saúde assenta numa lógica de paridade e responsabilidade, numa cultura de proatividade e de compromisso ativo, no que reporta às decisões sobre a saúde individual e coletiva, com vista à capacitação, *empowerment* e envolvimento dos cidadãos, aproximando-se cada vez mais ao conceito de cidadão-responsável (Andrade et al., 2023; Regulamento n.º 361/2015, 2015). Desta forma, tive oportunidade de contribuir para a melhoria da gestão do serviço e para um atendimento mais célere, eficaz e eficiente.

De acordo com a minha temática em estudo, da evidência científica encontrada na RIL (Ahmadinejad et al., 2020; Alavi et al., 2014; Araújo, Ribeiro, & Chianca, 2017; Azfar et al., 2013; Dutra et al., 2016; Freitas et al., 2018; Hayakawa et al., 2020; Kocaçal G. et al., 2018; Medeiros et al., 2018; Mobarez et al., 2022; O'driscoll & White, 2016; Pitombeira et al., 2018; Rezaei et al., 2022; Santos et al., 202) e da minha prática diária no serviço de Oftalmologia, revela que a observação cuidadosa e avaliação da região ocular e da superfície da córnea, nomeadamente nas pessoas cuja anamnese é de difícil colheita, é de extrema importância (Direção & Comissão, 2008; Gomes & Santo, 2019; Weisenthal et al., 2017).

Weisenthal et al. (2017), referem que é comum a dificuldade encontrada por profissionais pouco experientes, no que concerne à identificação do uso de lentes de contato na pessoa portadora das mesmas, nomeadamente naquelas, que apresentam alterações do estado de consciência, e/ou, por outras razões não conseguem verbalizar ou manifestar a dor ocular ou a fotofobia. Esta ausência na sua identificação e o seu uso e permanência prolongada, poderá originar edemas de córnea e lesões da superfície



ocular, de difícil resolução ou mesmos irresolúveis. A utilização de lentes de contacto, obrigam a condições muito rigorosas quanto ao tempo de permanência, a sua lubrificação e as interferências das condições do ambiente, temperatura e humidade (Torres, 2012). A prática de avaliação da superfície ocular requer treino especializado dos profissionais (Azevedo et al., 2020; Moraes et al., 2022). A formação direcionada dos profissionais seria uma mais valia para a melhoria dos cuidados prestados, podendo ser integrada nos planos de formação do serviço (Cho et al., 2017; Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Outra situação é a da pessoa que recorre ao SUG por rubor ocular, que poderá representar uma emergência oftalmológica, para a qual os profissionais têm de estar despertos e munidos de conhecimento. Esta condição poderá tratar-se de uma situação grave para a visão, mas também, poderá indiciar uma situação grave de doença sistémica (Weisenthal et al., 2017). Assim, a observação da acuidade visual e das pupilas, nomeadamente a sua regularidade e reatividade pupilar, caso sejam sugestivas de alterações, acompanhadas de dor e fotofobia, devem ser referenciadas urgentemente para o SUO. É uma situação que poderá tratar-se de uma emergência oftalmológica, com necessidade imediata e urgente de intervenção especializada (Azevedo et al., 2020; Direção & Comissão, 2008).

De acordo com os algoritmos da triagem de *Manchester*, a área oftalmológica está muito direcionada para situações relacionadas com descolamentos de retina, considerada também, como uma emergência oftalmológica grave (Direção & Comissão, 2008). No entanto, outras situações há, que colocam o sistema visual em risco e as quais poderão passar despercebidas aos profissionais pouco treinados (Moraes et al., 2022). Uma vez que o SUO, não está integrado no mesmo espaço do SUG, é fundamental que os profissionais aprofundem os seus conhecimentos, em áreas mais específicas, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, holísticos e centrados na pessoa (McCormack, 2019). Assim, tive oportunidade de autonomamente ou por solicitação dos colegas, avaliar e validar as suas observações nesta área, desenvolvendo competências na área da formação especializada aos pares, de forma a orientar um encaminhamento mais assertivo da pessoa doente. A mobilização de um pensamento assertivo, é determinante para a obtenção dos melhores resultados e consequentemente, a melhoria

da qualidade de vida da pessoa/família a viver processos complexos de saúde (Tanner, 2006; Tanner et al., 2022).

À semelhança de outras VIAS VERDES, poderá ser desenvolvida nesta área, um *fast track* para o doente de oftalmologia, implementando um algoritmo/encaminhamento para as emergências oftalmológicas, de forma a poder dar uma resposta mais eficaz e eficiente, no âmbito do encaminhamento e tratamento.

Como contributo para o meu desenvolvimento de competências associados à tomada de decisão, tive a oportunidade de poder assistir ao Webinar “Decidir para Cuidar- Tomada de Decisão em Enfermagem”, promovido pela ESEL e que contou com a presença da Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Christine Tanner, entre outros peritos, nomeadamente portugueses. O processo de decisão é complexo, exigindo dos enfermeiros um envolvimento autêntico com a pessoa doente/família, não só no reconhecimento dos aspetos clínicos para a prestação de cuidados diretos, mas também, no reconhecimento das suas preocupações e vivências do seu processo de doença. O pensamento reflexivo aplicado à prática, irá contribuir para um bem estar geral (Tanner, 2006; Tanner et al., 2022). Esta apresentação veio proporcionar-me a apreciação de outras experiências e enriquecimento dos meus conhecimentos, que me permitam ter uma melhor aplicabilidade prática no âmbito da tomada de decisão (Anexo IV).

Seguindo o percurso do estágio, durante a minha passagem pela sala de pequena cirurgia, tive oportunidade de participar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à PSC ou aguda, que vinha acompanhada pelos bombeiros, apresentando várias feridas traumáticas sangrantes, em várias regiões do corpo. Garantida a avaliação ABCDE, a minha intervenção foi dirigida à avaliação e monitorização da dor através de escalas adequada, implementando intervenções não farmacológicas tais como, os posicionamentos (Kolcaba, 1994) e orientação de um diálogo que lhe proporcionasse um maior conforto e tranquilidade (Circular Normativa n.º 11/DSCS/DOCD, 2008; Direção Geral de Saúde, 2003). No entanto, pelas lesões graves que apresentava envolvendo diretamente os tecidos cutâneos, subcutâneos e fáscia, verbalizava com insistência uma dor severa, havendo necessidade de intervir de forma multimodal, adicionando a administração de fármacos analgésicos. O objetivo de diminuição da dor, é uma das áreas de intervenção autónoma de enfermagem. A reavaliação sistemática da pessoa com dor, privilegia a tomada de decisão para uma

maior eficácia no seu controlo e maior colaboração da pessoa no seu tratamento. (Regulamento n.º 361/2015, 2015; Tanner, 2006; Tanner et al., 2022). A dor, encontra-se definida como sendo uma experiência subjetiva de sofrimento, impactando nas diversas dimensões do bem-estar da pessoa doente (International Council of Nurses, 2019). A analgesia permite controlar a agitação da pessoa, evitando comprometer o tratamento, assepsia e o processo de cicatrização, (Pota et al., 2022; Teixeira & Durão, 2016; Teixeira & Silva, 2023). A oportunidade de poder assistir ao “II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, 2022/2023”, contribuiu para consolidar e alicerçar a minha prática na melhor evidência, no que concerne à gestão diferenciada da dor e de habilidades para a obtenção do bem estar da PSC. Os temas apresentados estiveram relacionados com a PSC e as várias perspetivas do cuidar (Anexo V). A formação continua é parte integrante dos meus objetivos, como forma de poder desenvolver competências no que concerne aos cuidados de enfermagem especializados, para a promoção do conforto e bem estar.

As salas de observação e tratamento, são os espaços no SUG onde se concentra a maior afluência de pessoas necessitadas de cuidados, em simultâneo. A resposta que se prevê célere, criaram em mim uma certa apreensão e ansiedade, receando não conseguir acompanhar esta dinâmica, uma vez que nunca tinha experienciado como profissional, cuidar da pessoa doente que se encontra no SUG. Foi fundamental a orientação da Sr.ª Enf.ª Tutora revelada pelo seu conhecimento e prática neste contexto, promovendo o meu desenvolvimento de competências para o estabelecimento de prioridades, focados na vigilância e avaliação de focos de instabilidade (Meyer & Lavin, 2005).

A elaboração de um plano de cuidados e dos registos de enfermagem (International Council of Nurses, 2019), foi para mim uma inovação em todo o meu percurso profissional. A minha atividade profissional desenvolveu-se na área de BO de cirurgia ambulatoria, razão pela qual se justifica nunca ter tido essa oportunidade. A integração no programa, a pesquisa e a introdução de dados revelou-se complexa de início e com menor celeridade de execução, que foi ultrapassada ao longo do tempo do período de estágio. De acordo com Locsin (2015), a tecnologia é dinâmica e encoraja o ser humano a esforços, no entanto não determina a mudança. Esta experiência veio acrescentar ferramentas ao meu desenvolvimento de competências na área da informatização dos processos, como forma imprescindível à continuidade de cuidados.

Durante a minha permanência nesta área de prestação de cuidados, apurei que maioria das pessoas doentes, apresenta algumas alterações do seu estado de consciência atribuída à sua situação de doença aguda ou crónica, sobressaindo as muitas limitações no que concerne à sua autonomia e capacidade colaborativa, necessitando não só de cuidados especializados, mas também de cuidados fundamentais, como os cuidados de higiene e de conforto (Kitson, 2018; Kolcaba, 1994). Procurei estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e familiar de referência, que me fornecesse dados à individualização de cuidados, procedimentos e esclarecimento de dúvidas, fator que considero importante para o estabelecimento de uma relação empática e inclusiva. Em alguns casos tive necessidade de incluir a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar, como a Assistente Social, no sentido de poder ser uma mais-valia na facilitação do processo saúde-doença que está a ser vivenciado pela pessoa e família. Estas, por vezes, vêm-se confrontadas com novas realidades, com a necessidade de redefinição de papéis dentro do seio familiar e a necessidade urgente de encontrar novos espaços para a continuidade de cuidados ou outras soluções possíveis, em que obriga a tomada de decisão e resolução num curto espaço de tempo (Meleis et al., 2000; Regulamento n.º 361/2015, 2015). Esta oportunidade permitiu-me o desenvolvimento de competências especializadas na prática colaborativa e comunicacional, objetivando a satisfação e promoção do bem-estar do cliente e família, minimizando o impacto negativo que o processo saúde-doença traz ao seio familiar.

