

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA COM FALÊNCIA
OU IMINÊNCIA DE FALÊNCIA DA FUNÇÃO
RESPIRATÓRIA EM CONTEXTO
PERIOPERATÓRIO:
da urgência aos cuidados intensivos**

Ana Cristina Gonçalves Barradas

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

Funchal, 2021

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA COM FALÊNCIA
OU IMINÊNCIA DE FALÊNCIA DA FUNÇÃO
RESPIRATÓRIA EM CONTEXTO
PERIOPERATÓRIO:
da urgência aos cuidados intensivos**

Ana Cristina Gonçalves Barradas

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

Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana

Funchal, 2021

O toque de alguém, dizia ele, é o verdadeiro lado de cá da pele. Quem não é tocado não se cobre nunca, anda como nu. De ossos à mostra.

Valter Hugo Mãe, sd.

AGRADECIMENTOS

O alcançar desta etapa não teria sido possível sem o apoio das entidades e sem a colaboração, auxílio, carinho e dedicação das pessoas que me acompanharam durante este percurso de formação. Por esta razão, gostaria de agradecer a todos os que participaram neste processo de aprendizagem e engrandecimento pessoal e profissional a que esta jornada me conduziu, esperando que um dia consiga retribuir de forma tão nobre todo o vosso cuidado.

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pelo cuidado e pelo compromisso que sempre assumiu para com os seus estudantes;

Ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira e respetiva Direção de Enfermagem, que apesar das vicissitudes, concedeu e viabilizou a licença de equiparação a bolseiro e disponibilizou um contexto de prática clínica essencial para o desenvolvimento de competências especializadas;

À Professora Doutora Cristina Pestana pela inspiração e orientação durante este caminho, fundamental para que tivesse sido percorrido da forma tão frutífera como foi;

Ao enfermeiro chefe do serviço de cardiologia e de cirurgia cardiotorácica, Luís Freitas, pela enorme compreensão durante este trajeto e por ser um agente facilitador e impulsionador da aprendizagem da equipa que lidera;

Aos enfermeiros chefes Abel Viveiros (unidade de cuidados intensivos), Cláudia Gouveia (bloco operatório) e Ludgero Gonçalves (serviço de urgência), e aos enfermeiros orientadores Leonardo Ribeiro, Aleixo Pestana, Ana Isabel Alves, Paula Aguiar e Simone Silva, que se disponibilizaram para me integrar num contexto de prática complexo, ensinado, ajudando a ultrapassar adversidades, facultando oportunidades de crescimento pessoal e profissional e promovendo o desenvolvimento de competências especializadas;

Às equipas de enfermagem do serviço de urgência, da unidade de cuidados intensivos polivalente e do bloco operatório que, apesar das dificuldades criadas pela pandemia, onde tiveram que se reinventar de forma a se adaptarem a esta nova realidade, necessariamente mais exigente na resposta às pessoas de quem cuidam, demonstraram uma disponibilidade ímpar para a minha integração, que considero plena;

À equipa multidisciplinar da unidade de cardiologia e cirurgia cardiotorácica, por me ter apoiado durante todo este percurso e, em particular, à equipa de enfermagem por ter colmatado as minhas ausências;

Aos meus colegas de mestrado, pelo apoio, pelos momentos de aprendizagem, de partilha e de reflexão sobre a nossa prática de cuidados;

Ao meu colega e amigo Cláudio Gomes, pela amizade, solidariedade e disponibilidade, indispensáveis em qualquer percurso;

Às minhas amigas de sempre e para sempre, pela infinita disponibilidade, carinho e paciência. Em especial à Isabel Barradas e à Bárbara Freitas, que acreditaram sempre nas minhas capacidades e me acarinharam nos momentos de fragilidade e à Catarina Franco, por me incentivar todos os dias a ser alguém melhor;

À minha mãe, pela dedicação, educação e sacrifício ao desempenhar o difícil papel de mãe e pai;

Aos meus irmãos, cuja distância impede-nos de estar juntos, mas que nunca impossibilitou o apoio e dedicação incondicionais;

À luz que me incentivou e encorajou na concretização deste sonho.

Sinto-me lisonjeada por ter estas pessoas na minha vida! O meu agradecimento não é suficiente para expressar tudo o que sinto. O meu sincero e profundo obrigada!

RESUMO

No âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, elaborei o Relatório de Mestrado “Cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório: da urgência aos cuidados intensivos”.

Tendo como finalidade demonstrar capacidade de conceção e de implementação de intervenções especializadas à pessoa em situação crítica e à sua família, de análise e reflexão sobre as mesmas e das respetivas implicações éticas e legais, assim como, de fundamentação científica e de comunicação dos seus resultados, o relatório evidencia o trajeto realizado ao longo dos ensinamentos clínicos para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente, cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. De modo mais específico, revela um especial interesse pelo cuidado especializado à pessoa com falência ou com iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório.

Alicerçado numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada na evidência científica e nos referenciais da profissão, o relatório organiza-se em quatro capítulos. O primeiro enquadra a realização do curso de mestrado num percurso profissional, seguido de outro que se debruça sobre o desenvolvimento das competências comuns. O terceiro, apresenta uma descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos dos ensinamentos clínicos para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica, designadamente, serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos e bloco operatório e, por fim, um quarto capítulo que relaciona o percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com as requeridas para a atribuição do grau de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem especializada, pessoa em situação crítica, competências, doenças pulmonares, complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Within the scope of the IV Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the School of Nursing of São José the Cluny, I prepared the Master's Report "Specialized Care in Medical-Surgical Nursing to the person with failure or imminence of respiratory function failure in a perioperative context: from urgency to intensive care".

With the purpose of demonstrating the capacity of designing and implementing specialized interventions to the person in a critical situation and their family, analysis and reflection on them and their ethical and legal implications, as well as, the scientific basis and communication of their results, the report highlights the path made throughout clinical education for the development and consolidation of common and specific competencies of the specialist nurse in medical surgical nursing in the nursing area to the person in critical situation, namely, care for the person and their family or caregiver to experience complex processes of critical disease or organic failure, boost the response in emergency situations, exception and catastrophe and maximize intervention in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance. More specifically, it reveals a special interest in specialized care to the person with failure or with imminent failure of respiratory function in a perioperative context.

Based on a descriptive, analytical and reflective methodology, based on scientific evidence and the references of the profession, the report is organized into four chapters. The first includes the master's degree in a professional course, following by other that focuses on the development of common skills. The third chapter presents a detailed description of the contribution of the different contexts of clinical teaching to the development of specialized nursing skills to the person in critical situation, namely in the context of emergency service, intensive care unit and operating room and finally, the fourth chapter that relates the course of acquisition of specialized competencies in Medical-Surgical Nursing with those required for the attribution of the Master's degree.