Durante os cuidados de higiene promovi a privacidade utilizando as cortinas ou biombo e a participação da pessoa doente no seu auto cuidado sempre que foi possível, como reconhecimento enquanto indivíduo autónomo e respeitado, com capacidade de participar no seu plano de cuidados (Kitson et al., 2013).

Dei cumprimento ao procedimento das precauções básicas de controle de infeção, realizando a higienização das mãos e utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), de acordo com a situação clínica de cada pessoa e das recomendações da Direção Geral de Saúde (Norma 029/2012, 2013; Regulamento n.º 429/2018, 2018). A prevenção e controlo de infeção em ambientes de cuidados críticos e a vulnerabilidade destas pessoas, traz uma preocupação acrescida e determinante com impacto na saúde das pessoas (Lebre et al., 2017). Assim, pude desenvolver competências especializadas de enfermagem, maximizando as intervenções baseadas em conhecimento científico no que

concerne à prevenção e controlo de infeção (Norma 029/2012, 2013; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Dentro da minha temática em estudo, durante os cuidados de higiene, tive oportunidade realizar avaliações especializadas de enfermagem, no que concerne à avaliação do défice de encerramento da fenda palpebral, com exposição ou não da superfície da córnea, avaliação e identificação de lesões da superfície ocular e a necessidade de lubrificação (Alansari et al., 2015; Moraes et al., 2021). Como intervenção autónoma procedi à higiene peri-ocular a todas as pessoas a quem prestei cuidados, de forma individualizada. De acordo com os resultados da minha RIL, a prevenção e identificação precoce diminuem os riscos a complicações severas (Araújo, Ribeiro, & Chianca, 2017; Azfar et al., 2013; Kalhori et al., 2015; Meyer & Lavin, 2005; Mobarez et al., 2022). Durante a minha passagem nesta área de cuidados, realizei várias formações informais aos pares, sobre a importância da higiene peri-ocular e o modo correto da sua execução, para a prevenção de infeções e como intervenção especializada de enfermagem. Com a concordância da Sr.ª Enf.ª Tutora e da Sr.ª Enf.ª Gestora, passaram a fazer parte nos carros de apoio à higiene, ampolas de soro fisiológico e compressas, como forma de agilização do processo e sensibilização para a realização do mesmo. Ficou ainda por introduzir no *stock* de fármacos do serviço, os lubrificantes quer em colírios e/ou pomada, para utilização de acordo com a aplicação de um protocolo a ser definido pela equipa multidisciplinar. Cabe aos enfermeiros, na sua prestação de cuidados individualizados e holísticos, terem as competências necessários para poder identificar, antecipar as ações e prevenir complicações, diminuindo os riscos e aumentando o bem-estar doente (Cho et al., 2017; Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A medicação oftalmológica é imprescindível para o bom funcionamento da função visual, em algumas patologias crónicas desta especialidade. Assim, deverá ser parte integrante da reconciliação terapêutica, pois a sua administração ou a falta dela provocam alterações muito significativas na sinergia dos sistemas do corpo humano. A sua integração vem conferir segurança nos cuidados e minimização do erro (Afonso, 2015; Mekonnen et al., 2016; A. Sousa, 2022; World Health Organization, 2019).

A promoção do sono e repouso, durante o período noturno, é condição essencial para o conforto da pessoa doente, auxiliando na sua recuperação. Desta forma promovi a redução ao mínimo possível da iluminação, da prestação de cuidados ou da

administração de terapêutica, durante esse período (Sá et al., 2021). Assim, tive oportunidade de desenvolver competências especializadas no bem-estar da pessoa doente, que contribuísse para uma melhoria rápida na recuperação do seu estado de saúde (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Tutora, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializada à PSC, na sala de reanimação, nomeadamente na avaliação, monitorização e interpretação de sinais vitais que indicassem sinais de instabilidade, de acordo com a mnemónica ABCDE (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). De acordo com as necessidades e avaliação da pessoa doente no momento, desenvolvi competências especializadas na antecipação de procedimentos, nomeadamente a cateterização periférica, preparação e administração de terapêutica e preparação de materiais e equipamentos para assegurar a via aérea e manutenção da função cardíaca, segundo protocolos de atuação instituídos (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Ainda, durante a minha permanência neste setor, tive oportunidade de colaborar na preparação da pessoa, materiais e equipamentos, durante as intervenções especializadas de procedimentos invasivos. Uma destas experiências foi alvo de análise através da elaboração de um Jornal de Aprendizagem recorrendo à utilização do ciclo Gibbs (2013), como modo de reflexão das minhas experiências vivenciadas, sustentadas em evidência científica. Assim, a situação selecionada prendeu-se com a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de ser submetida a procedimentos invasivos (Toracocentese com colocação de dreno torácico), que implicava internamento hospitalar. Este evento deixou-a bastante apreensiva, não com a sua situação de doença no momento, mas com o fato de deixar um familiar idoso sozinho no domicílio, de quem era cuidadora. Após a sua estabilização do tratamento instituído, proporcionei a presença do familiar de referência, respeitando a privacidade e promovendo a comunicação, para que em conjunto pudessem redefinir papéis e uma reorganização familiar. A mobilização de conhecimentos sustentados em Meleis et al. (2000), veio contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas na área comunicacional, contribuindo para o bem estar da pessoa/família, readaptação funcional à nova condição, prevenindo simultaneamente complicações e infeções (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Há a acrescentar ainda que, durante a minha passagem pela sala de reanimação, tive a oportunidade de realizar alguns transportes inter-hospitalares, nomeadamente em pessoas vítimas de AVC e que necessitaram de intervenção imediata no Serviço de Imagiologia. De acordo com a fase de transporte, preparei o material necessário e adequado dando cumprimento às recomendações preconizadas para o transporte de doentes críticos (Médicos & Intensivos, 2008). Por necessidade de intervenção imediata à PSC no Serviço de Imagiologia, preparei e administrei medicação fibrinolítica, em tempo útil, de acordo com o protocolo estabelecido no serviço. Esta experiência permitiu-me o desenvolvimento de competências especializadas, baseados nos conhecimentos teóricos adquiridos sobre os protocolos terapêuticos complexos de atuação nesta área e fundamentais para a intervenção EEEMCPSC (Norma 015/2017, 2017; Nunes et al., 2017; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Nos momentos de transição de cuidados, utilizei a metodologia Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações (ISBAR) (Norma 001/2017, 2017), usada na instituição na passagem de informações relevantes. Desta forma, a problemática das falhas de comunicação entre os profissionais torna-se menor, contribuindo para a diminuição dos erros associados aos processos de comunicação em situações críticas (Castro et al., 2022; Norma 001/2017, 2017; Paiva et al., 2022). Através desta aprendizagem, desenvolvi competências na estruturação do pensamento crítico que me serão facilitadoras para poder transpor para a minha prática diária, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Integrada na equipa de enfermagem, frequentei uma formação em serviço, com as componentes teórico-práticas do dispositivo “LUCAS 3®-Sistema de Compressão Torácica Externa” (Anexo VI), contribuindo para o meu desenvolvimento de competências especializadas na utilização deste dispositivo. A sua aplicabilidade é de extrema relevância na prática de SAV, nomeadamente em situações onde as dificuldades são acrescidas no que concerne ao resgate e transporte de vítimas, em situação de multivítimas com número reduzido de profissionais ou por exaustão dos mesmos, assim como, em pessoas elegíveis para a Via verde paragem cardiorrespiratória (PCR), com necessidade de serem conectadas a *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), para *extracorporeal CardioPulmonary Resuscitation* (eCPR) ou doação de órgãos (Instituto

Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020; Lei n.º 12/93, 1993; Lei n.º 36/2013, 2013; Panchal et al., 2020) .

No decorrer do estágio, tive ainda a oportunidade de assistir ao “ I CONGRESSO INTERNACIONAL de EMERGÊNCIAS 23” (Anexo VII). Dentro dos vários temas, saliento a importância dada à formação baseada em evidência de forma contínua e continuada, bem como a importância do treino em emergências, como forma pedagógica para melhoria do desempenho em cenários reais. A importância da comunicação e os *debriefings*, a gestão de conflitos e o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, revelam-se como fundamentais na formação de líderes e constitui a base do trabalho de equipa (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). As apresentações vieram consolidar a aquisição de conhecimentos adquiridos em sala de aula e o desenvolvimento de competências para atuações em situações de trauma e exceção. Foi ainda dado ênfase, à importância da prática colaborativa e inclusiva, das várias entidades públicas ou privadas, em situação de crise ou catástrofe, como foi experienciado pelas equipas de saúde, Câmaras Municipais, recintos desportivos e restaurantes, na situação da pandemia de COVID-19. Dentro do âmbito da emergência participei no I *International Webinar – Master’s Degree in Medical-Surgical Nursing - “Management and Leadership in Critical Nursing: pre-hospital, emergency & intensive care”* (Anexo VIII). O conhecimento de outras realidades e experiências, a aplicabilidade e implementação de protocolos de planos de atuação, a construção de estruturas e sua organização que permitam a prestação contínua de cuidados urgentes e emergentes, contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas para atuação em situação de catástrofe desde a conceção à ação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Sobre o plano de catástrofe interno, planta do hospital e reorganização do mesmo, para uma atuação rápida de evacuação de pessoas doentes e profissionais, está acessível para consulta.

De forma a sustentar a minha prática, durante o estágio, fui desenvolvendo competências especializadas através da pesquisa contínua de conhecimento em evidência científica, o que me foi permitindo a otimização do ambiente em processos terapêuticos complexos, contributos estes fundamentais para maximizar a prevenção, intervenção e controle de infeção, decorrentes da situação complexa de saúde aguda ou



crônica. Mobilizei conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente e transpus da minha prática diária, os conhecimentos que fui adquirindo e consolidando ao longo do meu percurso profissional. Dentro da minha temática de estudo, dei continuidade à minha RIL, na procura da mais recente evidência, dando possibilidade a ser transposta para a prática de cuidados à PSC, que apresente risco de lesões da córnea, no SUG.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família no SUG, constituí para mim, uma experiência completamente única e nova, em todo o meu percurso profissional. Foram contributos fundamentais as orientações da Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora e da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Tutora, a observação e práticas com peritos, a pesquisa científica, os conhecimentos e as práticas baseadas em evidência.