Key Words: critical care nursing, critical illness, professional competence, lung disease, postoperative complications.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANA – American Nurses Association

AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIA – Balão Intra-Aórtico

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavior Pain Scale

CABG – Coronary Artery Bypass Grafting

CEC – Circulação Extracorpórea

CIEL – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation

EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCRPPCIRA – Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triage

HNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

ICN – International Council of Nurses

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAF – Projeto de Autoformação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCA – Patient Control Analgesia

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO – Pulse Contour Cardiac Output

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

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SAV – Suporte Avançado de Vida

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia Computorizada

TFPN – Terapia de Ferida por Pressão Negativa

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

UCEU – Unidade de Cuidados Especiais da Urgência

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UONIE – Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VV – Via Verde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: A PROCURA PELA EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS	17
CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	25
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	33
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	41
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	47
CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: OS CONTRIBUTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	53
3.1. Cuidado especializado à pessoa em situação crítica	56
3.1.1. Ensino Clínico I: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência.....	56
3.1.1.a. <i>Estrutura, organização e funcionamento do serviço de urgência</i>	57
3.1.1.b. <i>Protocolo de Triagem de Manchester</i>	59
3.1.1.c. <i>Vias verdes: sistemas de resposta rápida</i>	60
3.1.1.d. <i>Cuidados de enfermagem especializados no serviço de urgência</i>	60
3.1.2. Ensino Clínico II: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente	68
3.1.2.a. <i>Estrutura, organização e funcionamento da unidade de cuidados intensivos polivalente</i>	69
3.1.2.b. <i>Cuidados de enfermagem especializados na unidade de cuidados intensivos polivalente</i>	70
3.1.3. Ensino Clínico III: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de perioperatório	79
3.1.3. a. <i>Estrutura, organização e funcionamento do bloco operatório</i>	80
3.1.3.b. <i>Cuidados de enfermagem especializados no bloco operatório</i>	82
3.2. Situações de emergência, exceção e catástrofe	100

3.3. Prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos	106
CAPÍTULO IV – UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	111
CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICES.....	i
APÊNDICE A – CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA EEIH	iii
APÊNDICE B – PLANEAMENTO DAS FORMAÇÕES	v
APÊNDICE C – CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL.....	vii
APÊNDICE D – OBJETIVOS BÁSICOS PARA UMA CIRURGIA SEGURA	viii
APÊNDICE E – RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS MEDICAMENTOSAS DO SUGAMADEX	ix

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem sofrido diversas alterações, particularmente no que diz respeito à formação profissional. Esta passou a compreender, não só a formação inicial, como também a formação contínua e especializada, que se revela imperativa num contexto em permanente transformação tecnológica e científica, como forma de aquisição de novas competências, num processo adaptativo tendo por finalidade a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Rodrigues, 2011).

Remetendo-nos para os primórdios da profissão e, independentemente da célere evolução que se vivencia, identificam-se conceitos chave provenientes de diversas Teorias de Enfermagem, tais como, a pessoa, ambiente e binómio saúde/doença que, quando se fundem com os princípios e valores universais, tornam-se intemporais e orientam uma prática do cuidar mais humanizada e centrada na pessoa e na sua família.

Estes são os pilares basilares da prática diária de enfermagem mas, decorrente da procura permanente pela excelência dos cuidados e perante a complexidade do cuidar da pessoa nas suas múltiplas dimensões que não são estáticas, os enfermeiros passaram a integrar, de forma crescente, múltiplos processos de formação. Estes promovem o desenvolvimento de competências e fomentam uma prática mais reflexiva, baseada na evidência científica, facilitadoras no processo de tomada de decisão.

Assim, o desenvolvimento de saberes e de competências emerge como resposta às necessidades provenientes da prática, numa ótica da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Este processo de aprendizagem representa também um dever para com a profissão, o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos” e de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, pp. 8079 e 8080).

A elaboração deste relatório surge assim no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, intitulando-se “Cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto

perioperatório: da urgência aos cuidados intensivos” e concretizado com a orientação da Professora Doutora Cristina Pestana.

Tal como é emanado no Decreto-Lei n.º 65/2018 que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, este curso engloba um estágio de natureza profissional, subdividido em diferentes contextos, designadamente Ensino Clínico I - Serviço de Urgência (SU), Ensino Clínico II - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Ensino Clínico III (opção) - Bloco Operatório (BO) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM).

Assim, a elaboração deste relatório evidenciará o trabalho desenvolvido ao longo destes ensinos clínicos e objetiva relatar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), mais concretamente na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), através do conhecimento aprofundado no domínio especializado desta área e da revelação de níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que complementam o enfermeiro especialista enquanto mestre em EMC. Pretende ainda, refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais para a essência do cuidado, recorrendo à evidência científica e aos referenciais da profissão. Demonstrará também particular interesse no cuidado especializado à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório, como forma de exponenciar a qualidade dos cuidados especializados prestados no meu ambiente de prática clínica.

Neste sentido, a metodologia utilizada para a elaboração do relatório baseia-se no método descritivo e analítico. Trata-se de uma narrativa crítica de todo o trajeto desenvolvido, corroborada com a análise e reflexão das atividades realizadas ao longo dos ensinos clínicos, suportada e fundamentada na evidência científica, nos modelos teóricos de enfermagem, nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, em complemento com as competências indicadas para o 2º Ciclo de Estudos no Decreto-Lei n.º 65/2018 para sistematizar todo o processo de aprendizagem desenvolvido na aquisição de competências no cuidar da PSC.

Para alcançar os objetivos apresentados, do ponto de vista estrutural, a narrativa deste percurso está organizada em quatro capítulos; o primeiro, que enquadra a realização do curso de mestrado num percurso profissional, seguido de um outro que se debruça sobre o desenvolvimento das competências comuns. O terceiro, apresenta uma descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos dos ensinos clínicos para o desenvolvimento de

competências especializadas de enfermagem à PSC e, por fim, o quarto capítulo que espelha o percurso de aquisição de competências condicentes com o 2º Ciclo de Estudos (Mestrado).

A norma utilizada para tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas é a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, normas propostas pela *American Psychological Association*, expostas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações” (versão 1.2).

**CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL: A PROCURA PELA EXCELÊNCIA
DOS CUIDADOS**

A Enfermagem, como profissão, é parte integrante do sistema de saúde e abrange a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado de pessoas com doenças físicas ou mentais, em todas as etapas do ciclo vital e em qualquer contexto de saúde ou ambientes comunitários. Neste amplo espectro de cuidados de saúde, os fenómenos de particular atenção dos enfermeiros são as “respostas individuais, familiares e do grupo aos problemas de saúde, potenciais ou reais” (*American Nurses Association* [ANA], 1980, p. 9, citado por *International Council of Nurses* [ICN], 2021).

Envolvida num mundo em constante transformação, a diversidade de Teorias e Modelos de Enfermagem são um reflexo da evolução da própria profissão. Neste processo de metamorfose, relembramos a inigualável Florence Nightingale que se dedicou a cuidar dos vulneráveis e que pensava a Enfermagem como uma profissão feminina, construída e desenvolvida por enfermeiras e reconhecida pela sociedade como uma área diferenciada na saúde (Peres et al., 2021). O seu contributo vai para além do simples reconhecimento da profissão, passando por pensar a Enfermagem como uma ciência e tentando traduzi-la numa teoria, apresentando conceitos que geraram intervenções de enfermagem, que reforçaram e equilibraram a área científica e tecnológica e que se focam na pessoa (Peres et al., 2021).

Neste percurso de desenvolvimento profissional, foram diversas as definições de Enfermagem que tive oportunidade de comparar, nem todas refletindo a essência e grandiosidade desta nobre profissão. O conhecimento que hoje detenho, permite-me melhor compreender a dificuldade em encontrar uma definição única de Enfermagem, consubstanciado na interpretação de Maran-Marks e Rose (1997): “a enfermagem é mais que e maior que a soma de arte e ciência, e às vezes não é arte e não é ciência, mas é sempre enfermagem” (p. 110). Portanto, Enfermagem é ser, estar, saber, pensar, refletir, analisar, fazer, transformar. Envolve uma relação interpessoal que promove a saúde e facilita os processos assistenciais; implica uma atenção às experiências humanas e às respostas aos processos de saúde e doença; exige integração de dados de avaliação com o conhecimento adquirido, através da apreciação de uma pessoa ou de um grupo; requer aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento, imperando o julgamento e o pensamento crítico; impõe avanço do conhecimento por meio da investigação científica; envolve as políticas sociais para a promoção da justiça social; e, por fim, exalta a garantia da segurança, da qualidade e de uma Prática Baseada na Evidência ([PBE], ANA, 2010).

Assim, ser enfermeira é, deter “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais” (Lei n.º 156/2015, p.8061) e, tal como é

emanado no Código Deontológico da Profissão, assumir o dever de, entre outros, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p.8078). Foi sob esta ótica que, quando no ano de 2015 terminei o Curso de Licenciatura em Enfermagem, ingressei num contexto real de cuidados, a exercer a profissão de enfermeira de cuidados gerais. O meu trajeto iniciou-se nas unidades de cardiologia e de cirurgia cardiotorácica, serviços que englobam, além de uma enfermaria, a Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos (UCICT), a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário e o Laboratório de Hemodinâmica.

A complexidade, variabilidade, imprevisibilidade e individualidade da pessoa com patologia cardíaca e torácica são particularidades únicas na minha prática profissional e exigem uma conduta reflexiva baseada na evidência científica, de modo a poder tomar decisões fundamentadas, que permitam a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Tal como Mendonça (2009) defende, os contextos diferenciados da prática clínica exigem profissionais detentores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. A formação e o desenvolvimento profissional refletem a necessidade de querer ser mais competente e incorporam a criação de estratégias para promover a qualidade do exercício. Dias (2004, p. 58) relembra que “a formação é um processo de transformação individual” que envolve a dimensão do saber-saber, do saber-fazer e do saber-aprender, não sendo despropositado acrescentar o saber-ensinar. Para Benner (2001), assim como, para Boterf (2005) e para Mendonça (2009), o desenvolvimento de competências passa pela interação destes saberes e pela sua adaptação às situações contextuais. Assim, num contexto onde os processos médicos e cirúrgicos complexos imperam, exigem-se ações que implicam a tomada de decisão “baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

Foi nesta busca incessante pela excelência do cuidar, que surgiu a necessidade e o interesse pessoal em orientar o meu percurso profissional para a área de especialidade de EMC, com o objetivo de poder conceber, implementar e avaliar planos de intervenção, que respondam às necessidades das pessoas e famílias alvo dos meus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação, perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e

eventos adversos, assim como, promovendo a saúde e prevenindo a doença, em diversos contextos de ação (Regulamento n.º 429/2018). De facto, e tal como Benner em 2001 já referia e, mais recentemente, Serrano et al. (2011) ditam, o processo de cuidar está intimamente relacionado com o desafio constante no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, isto é, no desenvolvimento de competências. Na prática, é notória uma analogia entre o desenvolvimento de competências e o exercício profissional, onde os profissionais são os atores do processo de mudança e os contextos um imperativo no desenvolvimento de competências (Boterf, 2003).

Neste sentido, emerge o meu compromisso pessoal na edificação de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC e ainda, de competências relativas ao grau de Mestre em EMC. Na realidade, o curso de MEMC surge como mais uma etapa na construção da minha identidade profissional. Neste âmbito, a área de interesse que guia todo este percurso emerge do contexto da minha prática clínica e, de forma particular, de uma preocupação e de uma necessidade em aprofundar conhecimentos e aprimorar os cuidados de enfermagem. Assim, surgiu o Projeto de Autoformação (PAF) com o objetivo de desenvolver competências comuns e especializadas no cuidar da PSC a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia. Para Wilton (2017) a complexidade da pessoa com qualquer complicação respiratória no pós-operatório e a sua instabilidade hemodinâmica são fatores preditivos para o cuidado especializado do enfermeiro, uma vez que, são os profissionais que prestam

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362),

procurando o retorno à sua saúde, isto é, restabelecimento do “processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade” (ICN, 2019).

Os cuidados de enfermagem à PSC são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta adequada e em tempo útil, logo eficiente. Deste modo, o enfermeiro especialista é

aquele que detém um conhecimento aprofundado neste contexto específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas na área de enfermagem à PSC (Lei n.º 156/2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003, p. 246) define competência como um “fenómeno multidimensional, complexo (...) a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”. As competências especializadas, definidas no Regulamento n.º 140/2019 da OE, são competências que sucedem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde da área de especialidade, “demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745). Deste modo, o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e ainda, maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou com falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil. Além destas, este profissional partilha com outros enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, competências comuns, reveladas “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Assim, o enfermeiro especialista em EMC demonstra também competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De forma a nortear o meu papel enquanto futura enfermeira especialista, a minha conduta foi realizada em sincronia com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC, patentes no Regulamento n.º 361/2015 e fundamentadas em quatro conceitos chave, nomeadamente, a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Estes, na procura permanente pela excelência dos cuidados, objetivam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Deste modo, como resultado da procura incessante pelo conhecimento e pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e em articulação ao exposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, Artigo 20.º, no que diz respeito à realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” (p. 4164) a componente prática deste curso de MEMC foi concretizada em três contextos de prática clínica distintos, nomeadamente SU, UCIP e BO, planificados em diferentes períodos. A escolha destes contextos para o desenvolvimento de competências, fundamenta-se na evidência científica que integra o PAF e que, de um modo geral, revela que as complicações respiratórias no pós-operatório são multifatoriais e envolvem fatores pré, intra e pós-operatórios (Stirling & Griffiths, 2015; Barreta et. al, 2017; Sousa et. al, 2020).