Também muito enriquecedor para a minha aprendizagem, foi a oportunidade de experienciar e participar na aplicação de uma prática colaborativa, com reforço ao trabalho de equipa e resposta às necessidades de recursos humanos e necessidades da pessoa doente. Desta forma é fomentando o espírito de entreajuda, fortalecendo as relações e a flexibilidade, contribuindo também para uma maior eficácia da organização. Segundo Paiva et al. (2022), esta prática deve ser implementada nos ambientes da prática clínica para otimizar as atuações multidisciplinares.

A minha experiência como enfermeira em contexto de trabalho de BO, em cirurgia programada e de urgência na especialidade de oftalmologia, veio acrescentar contributos ao meu desempenho nas atividades especializadas na área oftalmológica. Segundo Benner (2001), a experiência vivenciada não se referencia apenas na passagem do tempo, mas também na melhoria da teoria que associada a situações reais, acrescentam ténues nuances ou diferenças, que permitem dar respostas a situações complexas. O conhecimento científico aliado à experiência vivida, torna-se condição fundamental para a aprendizagem e evolução do ser humano, indispensável ao desenvolvimento da perícia em que a experiência se apresenta (Benner, 2001).

## 2.2 Ensino Clínico em UCI

O contato com os doentes e familiares em regime de internamento e em particular em UCI, revelava-se para mim de uma grande apreensão, não só pela novidade do contexto como pelo desconhecido, mas principalmente, pela complexidade de avaliação, interpretação e intervenção especializada da PSC.

Entrei como iniciada neste contexto com o objetivo de chegar ao final, com um nível de aprendizagem e de desenvolvimento de competências superior, que pudesse responder de forma eficaz, intervindo de forma eficiente, antecipando complicações e promovendo a resolução das mesmas, através da mobilização de conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, na evidência científica, com os peritos do contexto e sabendo aplicar um juízo crítico na participação das decisões da equipa multidisciplinar (Benner, 2001).

Os objetivos específicos para este contexto e o desenvolvimento das suas atividades, encontram-se em anexo (Apêndice III).

Assim, de modo a atingir os objetivos, foi traçado um plano de integração, avaliado em parceria com a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora, pelo Sr. Enf.<sup>o</sup> Tutor e por mim, que me permitisse avaliar a PSC/família, como um todo, com cuidados personalizados e centrados na própria pessoa, alicerçados na teoria da Vigilância (McCormack, 2019; Meyer & Lavin, 2005).

Este estágio de ensino clínico desenvolveu-se numa UCI de um CH, da região de Lisboa. Está referenciado como sendo de nível mais diferenciado, dando resposta a situações de urgência/emergência (Despacho n.º 727/2007, 2007). É composto por 3 unidades hospitalares, que distam entre elas alguns quilómetros.

Esta UCI é polivalente, obedecendo à classificação de nível II e III (Paiva et al., 2017). As camas destinadas para doentes de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017). As camas de nível II, são destinadas a pessoas que apresentam um estado clínico que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte, de apenas a uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2017).

A proveniência dos doentes para UCI é muito diversificada e cumpre as normas preconizadas pelo Grupo de Trabalho, nomeado pelo Ministério da Saúde e suportadas em *guidelines* internacionais (Penedo et al., 2013).

O horário das visitas nestes contextos são fatores de extrema importância, não só para a pessoa doente, como também, para os familiares e amigos de referência que a visitam. O horário decorre entre as 14 e as 17h diariamente, com limitação a 3 visitas por pessoa, com alternância de 1 de cada vez. Perante a PSC que se encontram clinicamente em fim de vida, é permitida a entrada a um maior numero de visitas, mantendo a sua alternância e as normas de precauções básicas de controlo de infeção (Norma 029/2012, 2013).

Sempre que presentes, tentei acompanhar as visitas de todas as pessoas a quem prestei cuidados. Esta é uma forma de participação dos familiares no processo de cuidar, sendo importante que iniciem a sua intervenção munidos de conhecimentos imprescindíveis às boas práticas no controlo de infeção. De acordo com o Despacho n.º 10901/2022 (2022), desde 2004 que OMS definiu a segurança e a prestação de cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos, como uma prioridade na agenda de todos os estados membros. Neste sentido, fui aproveitando a oportunidade do momento da visita, para capacitar o cuidador, com demonstrações realizadas por mim e validação posterior através da observação, da aplicação das boas práticas (Bastos, 2022; Norma 029/2012, 2013). A literacia em saúde é um processo de aprendizagem que envolve os profissionais, mas também, a população em geral (Andrade et al., 2023).

É nesta unidade que está sediada a de Equipa de Emergência de Medicina Intra-hospitalar (EEMI) (Despacho n.º 9639/2018, 2018). No entanto, se houver necessidade de realizar um transporte de PSC dentro do CH ou inter-hospitalar, é contactada a equipa de EEMI, que se desloca ao local e realiza o transporte. Nestas situações, a assistência médica e de enfermagem especializada, fica sempre assegurada por outros colegas dentro da UCI (Ramires et al., 2023).

Durante o estágio, tive também a oportunidade de acompanhar e participar como elemento da equipa de EEMI numa ativação de emergência intra-hospitalar, num contexto de PCR. Perante esta ativação, foi dado inicio ao protocolo instituído segundo as normas preconizadas pelo Colégio de Medicina Intensiva (Ramires et al., 2023). Durante o trajeto, o *team leader* foi distribuindo as funções que cada um iria ocupar na equipa. À

chegada ao local, os enfermeiros do serviço já se encontravam em manobras Suporte Básico de Vida (SBV) (Instituto Nacional de Emergência Médica INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica DFEM, 2021). O *team leader* tomou a decisão de se iniciarem as manobras de SAV. Sob a supervisão do Sr. Enf.º Tutor, fui preparando os fármacos, até à estabilização da pessoa. Considerada a sua estabilização, foi transportada pela EEMI para a UCI, sob VMI por tubo oro traqueal (TOT), com oxigénio em bala de transporte e monitorização de sinais vitais. À chegada à UCI, entrou novamente em PCR. De acordo com o conhecimento prévio da sua situação de saúde-doença da pessoa, o *team leader* questionou a equipa sobre a decisão a adotar em equipa. Qualquer planeamento envolve Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação (Ramires et al., 2023).

Mediante esta situação, houve oportunidade para a realização de *debriefing* com todos os elementos intervenientes, como promoção há crítica construtiva e possíveis melhorias (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Acompanhei a equipa ao serviço de internamento para também, um *debriefing* com os enfermeiros. Foi elogiada toda a sua atuação desde a forma de ativação da equipa, localização do serviço, quarto, situação clínica e toda a postura que demonstraram, iniciando as manobras que estavam ao dispor, como o SBV (Instituto Nacional de Emergência Médica INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica DFEM, 2021). Com a minha participação e integração nesta equipa e nesta experiência, tive a oportunidade de pôr em prática a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e práticas durante o curso de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020), desenvolvendo competências especializadas em prestação de cuidados em emergência, inserida na EEMI. Como primeira experiência em tempo real de intervenção em SAV, considero que o treino é imprescindível para a melhoria da minha prestação de enfermagem especializada, indo ao encontro do que refere a regulamentação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A comunicação do óbito, foi efetuada pelo *team leader*, na presença do familiar de referência (filha). Nesta UCI os profissionais dispõem de um gabinete mais reservado, que tem como objetivo conferir maior privacidade aos familiares, no que concerne às informações sobre o estado de saúde do seu familiar doente e a perspetiva do seu

prognóstico, ou então, para a comunicação de más notícias. De acordo com Pereira et al. (2013), a comunicação é um processo complexo de criação e recriação de informação, que envolve a troca e partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. De forma consciente ou inconsciente, por comportamentos verbais ou não verbais, podemos apreender e compreender, as intenções, opiniões, emoções e sentimentos, manifestados pela outra pessoa (Pereira et al., 2013). Nas unidades de cuidados críticos, os profissionais estão muito expostos aos processos de luto e morte, pelo que se torna fundamental a sua aquisição de conhecimentos e estratégias que facilitem a gestão destes processos complexos de (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Ao longo do estágio, fui desenvolvendo competências nesta área de intervenção, através da observação de pares, conhecimento científico e gestão das minhas próprias emoções.

Desde janeiro 2024, está em funcionamento uma consulta de *Follow up*, (Villa et al., 2021) da qual fazem parte o enfermeiro e o médico. Os objetivos são orientados para a avaliação da pessoa recuperada do seu estado crítico, quanto à parte física, fisiológica e psíquica. Tem ainda como objetivo o encaminhamento para outras especialidades médicas ou apoios sociais, promovendo o seu processo de recuperação. Ao ter participado nestas consultas, permitiu-me perceber qual o impacto que o internamento em UCI teve na vida destas pessoas/famílias e obter conhecimentos para desenvolver competências especializadas no que concerne ao encaminhamento da pessoa pós situação crítica, para cuidados diferenciados e de suporte, visando a sua readaptação funcional (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Os critérios de avaliação do doente crítico iniciam-se pela observação sistémica e sistematizada, interpretação e vigilância dos fatores de instabilidade hemodinâmica, a aplicação de medidas corretivas o mais precoce possível, de forma eficaz e eficiente e a sua posterior avaliação (Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

A utilização de metodologias como um de plano de cuidados personalizado e informatizado (International Council of Nurses, 2019; Locsin, 2015) permitem uma abordagem à PSC, mais eficiente e precisa, com a integração de todos os equipamentos de avaliação hemodinâmica com a migração simultânea dos dados, evitando assim, quebras de informação e minimização dos erros associados aos cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2022).

A informatização dos dados permite a utilização de uma linguagem comum no que concerne à monitorização das escalas de avaliação do estado de consciência e neurológico, *delirium*, dor, risco de úlceras de pressão e risco de queda. Contribui como uma mais valia quanto à validação da aplicabilidade dos feixes de intervenções relacionados com o controle de infeções, associados às necessidades da PSC e dos cuidados prestados. Neste estágio pude desenvolver competências na prática da elaboração de planos de cuidados individualizados e centrados na pessoa, integrando as diversas intervenções especializadas de enfermagem e a sua avaliação, revelando-se como fundamental para a continuidade de cuidados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Dentro dos diversos diagnósticos de enfermagem disponíveis na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019), identifiquei a existência do diagnóstico - **risco de lesão ocular**.