De modo a fundamentar a prática de cuidados, este percurso é norteado pela teoria de médio alcance de Afaf Meleis no que se refere à abordagem da PSC e no modelo concetual de Patrícia Benner no que concerne ao percurso de desenvolvimento de competências, proporcionando um guia na minha formação e na investigação, assim como, na prática de cuidados. Assim, com estes pilares basilares que fundamentam os cuidados de enfermagem especializados, seguem os próximos capítulos, que refletem a procura constante e incessante pela excelência do exercício profissional, desejável para todo o ato de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve.

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

O enfermeiro especialista é o profissional a quem “se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e pressupõe, além das competências específicas da área de especialidade, que partilhe “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Estas envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

A aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista é um processo gradual e contínuo que se iniciou no primeiro dia do curso de MEMC, mas que não se encerra findando este momento. Prolongar-se-á ao longo da vida profissional, na perseguição de um constante aperfeiçoamento, pois como refere Fukada (2018), as competências compreendem um desempenho integrado e complexo que reflete a atitude profissional, conhecimentos, pensamento crítico e valores ao longo da carreira profissional.

A OE, no Regulamento n.º 140/2019, agrupa-as em quatro domínios distintos e que são relatados separadamente para uma melhor compreensão de todo o trajeto realizado.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem, enquanto profissão que se foca nas pessoas, transcende a componente prática. Os cuidados de Enfermagem dirigem-se à pessoa, no respeito pela sua singularidade e pela sua dignidade, realizando-se através de uma relação que objetiva a promoção dos seus projetos de saúde (OE, 2001; Deodato, 2008). Wanda Horta também considerava que este cuidar excedia o científico e o técnico, pois somos “gente que cuida de gente”, exigindo, portanto, qualidade humana e humanizadora (OE, 2015).

No centro desta relação, encontra-se a proteção da vida humana, sendo responsabilidade do enfermeiro “agir no sentido de promovê-la, defendê-la e ajudar a resolver os problemas de saúde” e quando tal não é possível, continua a constituir um dever do enfermeiro “manter a relação de cuidado no acompanhamento de um processo de morte serena” (Deodato, 2008, p. 21). Assim, decorrente dos processos de tomada de decisão e das consequências que acarretam, o enfermeiro responde perante as pessoas de quem cuida, perante a sociedade e a profissão (Deodato, 2008).

Nesta linha de pensamento, podemos considerar que a responsabilidade do enfermeiro deriva do cumprimento dos seus deveres profissionais, descritos no Código Deontológico, incluso no Estatuto da OE. A Deontologia surge então como a formulação de um dever profissional que a OE (2015) define como um conjunto de normas referentes à profissão, alicerçadas no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar das pessoas e nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas. A existência deste compromisso tem um passado longínquo, entendendo-se o assumir da profissão como uma declaração pública, realizada em benefício da comunidade, como patenteia o juramento de Nightingale. É neste domínio e entre as diversas dimensões da ética de enfermagem que se encontra a responsabilidade profissional (Nunes, 2006).

Esta é indissociável do agir, fundamenta-se nos valores e nos princípios relativos ao exercício profissional, enunciados no Artigo 78.º do Código Deontológico. Assim, ao longo dos ensinamentos clínicos deste curso de MEMC, desenvolvi uma prática profissional de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional que, em parte, se traduz em “intervenção de enfermagem realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei n.º 156/2015, p. 8078). O respeito pela dignidade humana é um princípio basilar que estrutura o ordenamento jurídico do país e está explícito no Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa, por isso, sendo uma profissão integrada nesta sociedade, é também fundamental para a deontologia da profissão e, portanto, está consagrado na primeira norma.

A responsabilidade profissional, estabelecida na relação profissional, assenta em cinco valores universais, expostos no Código Deontológico, designadamente, a igualdade; a liberdade responsável; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional, que guiaram a minha conduta ao longo dos ensinamentos clínicos. Para além disso, neste domínio, torna-se relevante mencionar que a responsabilidade pode também ser aferida em relação ao tipo de intervenção realizada. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 tipifica as intervenções de enfermagem como autónomas e interdependentes. São autónomas as intervenções “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade” e interdependentes as “realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (p. 2961). Para uma correta compreensão importa clarificar a

diferença entre os dois tipos de intervenções. Segundo a OE (2001), nas intervenções autónomas, o enfermeiro “assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”, ao passo que, nas intervenções interdependentes, o enfermeiro “assume a responsabilidade técnica pela sua implementação” (p.12). No âmbito da responsabilidade técnica, Deodato (2008) relembra que podemos entendê-la como a responsabilidade pela execução técnica, uma vez que, o processo de decisão pertence a outro profissional. Contudo, o enfermeiro ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional através da prescrição de um cuidado, não a realiza sem um processo de raciocínio que, por sua vez, determina a sua decisão de execução, com base na avaliação técnica, científica, ética, deontológica e jurídica do cuidado em causa. Neste processo de tomada de decisão, podemos encontrar fundamentos que nos levem a não concretizar a prescrição, pelo que, assumimos a responsabilidade em qualquer uma das alternativas, pelo praticado e pelo omitido.

Os processos de tomada de decisão estão presentes em qualquer âmbito da prática profissional e emergem, principalmente, da identificação de um problema ético, isto é, a

existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto (Deodato, 2008, p.41).

Esta incerteza implica, necessariamente, um processo de tomada de decisão ética que, para Gândara (2004), representa um processo cognitivo constituído por etapas que se desenvolvem sequencialmente desde a identificação do problema, culminando na avaliação da eficácia da decisão. A identificação de um problema ético reflete a autonomia do enfermeiro e, neste princípio, Deodato (2014) recorda que, o enfermeiro reconhece a pessoa em risco de ser atingida na sua dignidade, constituindo o ponto de partida para um agir ético. Perante isto, e tal como já considerava Vieira (2004), estamos perante a responsabilidade solidária. A responsabilidade pelo outro, faz emergir o dever de salvaguardar a sua dignidade e promover os seus direitos, de tal forma que, quando se detetam problemas desta natureza, o enfermeiro assume voluntariamente a sua defesa.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, diversos problemas éticos emergiram durante a prática de cuidados, sendo sujeitos a uma reflexão aqueles que me tocaram de forma particular. Destaco, “A pessoa em fim de vida: até onde devem de ir os procedimentos invasivos?”; “A sala de emergência como palco de trabalho em equipa para estabilização da pessoa em situação crítica”; “Ordem de não reanimar: a decisão de uma vida”; “Bloco

operatório: que realidade?” (dotação segura dos cuidados e qualidade dos cuidados de enfermagem), entre outros. Este “processo de análise consciente”, tal como Santos e Fernandes (2004, p. 59) caracterizavam, partiu de uma inquietação e de uma preocupação em refletir sobre o meu agir durante este período. Implicou “parar” e “voltar atrás” e, neste exercício, emergiu a necessidade de pensar e refletir sobre o cuidado de enfermagem especializado. Estes momentos foram concretizados à luz do Ciclo Reflexivo de Gibbs e, tal como conclui Pereira-Mendes (2016) no seu estudo, a realização escrita do exercício reflexivo, assumiu um papel muito facilitador, pois, através deste, consegui organizar e sistematizar o pensamento e traduzir pela escrita a experiência vivida e o que esta me permitiu e permitirá, em termos de intervenção de enfermagem. Naturalmente, por tudo o que implicavam, os processos de tomada de decisão associados a estas situações não foram lineares. A discussão com os enfermeiros de referência foram estratégias benéficas, permitindo incorporar diversos aspetos relacionados com a individualidade das pessoas, com a complexidade das situações, com a experiência multidisciplinar, incluindo a minha, corretamente integrados nos próprios contextos dos ensinamentos clínicos. Assim, as decisões éticas foram realizadas com o envolvimento da pessoa, quando a sua situação permitia, possibilitando-nos ponderar sobre os aspetos significativos e sobre o seu projeto de vida. Estas decisões seguiram também um método facilitador, assente no modelo DECIDE. Este modelo já havia sido descrito por Thompson et al. em 2004, como um método “prático para formular juízos de valor e tomar decisões éticas prudentes” (p.324). Quero salientar que, a construção das decisões éticas foi suportada pelos fundamentos publicados por Deodato (2014), no livro intitulado “Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir”. Assim, estas situações tiveram como linhas orientadoras o respeito pela pessoa e pela dignidade humana, o respeito pela vontade do próprio, o respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa, o bem para a pessoa, o princípio da não-maleficência, o respeito pela vida e pela qualidade de vida, a promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento, a proteção da saúde, o princípio da justiça e a confiança. Intimamente associado a estes, estão os fundamentos deontológicos, como suporte de legitimação e onde se incluem os deveres deontológicos dos enfermeiros. Adicionalmente, ao integrarmos um país que se organiza como um Estado de Direito, os princípios e as normas jurídicas foram considerados com alguma parcimónia, como fundamentos capazes de suportar a decisão. De igual modo, à necessidade de proteção da pessoa, que constituiu a principal fonte de preocupação, juntou-se a preocupação em proteger os familiares, em respeitar as regras institucionais, e ainda, em

garantir o tempo de cuidado a outras pessoas. Os fundamentos de natureza científica e socioculturais, foram também considerados.

Com estes alicerces, assumi a responsabilidade pelas decisões que tomei, dever que está consagrado no Artigo 100.º da Lei n.º 156/2015, mais precisamente, “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (p. 8102).

Ainda nesta perspetiva de responsabilidade, quero salientar a minha procura por práticas promotoras dos direitos humanos como meio de nortear o respeito pela dignidade humana, na certeza de que este é o pilar basilar de todas as decisões e intervenções (Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1978). Particularizando o direito da saúde, este integra uma panóplia de legislação que regula o sistema de saúde e integra igualmente um acervo considerável de normas regulamentares das diversas entidades públicas com responsabilidades no setor. Destas, primeiramente, importa aludir à Constituição da República Portuguesa e, de modo mais particular, ao Artigo 64.º que dita que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, direito também regulamentado pela Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde e que se rege pelos princípios da igualdade, da não discriminação, da confidencialidade e privacidade.

Para além dos referenciais já supracitados, gostaria de nomear ainda, a Lei n.º 15/2014 que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e, também, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001) como norteadores de uma prática de cuidados que tentou sempre zelar pelo respeito dos direitos das pessoas alvo dos meus cuidados, nomeadamente, no que se refere à escolha, ao consentimento ou recusa, à adequação da prestação de cuidados de saúde, à proteção de dados pessoais e da vida privada, ao sigilo e à assistência espiritual e religiosa, isenta de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

O SU foi um contexto de prática que se revelou particularmente desafiante no que diz respeito à garantia da privacidade, devido às suas características peculiares. Durante este ensino clínico, assisti diariamente a uma sobrelotação, com necessidade de instalar as macas dos doentes em sítios de passagem, ficando a pessoa de tal forma exposta, quase transformando numa utopia o dever de respeitar a sua privacidade. Nesta conjuntura, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012) declara que, é perentório “respeitar escrupulosamente os conceitos de privacidade e conforto” e acrescenta que, os corredores “devem manter-se livres, sem estacionamento de

doentes ou macas” (p. 15). Efetivamente, muitas vezes, senti dificuldade em zelar por estes direitos e em cumprir este dever. Notei que, frequentemente, devido às exigências de trabalho e ao número elevado de pessoas no SU, os profissionais tendiam a incorrer numa rotina, nem sempre respeitadora destes princípios, exigindo da minha parte a adoção e a promoção de medidas suplementares, tais como, a utilização de biombos e uma particular atenção com o tom de voz, no sentido de limitar o acesso à informação apenas às pessoas alvo dos meus cuidados garantindo, assim, o respeito pela intimidade.

Abordar a privacidade implica também falar da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva, levantam-se algumas questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno nos diferentes contextos que este curso de MEMC engloba. Como sabemos, as passagens de turno revestem-se de fulcral importância, pois asseguram a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação. Tal como Sousa et al. (2019) referem, a passagem de informação reporta para o direito relativo à confidencialidade e privacidade, proteção da intimidade/reserva da vida privada e ainda, para o dever de sigilo do profissional de saúde. Considerando que toda a informação colhida pelos profissionais deve ser confidencial, há que ter em conta que a mesma deve ser partilhada “só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (Lei n.º 156/2015, Artigo 106.º, p. 8103). Durante os diversos ensinamentos clínicos, assisti e participei em passagens de turno distintas, contudo, maioritariamente, realizadas junto à pessoa, de modo a facultar a todos os profissionais o conhecimento da situação clínica, sem prejuízo da vigilância contínua. Na minha perspetiva, a passagem de turno, concretizada nestes moldes, suscita questões relativas à privacidade e à confidencialidade da informação, pois torna-se facilmente acessível a todo o universo circundante.

No que diz respeito à informação escrita, os diversos contextos dos ensinamentos clínicos são detentores de um registo informatizado, com recurso a aplicativos informáticos. De acordo com Vieira (2018), independentemente da aplicação informática, os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde, trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade, confidencialidade, segurança e facilidade de acesso à informação, podendo ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

Para além disso, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos das pessoas, importa aludir ao Consentimento Informado, Esclarecido e Livre (CIEL). Este é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito de a pessoa decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Recordo aqui, a necessidade de o CIEL ser, de tal forma abrangente, que contemple todas as situações possíveis e imaginárias, no sentido de evitar situações conflagradoras, como um ato cirúrgico mais alargado ou a impossibilidade técnica de qualquer ato cirúrgico. Ainda assim, quer em contexto de SU e de UCIP, deparei-me com pessoas inconscientes, em situações de emergência e/ou falência orgânica, em que a obtenção do consentimento informado e esclarecido não foi possível. Estes casos particulares constituem-se como uma das exceções, podendo proceder-se imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Nestas situações o CIEL é aceite como um consentimento presumido. Segundo a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS), o consentimento presumido surge nas situações em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, onde protelar o ato médico para a obtenção do seu consentimento expresso poderá tornar-se uma ameaça à sua saúde ou vida. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou representante legal assim que esta se mostre capacitada para decidir.