De acordo com a minha RIL, as atitudes/intervenções disponíveis em sistema informático são reduzidas face à amplitude de atuação nesta área onde o enfermeiro pode intervir de forma autónoma, na promoção da vigilância e prevenção do risco de lesão ocular. Assim, surge a possibilidade e a minha disponibilidade, em poder contribuir para a atualização do programa informático (*BSimple Patient Care®*), no que concerne às intervenções autónomas de enfermagem, baseadas em evidência científica para a pessoa com risco de lesão ocular (Ahmadinejad et al., 2020; Alavi et al., 2014; Azfar et al., 2013; Hayakawa et al., 2020; Kalhori et al., 2015; C. Pinheiro et al., 2022; Rezaei et al., 2022). O objetivo final é contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados, na identificação de fatores de risco e valorização da prevenção e vigilância, perante o risco de lesões oculares na PSC (Afonso, 2015; Meyer & Lavin, 2005; Motoko et al., 2016; O'driscoll & White, 2016; Ramírez et al., 2008; Silva et al., 2021; Sousa, 2022; World Health Organization, 2021).

Através do manual do serviço pude verificar a existência de um procedimento sobre os cuidados oftalmológicos, elaborado pela equipa de enfermagem, com necessidade de atualização segundo as *guidelines* internacionais (Aragão et al., 2022; Araujo, et al., 2017; Mobarez et al., 2022; Moraes et al., 2022; Sanghi et al., 2021). Está previsto o agendamento desta reformulação com a minha colaboração, para uma oportunidade próxima, contribuindo para a atualização de conhecimentos dos profissionais e da prestação de cuidados baseados nas mais recentes evidências (Moraes et al., 2022).

Assim, durante a prestação de cuidados, realizei uma avaliação especializada do risco de lesão da córnea à PSC, tendo em conta os fatores já apresentados na Figura 1, e segundo o referencial teórico de Meyer & Lavin (2005).

A higiene peri-ocular, é um cuidado fundamental, que deve estar contemplado na prática diária durante os cuidados de higiene (Kitson et al., 2013). Perante o risco de lesão de córnea da PSC, fiz a proposta ao Sr. Enf.º Tutor da possibilidade de integração na reposição de medicação, sem necessidade de recorrer a prescrição médica, de lubrificantes em colírio ou gel e sua reposição de acordo com as necessidades. Em concordância com a Sr.ª Enf.ª Gestora, foram introduzidos na reposição da farmácia do serviço e colocadas nas unidades de cada pessoa doente, de forma a poder promover a lubrificação e incentivo à sua utilização, com o objetivo de prevenir o risco de desenvolvimento de lesões da córnea. Desta forma, foi uma oportunidade de poder desenvolver competências na área da gestão e contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas, na prestação de cuidados à PSC, com risco de lesão da córnea (Regulamento n.º 101/2015, 2015; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

A todas as pessoas a quem prestei cuidados, realizei uma avaliação do risco desta ocorrência e a necessidade de vigilância. Assim, inclui no processo de enfermagem, as intervenções necessárias e disponíveis no programa informático, no que concerne à frequência da vigilância e higiene peri-ocular; o horário; o tipo de lubrificação e proteção que melhor se adequava a cada pessoa (Aragão et al., 2022; Azfar et al., 2013; Meyer & Lavin, 2005; Mobarez et al., 2022). Esta atitude, permitiu-me desenvolver competências especializadas na área da prevenção e controle de infeção na área oftalmológica, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados à PSC. O registo informatizado (Locsin, 2017), vem possibilitar a continuidade dos cuidados, pois sendo uma intervenção, necessita de avaliação e registo, contribuindo para a segurança da pessoa doente e dos profissionais (Direção Geral de Saúde, 2022).

A PSC, encontra-se com uma vulnerabilidade acrescida, necessitando de vários cuidados fundamentais (Kitson et al., 2013). A promoção do sono e repouso durante o período noturno é fundamental a todo o ser humano. Nos ambientes de cuidados críticos, torna-se de extrema relevância que seja cumprido este período de repouso, como forma de manutenção da estabilidade de todos os sistemas fisiológicos e dos ciclos circadianos, contribuindo para a redução do *delirium* e do tempo de internamento (Sá et al., 2021).

Durante este período, promovi a redução da luminosidade ambiental ao mínimo possível, diminuição do volume dos alarmes e realizei apenas as intervenções estritamente necessárias à continuidade de cuidados. Assim, tive a oportunidade de desenvolver competências especializadas na área de prevenção de complicações, promovendo o bem-estar e objetivando uma recuperação o mais rápida possível (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

A higienização oral é outro cuidado fundamental de grande relevância, nomeadamente na prevenção das infeções à PSC (Norma: 021/2015, 2017). A cavidade oral apresenta-se como um reservatório natural de vários microrganismos, que pela sua proximidade com a região peri-ocular pode contribuir para o aumento de incidência do risco de lesão da superfície ocular. Se o encerramento palpebral não estiver presente e/ou mantido durante a higienização oral, a possibilidade aerossolizar pequenas partículas desta cavidade, para superfície corneana, é bastante elevada. Comumente nestas pessoas o reflexo do pestanejar está ausente, o que diminui a possibilidade da lubrificação natural, levando a que esses microrganismos fiquem depositados na superfície corneana, originando diversos tipos de infeções oculares (Araújo et al., 2016; Medeiros et al., 2018; R. Silva et al., 2021). Este evento é também relatado nos estudos de evidência, com sendo comum na PSC, que apresenta os seus mecanismos fisiológicos de proteção e lubrificação da córnea comprometidos (Araújo et al., 2016; Werli-Alvarenga et al., 2011, 2013). Assim, para uma correta higienização oral ou aspiração de secreções, o enfermeiro deverá avaliar inicialmente o risco inerente à sua prática de cuidados, podendo estar a contribuir para a transmissão indireta de infeções e aumentar o risco de lesão do órgão. Durante o estágio, fui realizando algumas formações informais teóricas e práticas aos pares, de forma a alertar para a importância do cumprimento das boas práticas, no que concerne à correta higiene ocular, lubrificação e proteção, estimulando à elaboração de um protocolo de intervenção (Aragão et al., 2022; Azfar et al., 2013; Mobarez et al., 2022), desenvolvendo assim, competências especializadas de formação e disseminação de conhecimento.

Outra aspeto a ser avaliado na PSC com risco de lesão ocular, é a necessidade de permanecer em decúbito ventral, devido à sua situação clínica, como por exemplo, na pessoa doente com *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)* (Zanchetta et al., 2022). Deverá ser exercida uma maior vigilância e proteção da região ocular, pois as secreções



que ficam depositadas na almofada/resguardo, poderão pôr em risco a superfície corneana, pelo mecanismo já descrito anteriormente. Aqui acresce ainda o fato, deste posicionamento poder aumentar a pressão sobre o globo ocular, tanto pela pressão direta, como pela *Positive End Expiratory Pressure (PEEP)* exercida pela VMI, no mecanismo ventilatório. Esta ocorrência pode levar à probabilidade de outras complicações, como é o caso do aumento da pressão intraocular, que mantida em pressões altas diminui a irrigação do nervo ótico, levando à sua isquemia e por conseguinte, à cegueira irreversível (Sanghi et al., 2021).

Esta é uma problemática que se apresenta na comunidade científica, como uma preocupação crescente. Os resultados revelam um aumento de incidência de lesões da córnea em UCI, com complicações e implicações graves, na vida daquelas pessoas/famílias e da própria sociedade em geral (Araújo et al., 2016; Santos et al., 2023; Werli-Alvarenga et al., 2011). Assim, durante o estágio fui sensibilizando os colegas para a importância desta temática em estudo e da relevância da sua imprescindibilidade nas nossas atitudes do cuidar, de forma holística e centrada na pessoa (McCormack, 2019; Meyer & Lavin, 2005).

Outro aspeto com grande relevância para a promoção da vigilância e prevenção do risco de lesões da córnea, é a preservação e manutenção do órgão nas condições ideais. Tem de ser considerada a possibilidade de poder ser utilizado para transplantação, permitindo contribuir para a melhoria da qualidade de vida de outras pessoas (Lei n.º 36/2013, 2013).

No momento de transição de cuidados, a passagem de turno realiza-se de acordo com a técnica ISBAR, como forma de diminuição de lapsos de informação e diminuição de erros na continuidade de cuidados (Norma 001/2017, 2017). Esta forma de passagem de informação permitiu-me desenvolvimento de competências especializadas no que concerne ao raciocínio lógico e sistematizado da PSC, evitando falhas de informações relevantes que coloquem em causa a continuidade de cuidados.

Recorrendo do conhecimento científico apreendido e tendo em conta os objetivos específicos e atividades delineadas, dei resposta a:

a) avaliação do doente de acordo com as orientações e a mnemónica ABCDE (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica,

2020; Marra et al., 2017), de forma a poder instituir o mais precocemente, as intervenções de acordo com a avaliação encontrada;

b) avaliação do estado de consciência através da escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (Namigar et al., 2017; K. Santos et al., 2016), de forma a poder avaliar o grau de sedação e a sua necessidade;

c) avaliação neurológica pela escala de *Glasgow Scale Coma* (GSC) (Institute of Neurological Sciences NHS, 2015), de forma a poder validar a resposta neurológica aos fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões;

d) avaliação e monitorização da dor (Norma 09/DGCG, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008) segundo a escala de *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID) (Pinho et al., 2012). No entanto, de acordo com alguns autores, a escala que melhor se adapta a este contexto é a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT), pela sua capacidade de monitorização através da observação do comportamento do doente crítico, sedado e/ou inconsciente, e/ou com alterações de consciência, sob VMI ou não, mas que apresenta em qualquer das circunstâncias, dificuldade em autorrelatar a sua dor. As suas manifestações traduzem-se por indicadores como a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ao ventilador ou a vocalização na pessoa extubada (Pinheiro & Marques, 2019; Teixeira & Silva, 2023). A avaliação da dor em doentes acordados e conscientes é monitorizada e registada através do autorrelato pela escala de faces (American Association of Critical-Care Nurses, 2018; Teixeira & Silva, 2023). Perante a monitorização da dor, tive oportunidade de desenvolver competências especializadas na sua avaliação, que permitissem ter um julgamento crítico e tomada de decisão assertiva, para aplicar medidas interventivas não farmacológicas ou discutir com a equipa multidisciplinar outras alternativas. (American Association of Critical-Care Nurses, 2018; Norma 09/DGCG, 2003);

e) avaliação do risco de lesões oculares, através da vigilância e medidas de proteção que diminuam os riscos, implementando precocemente intervenções preventivas de acordo o conhecimento adquirido na minha RIL (Ahmadinejad et al., 2020; Alavi et al., 2014; Azfar et al., 2013; Hayakawa et al., 2020; Kalhori et al., 2015; C. Pinheiro et al., 2022; Rezaei et al., 2022);

f) avaliação do risco de queda pela escala de Morse (Norma 008/2019, 2019), mantendo a cama travada e as grades elevadas. Quando iniciado o levante para o cadeirão, são

mantidas as rodas travadas, são calçadas meias com proteção antiderrapante e disponibilizada a campainha de emergência, junto da pessoa;

g) avaliação da temperatura através de termómetro timpânico e monitorização. De acordo com as necessidades tive oportunidade de realizar procedimentos não farmacológicos, ou farmacológicos avaliados em equipa.