Deste modo, a minha prática de cuidados com foco na pessoa e nos seus projetos de vida, assentou em tomadas de decisão segundo os princípios éticos, valores e normas deontológicas, promovendo e protegendo os direitos humanos, garantindo a segurança e a privacidade e salvaguardando a dignidade humana.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Resultado da evolução dos cuidados de saúde e da complexidade inerente a estes, do aumento da esperança média de vida, do aumento da expectativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, os sistemas de saúde têm vindo a deparar-se com a necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade (Ribeiro et al., 2017). Apesar de ser unânime a necessidade de perseguir padrões cada vez mais elevados de qualidade, definir qualidade dos cuidados de saúde representa, por si só, um desafio. Em Portugal, a qualidade tem adquirido uma inequívoca relevância, tanto que está pautada no Plano Nacional de

Saúde com extensão a 2020, onde se constitui como um eixo estratégico do seu modelo concetual. Neste, melhorar continuamente a qualidade na saúde significa:

tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (p. 16).

Os projetos de melhoria da qualidade no sistema de saúde tornaram-se, assim, um imperativo, na medida em que exponenciam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados prestados. Desta forma, concebido com base numa visão transversal do Sistema Nacional de Saúde (SNS), emergiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) onde se defende que o acesso e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, em qualquer etapa do processo, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para o exigir. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015) vem contribuir para enaltecer a importância da qualidade dos cuidados de saúde e visa garantir que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades. As boas práticas de qualidade e segurança em saúde estão também reguladas na Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, ao definir que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56). Nesta ótica, entende-se a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde. De facto, o enfermeiro assume também o dever de “garantir a qualidade” dos cuidados (Lei n.º 156/2015, p. 8080). Já em 2001 a OE considerava a necessidade de criar sistemas de qualidade como uma ação prioritária, razão pela qual, emergiram os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com reflexo na melhoria dos cuidados prestados e no próprio debate sobre o exercício profissional, traduzindo-se num instrumento que ajuda a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, de outros profissionais e do público em geral. Trata-se de uma representação dos cuidados definida em seis categorias de enunciados descritivos relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. De modo mais particular, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, assumem-se também como norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista, motivo pelo qual, foram alicerces na definição do meu papel enquanto futura enfermeira especialista junto das pessoas e das suas famílias, logo alvo de reflexão ao longo dos próximos capítulos

(Regulamento n.º 361/2015). Assim, seguindo estas linhas orientadoras e com o objetivo de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, ao longo dos ensinamentos clínicos procurei conhecer a estratégia de qualidade dos serviços e os seus programas de acreditação, nomeadamente, acreditação de unidades de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). Este programa, originário de Espanha, está focalizado na certificação da prestação de cuidados e responde aos grandes desafios de qualidade que a DGS pretende resolver em Portugal, sendo adotado pelo SNS (DGS, 2014a) e, também, pela instituição onde os ensinamentos clínicos decorreram. O modelo ACSA utiliza, como abordagem conceptual, a evolução progressiva da melhoria contínua da qualidade até à excelência organizacional, através de critérios e padrões de desempenho progressivamente mais complexos e abrangentes. As dimensões da qualidade abordadas são várias, nomeadamente, o cidadão como centro do sistema de saúde, a organização da atividade centrada na pessoa, os profissionais, os processos de suporte e os resultados (DGS, 2014b).

No período correspondente ao ensino clínico I (contexto de urgência), o SU encontrava-se ainda em fase de autoavaliação sendo, portanto, considerado como ainda não qualificado. Todavia, e apesar de não constituir um fim em si mesmo, o processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior do serviço, no qual participei e fui beneficiária.

De acordo com a DGS (2016), a fase de autoavaliação está concebida como um espaço de partilha, em que os profissionais do serviço analisam o seu desempenho face aos padrões do Manual de Standards. Recomendam também que, durante esta fase, os profissionais procurem “observar o que se está a fazer bem (...) e detetar as áreas ou aspetos da atividade da unidade que necessitam de ações de melhoria” (p.29). Assim, nesta etapa, procurei dar o meu contributo, reconhecendo os pontos fortes, tais como, a identificação dos profissionais de saúde perante a pessoa que recorre ao SU (utilização dos cartões de identificação e a apresentação do profissional à pessoa e família), a existência de um sistema de triagem de prioridades no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a realização de atividades de promoção da saúde de modo a prevenir situações urgentes e acidentes, o estabelecimento de um procedimento seguro de identificação dos cidadãos (pulseira de identificação), entre outros. Este procedimento possibilitou-me, também, identificar, refletir e discutir com o enfermeiro de referência, áreas de melhoria, com a finalidade de as reforçar,

e até, de conseguir transformá-las em pontos fortes, como por exemplo, a necessidade de respeitar a intimidade e a privacidade da pessoa ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de saúde ou a identificação dos planos de formação individuais dos profissionais.

Por outro lado, o ensino clínico na UCIP e no BO, por ser realizado em serviços acreditados no nível Bom, permitiram-me consciencializar de que este não é um processo estanque, exigindo permanente colaboração e acompanhamento, com o objetivo de assegurar a manutenção do nível de qualidade obtido e, quiçá, de permitir evoluir para o patamar seguinte. Para esse efeito, existem visitas de acompanhamento, no momento suspensas em consequência da pandemia COVID-19.

Sob esta ótica, a Lei.º 95/2019 apresenta, ao abordar os princípios do SNS (Base 20), que a qualidade visa, também, prestações de cuidados de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência. Neste sentido, na minha opinião, falar em PBE implica falar em ambiente terapêutico e seguro.

Na procura de uma prática de qualidade e de um ambiente terapêutico e seguro, os meus ensinamentos clínicos foram desenvolvidos segundo uma PBE, tendo em conta de que este paradigma fornece uma estrutura mais adequada e com previsível garantia dos melhores resultados para a resolução de problemas encontrados na prática clínica diária (Camargo et al., 2018; Esteban-Sepúlveda et al., 2021). Nesta perspetiva, procurei que as minhas tomadas de decisão seguissem a mais recente evidência científica. Naturalmente, este processo implicou um julgamento crítico baseado no melhor conhecimento científico, considerando as recomendações e diretrizes sobre as situações clínicas em específico, associando ainda a minha experiência e a dos enfermeiros de referência, as preferências da pessoa alvo dos nossos cuidados e das suas famílias, o contexto e os recursos disponíveis.

Tanto o SU, como a UCIP e o BO, dispõem de um sistema de notificação de incidentes próprio, uma aplicação de gestão do risco global que recorre à plataforma “*Health Event & Risk Management*”, independente do sistema disciplinar ou de reclamações, que promove a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Esta ferramenta permite identificar os riscos, os perigos e as vulnerabilidades. Contudo, tal como Askarian et al. (2020) concluem, na prática verifica-se a existência de uma subnotificação de incidentes, associado à excessiva carga de trabalho, à falta de conhecimento sobre incidentes relatáveis, às dificuldades de acesso aos sistemas de notificação, ao medo de ações punitivas pela falta de confidencialidade e ameaças aos processos de avaliação.