No que concerne à manutenção da temperatura corporal, a UCI está provida de equipamentos de aquecimento através de lençóis insuflados mecanicamente. A vigilância da temperatura corporal é uma intervenção autónoma de enfermagem, de grande relevância, nomeadamente nestes contextos, onde a pessoa se encontra submetida a sedação e/ou curarização, dependentes de mobilizações frequentes, fluidoterapias em perfusões contínuas, técnicas de substituição renal e condições de humidade e temperatura do ambiente com características particulares (Meyer & Lavin, 2005). Da minha experiência profissional em BO, sugeri a introdução de mantas térmicas de aquecimento, descartáveis e em uso nos BO. A demonstração de elevada eficácia comprovada mesmo em pessoas com hipotermias severas e a durabilidade de manutenção da temperatura por cerca de 10h, a sua utilização poderá ser uma alternativa ao que existe na UCI ou mesmo na indisponibilidade dos equipamentos de aquecimento (Ribeiro et al., 2017). Sendo um consumível, foi confirmada a sua disponibilidade em armazém clínico, podendo o código de artigo ser introduzido para a reposição semanal. De acordo da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Gestora, houve a oportunidade de se poder fazer a experiência. A sua eficácia de utilização, foi consensual na equipe multidisciplinar, estando já incluído, na reposição do serviço pelo armazém clínico. Esta oportunidade permitiu-me o desenvolvimento de competências especializadas na avaliação da PSC no que concerne à manutenção da temperatura corporal e prevenção de complicações e na organização de cuidados especializados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

De acordo com as necessidades da PSC, fui desenvolvendo competências especializadas durante a prática de cuidados, baseada nos mais recentes feixes de intervenção, que estão preconizados pela Direção Geral da Saúde. O seu cumprimento nos serviços de saúde são imprescindíveis à prestação de cuidados seguros de prevenção e controlo de infeção, à pessoa gravemente doente. Da mesma forma, através do conhecimento científico e da apreensão de conhecimentos em aulas teóricas, sob a orientação do Sr. Enf.º Tutor, tive oportunidade de desenvolver competências

especializadas, na gestão protocolos terapêuticos complexos no âmbito da: “Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação ”(Norma: 021/2015, 2017), “Prevenção de Infecção Urinária associada a cateter vesical” (Norma: 019/2015, 2022), “Prevenção da Infecção relacionada com o Cateter Venoso Central” (Norma: 022/2015, 2022), “Técnica de termodiluição”, para avaliação do débito cardíaco através da monitorização de cateter na artéria pulmonar (Silva, 2013), manipulação com técnica asséptica dos sistemas de alimentação parentérica, perfusões farmacológicas e colheitas de sangue para análises de rotina e gasometrias, através de cateter venoso central (Norma 029/2012, 2013), monitorização, interpretação e avaliação dos resultados através dos equipamentos utilizados na técnica de substituição da função renal (Hemodiafiltração) (Valdenebro et al., 2021).

A pessoa que se encontra em VMI, curarizado ou sob sedação, não estabelece comunicação verbal dificultando a personalização dos cuidados prestados. A interação com a família tem-me permitido um maior conhecimento e envolvimento com PSC, no que concerne à satisfação do cliente, respeito por crenças e valores e por conseguinte, contribuir para bem estar e satisfação da pessoa doente (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Esta forma de abordagem, permitiu-me o desenvolvimento de competências comunicacionais que me orientassem para uma colheita de dados relevantes para o entendimento do processo saúde/doença, contribuindo para uma prestação de cuidados mais individualizada e centrada na pessoa (McCormack, 2019). Resulta também numa forma mútua de esclarecimento de dúvidas tanto para os familiares como para a equipa, constituindo-se como fator facilitador na gestão do processo complexo que estão a vivenciar e ao mesmo tempo, promotor do envolvimento dos familiares com a equipa multidisciplinar (Meleis et al., 2000).

De acordo com as normas preconizadas e as recomendações do Despacho n.º 10901/2022 (2022) cumpri a utilização do EPI de forma sistemática, durante a prestação de cuidados à PSC e/ou contacto com a unidade da pessoa doente e sempre que se justificasse (World Health Organization, 2021). A higienização das mãos foi realizada segundo a Norma 007/2019 (2019).

A PSC necessitada de isolamento pela sua situação infecciosa, além das precauções básicas de controle de infeção, foram acrescentadas as medidas adicionais de acordo com a via de transmissão. O tipo de isolamento está identificado por cores, afixado à

entrada de cada unidade, com as devidas recomendações, dando cumprimento às orientações da política de isolamentos, da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA) do CH. Conforme a recomendação, os EPI estão fora da unidade, imediatamente antes da sua entrada. Após a sua utilização, são descartados dentro da unidade da PSC, nos respectivos contentores, previamente identificados, cumprindo assim, a política de separação de resíduos e seu acondicionamento (Decreto-Lei n.º 73/2011, 2011). A roupa utilizada é acondicionada em saco próprio dentro da unidade, seguindo as recomendações da ULPPCIRA do CH.

De forma a incrementar os meus conhecimentos e desenvolver competências especializadas na área de prevenção e controlo infeção, realizei pesquisa científica continua e tive a oportunidade de frequentar cursos, participar em *Webinars* e encontros científicos com peritos (Anexo IX; X; XI; XII; XIII; XIV; XV; XVI).

Fazendo parte dos meus objetivos, elaborei um Jornal de Aprendizagem seguindo as orientações do ciclo de (Gibbs, 2013) como forma de reflexão interior das minhas práticas. Apresentei ainda um estudo de caso, em contexto de seminário na ESEL e programado em cronograma (Apêndice I). A elaboração destes trabalhos, promoveu a pesquisa científica e o juízo crítico para as tomadas de decisão, imprescindíveis à prática (Tanner, 2006; Tanner et al., 2022).

A abordagem global, integrada e multidisciplinar, num universo de doentes cada vez mais complexo e grave, impõe aos profissionais um maior rigor nos critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de garantir o exercício ético da medicina nos limites da função orgânica, obtendo assim, uma visão do doente como um todo, assentes nas mais recentes evidências e conhecimentos científicos (Paiva et al., 2017).

A atualização de conhecimentos e a partilha com peritos é de extrema relevância, para a melhoria da prestação continua de cuidados. Assim, procurei a oportunidade de poder partilhar experiências e conhecimentos relacionados com a área de Oftalmologia, participando em eventos científicos nacionais e internacionais (Anexo XVIII; XIX; XX; XXI).

Terminado o estágio, considero ter sido uma experiência fantástica e rica em conhecimentos e desenvolvimento de competências, nas mais variadas vertentes da prestação de cuidados como futura Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e EEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), na procura da excelência de cuidados à PSC

sustentando a minha prática no referencial teórico de Meyer & Lavin (2005), no que concerne à vigilância, observação, colheita e procura continua prevendo e detetando precocemente complicações, objetivando assegurar intervenções precisas, concretas, eficazes e eficientes em tempo útil (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

### **2.3 Outras atividades**

Depois de avaliados os objetivos e a sua pertinência, a apresentação do terceiro subcapítulo, surge pela realização de um conjunto de outras atividades durante este percurso académico.

A sua efetivação, resultou numa grande motivação pessoal e do incentivo incondicional da Sr.ª Prof.ª Orientadora. Estes contributos revelaram-se fundamentais para alicerçar o meu desenvolvimento de competências na área de investigação, da formação e comunicação, como forma de disseminação do conhecimento científico e também, como incentivo para a continuidade da formação especializada em Enfermagem, com a participação em projetos de implementação de formação em ensino superior em Enfermagem.

Durante o percurso deste Mestrado, fui convidada a integrar a ULPPCIRA (Despacho n.º 10901/2022, 2022), da unidade hospitalar onde desenvolvo a minha atividade. Foi com grande entusiasmo que aceitei esta oportunidade e também como um grande desafio, quer pessoal, quer profissional. Esta nova experiência vem acrescentar a possibilidade de aprofundar conhecimentos na área de prevenção e controlo de infeção, imprescindível ao meu desenvolvimento de competências como EEMCPSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Desde 2010, que me desloco a uma região de África, integrada numa Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), promotora de missões de caráter humanitário, três vezes por ano. Estas missões têm como objetivo, a prestação de cuidados oftalmológicos especializados, tanto médicos como cirúrgicos à população em geral. Fazem ainda parte dos objetivos destas missões, a formação especializada de profissionais. Assim, no âmbito do Mestrado e aproveitando a oportunidade de capacitar as equipas de enfermagem em África, propus a apresentação de uma sessão de formação, aquando da minha 41ª deslocação. Após avaliação dos objetivos e validação do

plano da sessão pela Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora, realizei a formação em setembro de 2023 (Apêndice IV). Teve como destinatários, os enfermeiros que desempenham funções no Hospital Central e como objetivos, sensibilizar para a importância da continuidade do seu percurso académico para a obtenção duma prática baseada em evidência e desenvolvimento de competências especializadas nas diversas vertentes do cuidar. Aproveitei a oportunidade para partilhar os resultados da evidência científica sobre a importância da vigilância e prevenção das lesões oculares, no contexto de pós-operatório da cirurgia da catarata (Barry et al., 2013). A apresentação foi realizada através de método expositivo, interrogativo e ativo, com recurso à apresentação e projeção de diapositivos. Para avaliação da minha apresentação, recorri ao preenchimento de um questionário anónimo, pelos enfermeiros (Apêndice V).