Importa mencionar que os contextos dos ensinamentos clínicos são marcados pela casuística, sendo de esperar que execute com mais segurança aquele que pratica com mais regularidade. Infelizmente, numa vasta equipa de profissionais, nem sempre é possível disponibilizar a experiência de situações urgentes a todos os enfermeiros, com a frequência necessária. Apesar disso, é notória a presença de uma cultura de tentar minimizar o erro, na ajuda e na partilha de dúvidas entre profissionais. Como vimos, a segurança “é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-2), motivo pelo qual, torna-se relevante abordar, neste capítulo, os restantes objetivos estratégicos apresentados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Além do objetivo já referenciado, o segundo visa aumentar a segurança da comunicação. Esta é considerada um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, tais como nas mudanças de turno e nas transferências ou altas. Neste âmbito, a DGS publicou em 2017 a norma intitulada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, onde é recomendada a utilização da metodologia *Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation*, comumente designada por ISBAR, em todas as transições de cuidados, independentemente do contexto, fomentando uma comunicação precisa, sem lacunas e atempada, para evitar falhas na continuidade dos cuidados (DGS, 2017). Foi nesta base, que colaborei na comunicação efetiva das equipas, procurando transmitir informação focada e concisa, de forma estruturada, reduzindo a necessidade de repetição e minimizando a ocorrência de erros, tal como Wang et al. (2020) sugerem. A comunicação na saúde está também associada à difusão de orientações e de normas de boas práticas, à transversalidade entendida como a informação disponibilizada em qualquer contexto de cuidados de saúde, ao direito de informação das pessoas, articulado com o consentimento informado, esclarecido e livre. Pode ser utilizada como uma ferramenta que fomenta o conhecimento e as capacidades das pessoas alvo de cuidados, dando possibilidade de gerir as expectativas, participar ativamente no plano de cuidados delineado, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço de saúde.

Relativamente ao terceiro objetivo delineado neste documento, este prevê aumentar a segurança cirúrgica. O despacho enunciado acredita que o BO contempla um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, estimando-se que cerca de 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis, alertando para um aspeto onde é necessário fazer algo mais, no sentido de contrariar este cenário. O mesmo documento

referencia, ainda, o projeto intitulado “Cirurgia Segura Salva Vidas”, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, como orientador na persecução deste objetivo (DGS, 2010).

O ensino clínico III, realizado maioritariamente no BO, permitiu-me aferir que toda a equipa multidisciplinar, e de forma particular os enfermeiros, estão sensibilizados para a segurança cirúrgica, recorrendo a diversas estratégias, tais como, o recurso a uma *checklist*, que permite validar, numa sequência de atividades, o modo de garantir cuidados seguros perioperatórios e, desta forma, minimizar os riscos de ocorrência de incidentes. A DGS emana, também, um conjunto de normas que visam reforçar a segurança cirúrgica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura, documentos sujeitos ao meu estudo e análise durante o ensino clínico III. Estas normas foram também implementadas e são descritas ao longo da reflexão nos próximos capítulos.

Ainda no âmbito da segurança dos doentes, o Despacho n.º 1400-A/2015 acrescenta como objetivo estratégico aumentar a segurança na utilização da medicação. Os erros de medicação são definidos pela *European Medicines Agency* (n.d.) e pela *World Health Organization* (WHO, 2016), como uma falha não intencional no processo de tratamento com medicamentos que causam, ou têm o potencial de causar, danos à pessoa alvo de cuidados e resultam de erros na prescrição, dispensa, armazenamento, preparação e/ou administração de um medicamento. São diversos os estudos que revelam a maior ocorrência destes eventos em contextos de prática clínica que exigem uma célere e rápida atuação perante situações emergentes, por isso, frequentemente relatados nos serviços de urgência e em unidades de cuidados intensivos (Gracia et al., 2019; Plutínská & Plevová, 2019).

Particularizando o ambiente de trabalho no SU, as características próprias deste serviço são promotoras destes eventos. A título exemplificativo, mesmo nas zonas em que existe maior resguardo dos profissionais, tais como, nas zonas de preparação de terapêutica, os enfermeiros são múltiplas vezes interrompidos pelos seus pares, por outros profissionais e pelas pessoas alvo dos seus cuidados. Pratas (2017) descreve que na génese do erro pontificam atitudes dos profissionais mas, o maior contributo é das condições organizacionais onde estes profissionais atuam. Na realidade, tive a oportunidade de aprender a prevenir o erro terapêutico, num ambiente por vezes hostil, adotando diversas estratégias, tais como, verificação das condições de armazenamento e da integridade dos

medicamentos (embalagens, rótulos, validades), privilegiando a prescrição informática de medicamentos, reduzindo as indicações/ prescrições verbais, verificando, previamente à administração de qualquer medicamento, a identificação do doente, o nome do medicamento, a dose, a via, a frequência e a hora de administração, sem esquecer a dupla verificação de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou com aspeto, semelhantes (Norma n.º 020/2014; Norma n.º 014/2015; Norma n.º 18/2016; Orientação n.º 14/2015).

Ainda como parte das estratégias, tanto o SU como o BO, adotaram um sistema de distribuição automática de medicação, procurando minimizar o erro desde a dispensa à preparação e à administração (Metsämuuronen et al., 2020). O estudo desenvolvido por Santos et al. (2019) revela que este sistema reduz os erros de medicação, promovem a segurança, oferecem uma visão real do stock de medicamentos e ajudam o enfermeiro na escolha do medicamento certo.

Além deste objetivo, o Despacho n.º 1440-A/2015 publica também o quinto objetivo estratégico que visa assegurar a identificação inequívoca dos doentes. Trindade et al. (2019) descrevem que são diversos os fatores que podem afetar a identificação correta de doentes, tais como, o seu nível de consciência e a rotatividade de doentes dentro de um serviço. A identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas (Despacho n.º 1400-A/2015). De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identificação dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O documento referenciado ressalva que o número do quarto ou da cama não pode ser considerado um dado fidedigno.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, na procura pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, identifiquei as pessoas alvo dos meus cuidados antes de qualquer intervenção, desde a colheita de dados e diagnóstico ao tratamento ou execução de intervenções de enfermagem especializadas. Recordo diversas situações nestes contextos, tais como, antes da realização de exames complementares de diagnóstico, da administração de medicamentos, sangue ou hemoderivados, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise e antes de qualquer ato cirúrgico. Ainda, de modo a garantir o reconhecimento inequívoco de doentes, consultei, antes de qualquer procedimento, as suas

pulseiras de identificação e, dependendo do nível de consciência das pessoas, validava as informações aí constantes.