Como resultado imediato desta formação e do meu desempenho profissional neste contexto, realizei um estudo exploratório transversal, através da revisão de literatura baseada nas *guidelines* internacionais, levantamento das necessidades formativas das equipas, formação dirigida e ainda, a entrevista e observação dos participantes, após as 72 horas de pós-operatório da cirurgia da catarata. Tive a oportunidade de apresentar os seus resultados através de um *E-POSTER*, no “Congresso Internacional de Controlo de Infecção” (Anexo XVII) que teve como objetivos, analisar os contributos de um protocolo de enfermagem, no contexto transnacional e transdisciplinar, na deteção precoce e tratamento. Contei com o apoio da ONGD promotora das missões, com a colaboração do responsável pela implementação do projeto no terreno, da Prof.<sup>a</sup> Orientadora e do Grupo de Investigação do Projeto *InfPrev4frica*, da ESEL.

Ainda no âmbito do meu desempenho profissional durante as missões humanitárias, tive a oportunidade de apresentar um *POSTER* na *American Society of Cataract and Refractive Surgery*, na cidade de BOSTON (Anexo XXII), que teve como objetivo, analisar o impacto de intervenção colaborativa, na incidência das infeções pós-operatórias, a pessoas submetidas a cirurgia de catarata, num país de África. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e um estudo primário qualitativo através de entrevistas semiestruturadas e observação das pessoas intervencionadas às 72h de pós-operatório. Para além da ONGD promotora das missões, contei com a colaboração do responsável pela implementação do projeto no terreno, com a participação e orientação

da Prof.<sup>a</sup> Orientadora e dos membros do projeto *InfPrev4frica* da ESEL. A atualização de conhecimentos e a partilha de experiências com os peritos a nível mundial, veio contribuir para o meu desenvolvimento de competências especializadas para a prestação de cuidados de enfermagem oftalmológicos, baseados nas melhores evidências e experiências, realçando a forma excecional como fomos desenvolvendo e consolidando o trabalho em equipa (Anexo XXI).

Como futura Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), desenvolvi competências na área da formação especializada, contribuindo assim, para a disseminação do conhecimento através de palestras e sensibilização dos pares e das entidades envolvidas (Anexo XVII; XXII). A continuidade da formação académica baseada em evidência, revela-se de extrema importância para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para o desenvolvimento da profissão (Pires, 2009). Através da realização de estudos primários, tive a oportunidade de desenvolver competências na área da investigação e do trabalho de equipa, contribuído para as atividades de produção científica, nomeadamente na liderança de um estudo primário, no âmbito da prevenção e controlo de infeção ocular, num país de África (Anexo XVII) (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A convite da Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Coordenadora Internacional do Projeto *InfPrev4frica*, participei como responsável pela síntese e análise independente da caracterização das Instituições de Ensino Superior de Enfermagem de África, numa perspetiva de avaliação das condições socioculturais para o desenvolvimento do Projeto. Esta reunião teve lugar durante o “2<sup>nd</sup> Transnational Meeting of Project *InfPrev4frica*”, realizado em Lisboa, na ESEL (Anexo XXIII; XXIV).

Participei no “3.º Webinar Nacional e 1.º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, como complemento à minha formação (Anexo XXV). Com ênfase na apresentação de experiências sobre a importância da liderança de equipas, nomeadamente em contexto de emergência e/ou catástrofe, contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas, no que concerne ao papel do EEMCEPSC, nos contextos referenciados, desde a conceção à ação (Regulamento n.º 361/2015, 2015).



Como complemento ao meu desenvolvimento de competências na organização de projetos de saúde, participei num *Workshop 1 "Ouvi falar de Projetos Europeus...E agora?"*, realizado em Lisboa (Anexo XXVI). Esta oportunidade revelou-se de suma importância para o esclarecimento de dúvidas com peritos, no que concerne à calendarização das etapas, implementação e desenvolvimento de projetos, bem como, o conhecimento sobre os processos de financiamento e apresentação de resultados.

Dentro do âmbito do Mestrado e para meu desenvolvimento de competências especializadas, na prestação de cuidados à criança em situação crítica, realizei o curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, com aproveitamento (Anexo XXVII). Será certamente, um contributo importante para a melhoria da prestação de cuidados especializados à população em idade pediátrica, nomeadamente, em contexto de missões humanitárias em África (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

## Conclusão

O Relatório de Estágio é o documento que consolida e articula os conhecimentos adquiridos e desenvolvimento de competências especializadas, realizados durante o percurso académico, que será posteriormente alvo de provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre e EEMCPSC, resultando na conclusão do Mestrado em Enfermagem.

A descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo deste itinerário, fundamentadas na mais recente evidência científica disponível, facilitou o processo da análise reflexiva potencializando assim, o desenvolvimento de competências especializadas fundamentais à prática do EEMCPSC.

Esta reflexão possibilitou-me a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso profissional e pessoal, assim como, abriu caminho a novas descobertas teóricas, práticas e pessoais para novas experiências, incrementando competências fundamentais na implementação de atitudes, que contribuam para a melhoria dos cuidados de enfermagem, não só na qualidade como na segurança dos mesmos.

Durante este percurso académico como mestranda, tive a oportunidade de me integrar no projeto *id.Care*, com a realização de investigação secundária, tendo sido alvo de elaboração de um artigo científico, que se encontra em *status* - submetido. Como mestranda foi um contributo importante para os processos tomada de decisão visando a segurança da pessoa doente, nas unidades de cuidados críticos.

A minha integração no projeto *InfPrev4frica*, permitiu-me aprofundar conhecimentos na área da investigação, nomeadamente no conhecimento de outras culturas, prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo assim, com esta oportunidade realizado uma investigação primária num país em África e cujos resultados foram apresentados em Congressos Internacionais, disseminando desta forma o conhecimento científico.

As oportunidades que me foram proporcionadas na integração destes projetos, revelaram-se como ferramentas facilitadoras para o meu desenvolvimento e têm sido uma mais-valia para a obtenção de competências na área da investigação e do trabalho de equipa.

Como desafios futuros, gostaria de poder participar na elaboração de um protocolo de cuidados oftalmológicos à PSC, com implementação a nível nacional nas unidades de cuidados de críticos e reconhecido pelas entidades competentes. Também como desafio, gostaria de poder explorar a área de investigação científica, participando em projetos de produção científica na área da PSC.

A transmissão de conhecimento e disseminação do mesmo, revelou-se um desafio que gostaria de continuar a abraçar, nomeadamente em países onde a formação básica e especializada ainda está em crescimento.

A dificuldade que mais senti ao longo deste meu percurso académico, foi na gestão do tempo. Neste sentido, tive de recorrer à reorganização metódica dos meus horários profissionais e pessoais. A reformulação e calendarização de outras atividades, nomeadamente as missões humanitárias, que envolvem uma enorme logística de meios humanos, equipamentos e materiais, não só no nosso país, mas também do país que nos recebe, só foi conseguida pela excelente colaboração da equipa de docentes da ESEL do 1.º Curso MEMCEPSC, assim como dos colegas de curso, proporcionando-me assim, trabalhar e apresentar alguns dos trabalhos académicos a partir de outro continente. Também para isso, contribuiu todo o cuidado que sempre tive, pela apresentação atempada do plano das missões.

Ao longo da minha atividade profissional, a prestação de cuidados diretos ao doente internado foi uma área que nunca experienciei. Esta perspetiva criou em mim uma certa apreensão e ansiedade, receando não conseguir acompanhar esta dinâmica. A grande motivação que me levou ao ingresso neste curso de Mestrado, fez com que também fizesse um grande investimento em mim própria, na aquisição de conhecimentos teórico-práticos para uma resposta eficaz e eficiente junto da PSC.

Mediante a apresentação deste Relatório, as atividades desenvolvidas e desenvolvimento de competências especializadas, considero que atingi os objetivos a que me propus para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médica-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

## Referências

- Abusharha, A. (2017). Changes in blink rate and ocular symptoms during different reading tasks. *Clinical Optometry*, 9, 133–138. <https://doi.org/10.2147/OPTO.S142718>
- Afonso, R. (2015). Reconciliação terapêutica. *Revista Clinica Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 3(1), 35–36. <https://meds.queensu.ca/central/assets/modules/mr/>
- Ahmadinejad, M., Karbasi, E., Jahani, Y., Ahmadipour, M., Soltaninejad, M., & Karzari, Z. (2020). Efficacy of Simple Eye Ointment, Polyethylene Cover, and Eyelid Taping in Prevention of Ocular Surface Disorders in Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. *Critical Care Research and Practice*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6267432>
- Alansari, M., Hijazi, M., & Maghrabi, K. (2015). Making a Difference in Eye Care of the Critically Ill Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 30(6), 311–317. <https://doi.org/10.1177/0885066613510674>
- Alavi, N., Sharifitabar, Z., Shaeri, M., & Hajbaghery, M. (2014). An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. *Nursing in Critical Care*, 19(2), 73–77. <https://doi.org/10.1111/nicc.12052>
- American Association of Critical-Care Nurses. (2018). Assessing Pain in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 38(6), e13–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018781>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. ((PsycInfo Database Record (c) 2022 APA, Ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Andrade, Á., Torres, E., Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Pedro, J., Andrade, M., Abrunheiro, S., & Almeida, Z. (2023). Literacia em Saúde, um Desafio Emergente. In L. Melo (Ed.), *A Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem* (pp. 1–76). Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Aragão, R., Araruna, L., Sousa, M., Santos, E., & Gomes, L. (2022). Protocolo de cuidado ocular em pacientes internados nas unidades de tratamento intensivo. *Revista de Medicina Da UFC*, 62(1), 1–3. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2022v62n1e44824p1-3>

- Araújo, D., Almeida, N., Silva, P., Ribeiro, N., Werli-Alvarenga, A., & Chianca, T. (2016). Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0897.2689>
- Araújo, D., Ribeiro, N., & Chianca, T. (2017). Efetividade do filme de polietileno na prevenção de olho seco em pacientes críticos: Revisão sistemática. *Enfermagem Em Foco*, 8(1), 77–81. <https://doi.org/doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.790>
- Araújo, D., Ribeiro, N., Silva, P., Macieira, T., Silva, P., & Chianca, T. (2017). Dry eye in critically ill patients: integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 907–916. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.907-916>
- Aviso n.º 11460/2022. (2022). Regulamento Geral de Funcionamento dos Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Assembleia Da República, Parte E*(Diário da República n.º 109/2022, Série II de 2022-06-06,), 163–174.
- Azevedo, L., Sousa, A., Patrícia, S., & Coelho, F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência?-revisão integrativa. *Cadernos de Saúde* , 12(1), 12–22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Azfar, F., Khan, F., & Alzeer, H. (2013). Protocolized eye care prevents corneal complications in ventilated patients in a medical intensive care unit. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 7(1), 33–36. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.109805>
- Barry, P., Cordovés, L., & Gardner, S. (2013). *ESCRS Guidelines for Prevention and Treatment of Endophthalmitis Following Cataract Surgery: Data, Dilemmas and Conclusions*. [www.es CRS.org](http://www.es CRS.org)
- Bastos, C. (2022). Prevenção da Infecção nos Cuidados de Saúde: Precauções Básicas e Isolamento. In *Projeto Platform for Global Health: Vol. Lição 9* (pp. 1–5). Programa de Recuperação e Resiliência. <https://doi.org/10.48684/7KT2-E407>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito : Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)* (Q. Editora, Ed.). Quarteto Editora.

- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (A. Graubard & D. Davis, Eds.; Second Edition, Vol. 1). Springer Publishing Company, LLC. [www.springerpub.com](http://www.springerpub.com)
- Burton, M., Ramke, J., Marques, A., Bourne, R., Congdon, N., Jones, I., Ah Tong, B., Arunga, S., Bachani, D., Bascaran, C., Bastawrous, A., Blanchet, K., Braithwaite, T., Buchan, J. C., Cairns, J., Cama, A., Chagunda, M., Chuluunkhuu, C., Cooper, A., ... Faal, H. B. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. In *The Lancet Global Health* (Vol. 9, Issue 4). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)
- Carmona, M., & Quintão, V. (2021). Comprehensive perioperative eye protection. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 71(6), 595–598. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.09.004>
- Castro, C., Marques, M., & Vaz, C. (2022). Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–12. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Cho, O., Yoo, Y., Yun, S., & Hwang, K. (2017). Development and validation of an eye care educational programme for intensive care unit nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 2073–2082. <https://doi.org/10.1111/jocn.13635>
- Circular Normativa n.º 11/DSCS/DOCD. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–16). [www.efic.org/declarationonpain.html](http://www.efic.org/declarationonpain.html)
- Cottingham, J., Stoothoff, R., & Murdoch, D. (1985). *The Philosophical Writings of DESCARTES* (Cambridge University Press, Ed.; First published 1985, Vol. 1). Press Syndicate of University of Cambridge.
- Coyne, E., Rands, H., Frommolt, V., Kain, V., Plugge, M., & Mitchell, M. (2018). Investigation of blended learning video resources to teach health students clinical skills: An integrative review. *Nurse Education Today*, 63, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.021>
- Declaração de Retificação n.º 415/2022. (2022). Retifica o Despacho n.º 11504/2021, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 226, de 22 de novembro de 2021.

*Assembleia Da República, Parte E*(Diário da República n.º 88/2022, Série II de 2022-05-06), 354–354.

Decreto Lei n.º 247/2009. (2009). Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. *Assembleia Da República, Diário da República n.º 184/2009, Série I de 2009-09-22*, 6758–6761.

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Assembleia Da República, Diário da República, série I de 2018-08-16*, 4147–4182.

Decreto-Lei n.º 73/2011. (2011). Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro, transpõe a Directiva n.º 2008/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Novembro, relativa aos resíduos, e procede à alteração de diversos regimes jurídicos na área dos resíduos. In *Assembleia da República* (Issue Diário da República n.º 116/2011, Série I de 2011-06-17, pp. 3251–3300). Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território.

Despacho n.º 727/2007. (2007). Altera as alíneas c), d) e e) do n.º 2 do despacho n.º 18 459/2006, de 12 de Setembro, que define as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram. *Assembleia Da República, Diário da República-2.ª série, nº 10, de 15.01.2007*, 1123–1124.

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Assembleia Da República, Diário da República, II série de 2021-09-24 (n.º 187 de 24-09-2021)*, 96–103.

Despacho n.º 9639/2018. (2018). Determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019. In *Diário da República: Vol. Parte C* (Issue Diário da República n.º 198/2018, Série II de 2018-10-15, pp. 27533–27533). Diário da República.

Despacho n.º 10109/2014. (2014). Determina os meios de emergência médica do INEM, para além dos definidos nos Despachos n.º 1393/2013, de 23 de janeiro, e n.º

- 5561/2014, de 23 de abril. Revoga o Despacho n.º 13794/2012, de 24 de outubro de 2012. In *Assembleia da República: Vol. Parte C* (Issue Diário da República n.º 150/2014, Série II de 2014-08-06, pp. 20233–20234). Diário da República.
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Despacho Serviços de Urgência. *Diário Da República, Parte C*(Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11), 20673–22678.
- Despacho n.º 10901/2022. (2022a). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Anti-microbianos (PPCIRA). *Assembleia Da República, Parte C*(Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08), 93–99.
- Despacho n.º 10901/2022. (2022b). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Assembleia Da República, Parte C*(Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08), 93–99.
- Despacho n.º 11504/2021. (2021). Plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Assembleia Da República, Parte E*(Diário da República n.º 226/2021, Série II de 2021-11-22), 66–68. [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Dhanapala, M., & Sabaretnam, S. (2021). Audit of eye care for ventilated patients in intensive treatment unit during covid-19 pandemic. *Sri Lankan Journal of Anaesthesiology*, 29(1), 34–38. <https://doi.org/10.4038/slja.v29i1.8755>
- Direção, de S. de C. de S., & Comissão, de C. do P. N. para S. da V. (2008). *Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação - 2008* (D. G. Saúde, Ed.). Saúde XXI – Programa Operacional da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*.
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026*.
- Dutra, H., Jesus, M., Pinto, L., & Farah, B. (2016). Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *HU Revista, Juiz de Fora*, 4, 245–252.



- EPE, C. (2023). *Relatório Analítico da Atividade Assistencial, Desempenho Económico-Financeiro e Controlo Orçamental- junho 2023*.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. In [https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos\\_escritos\\_Publicar\\_28deze2022.pdf](https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf) (Vol. 1, pp. 1–34). Centro de Documentação e Biblioteca.
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M., & Estudantes do 7.º CLE. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas*. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Freitas, Ferreira, M., Filho, A., Santos, C., & Silva, L. (2018). Corneal injuries in intensive care patients: Contributions to the systematization of nursing care and patient safety. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004960017>
- Gibbs, Graham. (2013). Learning by doing : a guide to teaching and learning methods. In *Oxford Brookes University, UK* (pp. 1–134). Oxford Centre for Staff and Learning Development.
- Gomes, J., & Santo, R. (2019). The impact of dry eye disease treatment on patient satisfaction and quality of life: A review. *The Ocular Surface*, 17(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2018.11.003>
- Grupo Português de Ergoftalmologia. (2016). *Manual de Ergoftalmologia* (Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, Ed.).
- Hayakawa, L., Matsuda, L., Inoue, K., Oyamaguchi, E., & Ribeiro, E. (2020). Ocular surface injuries at an intensive care unit: A self-paired clinical trial. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1–7. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0279>
- Institute of Neurological Sciences NHS. (2015). *GCS-Assessment-Aid-Portuguese*. Greater Glasgow and Clyde. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf](https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf)
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (Instituto Nacional de Emergência Médica).

- Médica & Gabinete de Marketing e Comunicação, Eds.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica INEM, & Departamento de Formação em Emergência Médica DFEM. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa* (Issue Versão 2-1ª Edição 2021, pp. 1–42). Gabinete de Marketing e comunicação. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/SBV\\_DAE-Versa%CC%83o-2-1a-Edic%CC%A7a%CC%83o-2021\\_15Nov.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/SBV_DAE-Versa%CC%83o-2-1a-Edic%CC%A7a%CC%83o-2021_15Nov.pdf)
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser* . <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Kalhor, R., Ehsani, S., Daneshgar, F., Ashtarian, H., & Rezaei, M. (2015). Different Nursing Care Methods for Prevention of Keratopathy Among Intensive Care Unit Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 212–217. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p212>
- Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs* (School of Nursing, Faculty of Health Sciences, & The University of Adelaide, Eds.; 2nd ed.). Head of School. [www.health.adelaide.edu.au/nursing](http://www.health.adelaide.edu.au/nursing)
- Kocaçal G., Eşer, İ., & Eğrilmez, S. (2018). Nurses can play an active role in the early diagnosis of exposure keratopathy in intensive care patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(1), 31–38. <https://doi.org/10.1111/jjns.12165>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184. <https://www.researchgate.net/publication/15269336>
- Lebre, A. I., Alves, A., Félix, A. M., Cruz, A. P., Palos, C., Noriega, E., Neves, I., Valente, M., Silva, M. G., Faria, M. J., & Pacheco, P. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- Lei n.º 12/93. (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Assembleia Da República, Diário da República n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22*, 1961–1963.
- Lei n.º 36/2013. (2013). Aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano, de forma a assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana, transpondo a Diretiva n.º 2010/53/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de julho, relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. *Assembleia Da República, Diário da República n.º 112/2013, Série I de 2013-06-12*, 3258–3265.
- Lemp, M., Baudouin, C., Baum, J., Dogru, M., Foulks, G., Kinoshita, S., Laibson, P., McCulley, J., Murube, J., Pflugfelder, S., Rolando, M., & Toda, I. (2007). The definition and classification of dry eye disease: Report of the definition and classification subcommittee of the international Dry Eye WorkShop (2007). *Ocular Surface*, 5(2), 75–92. [https://doi.org/10.1016/s1542-0124\(12\)70081-2](https://doi.org/10.1016/s1542-0124(12)70081-2)
- Liesegang, T., Skuta, G., & Cantor, L. (2007). External Diseases and Cornea. In American Academy of Ophthalmology (Ed.), *Basic and Clinical Science Cours* (pp. 1–545). LEO.
- Locsin, R. (2015). Technological Competency as Caring in Nursing: Co-creating Moments in Nursing Occurring Within the Universal Technological Domain. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 20, 5–11.
- Locsin, R. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1.2), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225–243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem - Revista Científica de Enfermagem*, 2(2184–4402), 6–12.

- Medeiros, J., Ana, A., Nunes, P., Fernandes, L., Priscilla, H., Danielly, S., Pitombeira, O., & Ferreira Júnior, M. A. (2018). Olho seco e doenças da córnea em pacientes internados em terapia intensiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1–16.
- Médicos, O., & Intensivos, S. P. de C. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*.
- Mekonnen, A., McLachlan, A., & Brien, J. (2016). Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41(2), 128–144. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12364>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. In *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Mobarez, F., Sayadi, N., Jahani, S., Sharhani, A., Savaie, M., & Farrahi, F. (2022). The effect of eye care protocol on the prevention of ocular surface disorders in patients admitted to intensive care unit. *Journal of Medicine and Life*, 15(8), 1000–1004. <https://doi.org/10.25122/jml-2022-0139>
- Moraes, C., Cruz, D., Moreira, E., Padovani, F., Rolim, G., Pacheco, M., Costa, M., Tavares, P., Linard, R., Estumano, V., Rodrigues, W., & Matos, W. (2022). O conhecimento de enfermeiros sobre os fatores de risco e prevenção de lesão na córnea na UTI adulto. *Research, Society and Development*, 11(8), 1–7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.29971>
- Moraes, F., Barros, S., Loureiro, T., Carreira, A., Lopes, D., Campos, P., Machado, I., Marques, N., & Campos, N. (2021). Dry Eye Disease Management in Portugal: Online Survey Results. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*, 45(N3), 141–149. <https://doi.org/https://doi.org/10.48560/rspo.24602>
- Motoko, K., Miki, U., Norihiko, Y., Yuichi, U., Murat, D., Aoi, K., Yukiko, S., Hiroaki, K., Shigeru, K., & Kazuo, T. (2016). The association of sleep quality with dry eye disease:

The Osaka study. *Clinical Ophthalmology*, 10, 1015–1021.  
<https://doi.org/10.2147/OPTH.S99620>

Nakano, T., Kato, M., Morito, Y., Itoi, S., & Kitazawa, S. (2013). Blink-related momentary activation of the default mode network while viewing videos. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(2), 702–706.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1214804110>

Namigar, T., Serap, K., Esra, A., Özgül, O., Can, Ö., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanil sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

Norma 001/2017. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–8). Departamento da Qualidade na Saúde.

Norma 002/2018. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–23). Departamento da Qualidade em Saúde. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Norma 007/2019. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–46). Direção Geral de Saúde. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Norma 008/2019. (2019). Escala de Quedas de Morse. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–20). Direção Geral de Saúde.

Norma 09/DGCG. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. In *Ministério da Saúde* (pp. 1–4). Direção Geral de Saúde.

Norma 015/2017. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–25). Departamento da Qualidade em Saúde.

Norma: 019/2015. (2022). Feixe de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–18). Direção Geral de Saúde.

- Norma: 021/2015. (2017). Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–23). Direção Geral de Saúde. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Norma: 022/2015. (2022). Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção relacionada com o Cateter Venoso Central. In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–26). Direção Geral de Saúde. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Norma 029/2012. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). In *Direção Geral de Saúde* (pp. 1–26). Departamento da Qualidade na Saúde.
- Nunes, D., Fontes, W., & Lima, M. (2017). Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 21(1), 87–96. <https://doi.org/10.4034/rbcs.2017.21.01.11>
- O'driscoll, A., & White, E. (2016). Care of the eye during anaesthesia and intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 18(1), 47–51.
- Oliveira, R., Fernandes, A., Botarelli, F., Araújo, J., Barreto, V., & Vitor, A. (2016). Risk factors for injury in the cornea in critical patients in intensive care: an integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4423–4434. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4423-4434>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática: Vol. Série 1-N.º 1* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. In Lda. Lidel-Edições Técnicas (Ed.), *Gerir com Qualidade em Saúde* (1.ª edição Imprensa, pp. 64–72). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência-Medicina-Intensiva*.

- Panchal, A., Bartos, J., Cabañas, J., Donnino, M., Drennan, I., Hirsch, K., Kudenchuk, P., Kurz, M., Lavonas, E., Morley, P., O'Neil, B., Peberdy, M., Rittenberger, J., Rodriguez, A., Sawyer, K., & Berg, K. (2020). Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142, S366–S468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*.
- Pereira, A., Fortes, F., & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 7(1), 227–262. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Pinheiro, A., & Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinheiro, C., Silva, R., Sousa, F., Mantilla, N., Silva, N., Assis, S., & Prado, P. (2022). Causal validation of the risk for corneal injury in critically ill adults. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12747>
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739–744.
- Pitombeira, D., Souza, Â., Fernandes, A., Araújo, J., Silva, A., & Vitor, A. (2018). Patients with dry eye admitted to an intensive care unit. *Cogitare Enfermagem*, 23(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.53081>
- Pota, V., Coppolino, F., Barbarisi, A., Passavanti, M. B., Aurilio, C., Sansone, P., & Pace, M. C. (2022). Pain in Intensive Care: A Narrative Review. *Pain and Therapy*, 11(2), 359–367. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00366-0>
- Ramires, T., Matias, R., Carvalho, J., Freitas, P., Mergulhão, P., & Paiva, J. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023*.

- Ramírez, F., Ibarra, S., Varon, J., & Tang, R. (2008). The Neglected Eye: Ophthalmological Issues in the Intensive Care Unit. *Crit Care & Shock*, 11(3), 72–82.
- Regulamento n.º 101/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República, n.º 48, II série 10/03/2015*, 5948–5952.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Assembleia Da República, Diário da República, série II, de 2019-02-06*, 4744–4750.
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Assembleia Da República, Diário da República n.º 123/2015, Série II parte E de 2015-6-26*, 17240–17243.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Assembleia Da República, Parte E*(Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16), 19359–19370.
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Assembleia Da República, Parte E*(Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25), 128–155.
- Rezaei, K., Amini, N., Rezaei, R., Rafiei, F., & Harorani, M. (2022). The effects of passive blinking on exposure keratopathy among patients in intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(2), 144–148. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_1\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_1_21)
- Ribeiro, A., Pereira, E., Matias, F., Azenha, M., Macedo, A., & Órfão, M. (2017). Manutenção da Normotermia Perioperatória em Portugal Resultados de um Inquérito de avaliação. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 10–17.



- Rocha, A., & Coelho, P. (2015). Cuidados Oftálmicos ao doente crítico: Revisão Integrativa. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 24–28.
- Rua, M. (2011). *De Aluno a Enfermeiro Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico* (Lusociência, Ed.).
- Sá, F., Miranda, F., Morais, I., Almeida, M., & Afonso, M. (2021). Comprometimento e Promoção do Sono em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Acta Paulista Enfermagem*, 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00023>
- Sanghi, P., Malik, M., Hossain, I., & Manzouri, B. (2021). Ocular Complications in the Prone Position in the Critical Care Setting: The COVID-19 Pandemic. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(3), 361–372. <https://doi.org/10.1177/0885066620959031>
- Santos, K., Martins, I., & Gonçalves, F. (2016). Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 157–166. <http://www.objnursing>.
- Santos, Q., Paes, G., & Góes, F. (2021). Alterações oculares em unidade de terapia intensiva: scoping review. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 168–180. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.168-180>
- Santos, Q., Stipp, M., Góes, F., Oliveira, F., & Paes, G. (2023). Incidence of corneal injury in intensive care: a cohort study. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 36, 1–9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO01552>
- Silva, R., Gimenes, F., Mantilla, N., Silva, N., Pinheiro, C., Lima, M., Amaral, T., & Prado, P. (2021). Risk for corneal injury in intensive care unit patients: A cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103017>
- Silva, W. (2013). Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12(3), 57–65. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7531>
- Sousa, A. (2022). Reconciliação Terapêutica: Um Processo Complexo. *Gazeta Médica*, 9, 240–244. <https://doi.org/doi:10.1186/1472-6963-13-230>

- Stewart, R., Rotondo, M., Henry, S., & Drago, M. (2018). *Student Course Manual ATLS® Advanced Trauma Life Support®*.
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, 204–211.
- Tanner, C., Messecar, D., & Delawska-Elliott, B. (2022). Evidence-Based Practice. In F.A. Davis Company (Ed.), *Advanced Practice Nursing Essentials for Role Development* (Fifth edition, pp. 221–238). Susan Rhyner.
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Teixeira, J., & Silva, M. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>
- Toronto, C., & Remington, R. (2020). *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. <https://doi.org/10.1007@978-3-030-37504-1>
- Torres, P. (2012). *Superfície Ocular: Vol. 1.ª edição* (Ld. ° Ondagrafe - Artes Gráficas, Ed.; 1.ª. Ed). Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.
- University of York. (2016). *Guidance notes for registering a systematic review protocol with PROSPERO*. [www.crd.york.ac.uk/prospéro](http://www.crd.york.ac.uk/prospéro)
- Valdenebro, M., Martín-Rodríguez, L., Tarragón, B., Sánchez-Briales, P., & Portolés, J. (2021). Una visión nefrológica del tratamiento sustitutivo renal en el paciente crítico con fracaso renal agudo: horizonte 2020. *Nefrología*, 41(2), 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.07.016>
- Villa, M., Villa, S., Vimercati, S., Andreossi, M., Mauri, F., Ferlicca, D., Rona, R., Foti, G., & Lucchini, A. (2021). Implementation of a follow-up program for intensive care unit survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910122>

- Weisenthal, R., Daly, M., Feder, R., Orlin, S., Tu, E., Meter, W., Verdier, D., & Freitas, D. (2017). External Disease and Cornea. In American Academy of Ophthalmology™ (Ed.), *Basic and Clinical Science Course* (Vol. 8, pp. 1–479). American Academy of Ophthalmology.
- Werli-Alvarenga, A., Ercole, F., Herdman, T., & Chianca, T. (2013). Nursing interventions for adult intensive care patients with risk for corneal injury: A systematic review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1), 25–29. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01218.x>
- Werli-Alvarenga, A., Falci, F., Antônio, F., Aloísio, J., Massote, D., Oliveira, M., Couto, T., & Chianca, M. (2011). Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 1–9. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- World Health Organization. (2019). *World report on vision*.
- World Health Organization. (2021a). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.
- World Health Organization. (2021b). *Infection prevention and control Guidance to action tools*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Yanoff, M., Duker, J., & Rhinstrom, S. (1999). Cornea and External Disease. In Mosby International Ltd. (Ed.), *OPHTHALMOLOGY* (pp. 1–6). Geoff Greenwood.
- Zanchetta, F., Silva, J., Pedrosa, R., Oliveira-Kumakura, A., Gasparino, R., Perissoto, S., Silva, V., & Lima, M. (2022). Cuidados de enfermagem e posição prona: revisão integrativa. *Avances En Enfermería*, 40(1supl), 1–15. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1supl.91372>