No seguimento do que foi delineado para a segurança dos doentes, o documento que tem vindo a ser referenciado tem projetado como outro objetivo estratégico a prevenção da ocorrência de quedas. Através da consulta dos dados estatísticos obtidos no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, 2021c) é possível aferir que, comparativamente ao ano de 2019, no ano de 2020 foi registado um maior número de quedas. Contudo, alerta para o facto de este aumento poder não configurar um aumento efetivo do número de quedas mas sim, ser fruto de uma adesão dos profissionais aos processos de notificação. O SESARAM tem implementando desde 2007 o programa de prevenção de quedas e, desde essa data, tem vindo a ser realizado no momento da admissão ao internamento, a Escala de Quedas de Morse como medida de avaliação de fatores de risco de queda, com monitorizações periódicas ao longo do internamento e pontuais face a alterações do estado clínico, bem como após a ocorrência de uma queda. Como parte das estratégias preventivas inclui-se a implementação de medidas específicas, formação periódica, auditorias internas e avaliação dos indicadores, tais como, gravidade do dano e outros (SESARAM, 2021c). Durante os estágios realizados ao longo do curso de MEMC verifiquei que a Escala de Morse nem sempre foi aplicada na admissão, nem nos períodos recomendados para avaliação e reavaliação, de acordo com o *score* de risco, como resultado da sobrecarga de trabalho. No entanto, os profissionais promovem nos seus cuidados, intervenções nesse sentido, como por exemplo, orientação contínua das pessoas com alterações do seu estado mental (confusão, agitação), elevação das grades de segurança das camas/macas ou baixar o nível da cama relativamente ao chão.

À semelhança da prevenção da ocorrência de quedas, também a prevenção da ocorrência de úlceras de pressão é uma importante medida integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015). As úlceras por pressão causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte (Halász et al., 2021). Neste âmbito, relembro os cuidados à PSC sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) que, entre outros, incluiu a correta e adequada fixação do tubo endotraqueal, onde a pressão exercida pelo fio de nastro deve ser controlada de forma a evitar lesões labiais e auriculares por pressão. O estudo desenvolvido por Kuniavsky et al. (2020), revela que as incidências de úlceras por pressão associadas aos fixadores dos tubos endotraqueais correspondem a

cerca de 45% das úlceras por pressão notificadas no ambiente de cuidados intensivos que afetam a qualidade de vida e a recuperação da PSC. No decorrer dos diversos ensinamentos clínicos, efetuei a avaliação do risco de úlceras de pressão em todos os contextos assistenciais. Verifiquei que as orientações para o preenchimento da Escala de Braden nem sempre são cumpridas, embora sejam instituídas medidas preventivas do aparecimento de úlceras de pressão. Com regularidade os serviços realizam auditorias aos processos clínicos informatizados no sentido de verificar se as escalas de Braden e de Morse foram corretamente preenchidas e nos tempos preconizados.

Esta exposição permite-nos reconhecer que uma sociedade em permanente evolução e cada vez mais informada, torna-se mais exigente no que respeita à qualidade dos cuidados de saúde. Se é certo que os profissionais representam a face exposta do sistema, não nos podemos esquecer que, aos gestores de topo cabem os desígnios de proporcionarem os recursos materiais e humanos imprescindíveis à conquista de tais desideratos (Barkell & Snyder, 2021).

Já em 2015, o trabalho desenvolvido por Jesus et al. evidencia que, a adequação dos recursos humanos e materiais é a “componente mais crítica da qualidade dos ambientes da prática” (p. 41) em todos os hospitais portugueses participantes no estudo, exigindo das instituições uma particular atenção para a segurança e qualidade dos cuidados, onde a dotação adequada de enfermeiros, de acordo com o seu nível de qualificação e perfil de competências, deve de ser ponderada.

Por fim, pelo que foi apresentado, acredito que o trajeto percorrido ao longo dos diversos ensinamentos clínicos fluiu para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, proporcionando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e ainda, garantindo um ambiente terapêutico seguro.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A American Academy of Ambulatory Care Nursing (2016) define a gestão dos cuidados como a organização deliberada de todas as atividades do processo assistencial entre dois ou mais participantes, incluindo a pessoa alvo de cuidados, visando facilitar e otimizar a prestação adequada de cuidados de saúde. Os mesmos autores realçam que esta dinâmica envolve a adequada alocação e distribuição de recursos humanos e materiais necessários no

processo de cuidados. O Regulamento n.º 76/2018 acrescenta que o exercício de gestão de enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do desempenho profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p. 3478). Nesta perspetiva, ao longo dos ensinamentos clínicos procurei observar o papel dos enfermeiros chefes e acompanhar os enfermeiros chefes de equipa no desempenho das suas funções. Quer no acompanhamento direto, quer no indireto, foi visível o trabalho desenvolvido na gestão de todos os problemas observados ao longo da jornada de trabalho.

No ensino clínico I, tive a oportunidade de compreender o método de distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho, onde se procura alocar a cada posto de trabalho o enfermeiro com as competências que melhor respondam a cada situação específica. Assim, o enfermeiro especialista em EMC está frequentemente afeto à sala de cuidados especiais e à sala de observação, para além de integrar a equipa da sala de emergência, como elemento A, isto é, o elemento mais diferenciado, que gere e lidera a equipa. Durante este ensino clínico apercebi-me que a gestão de um serviço complexo e em constante adaptação para responder às necessidades atuais da população é uma tarefa árdua. De facto, devido à pandemia COVID-19, o SU sofreu inúmeras adaptações, quer na estrutura física, quer nos procedimentos e protocolos. Relativamente à estrutura física, foram construídas infraestruturas novas, tais como, um balcão de pré-triagem, uma ala de triagem avançada, uma unidade de cuidados especiais que alberga 14 camas (oito destinadas aos cuidados intensivos e seis destinadas ao SU) e ainda, um anexo onde ficam pessoas a aguardar internamento. Apesar da estrutura física do SU estar a aumentar, o número de elementos da equipa de enfermagem são os mesmos, ou seja, 109 enfermeiros. Esta situação coloca em causa a dotação segura de enfermeiros, aspeto fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Saliento que, este foi um dos motivos reforçados pelo enfermeiro chefe e que impediu a abertura da nova unidade de cuidados especiais, até à data de conclusão deste estágio.

O Regulamento n.º 743/2019 que explana a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que é fulcral a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço

dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais. Por este motivo, a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento n.º 743/2019, p. 128). Nesta perspetiva, é também definido neste Regulamento que cada posto de triagem deve ser assegurado por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Manchester (STM) e recomenda que, no caso particular da triagem de prioridades nas urgências de adultos, seja assegurado preferencialmente por um enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, situação que não se verifica neste SU. Neste, a triagem é realizada por um enfermeiro generalista com formação no STM. Não obstante, acredito que a presença de um enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC acrescentaria qualidade e segurança aos cuidados, na medida em que, a pessoa e/ou a sua família usufruiria de um contacto imediato com um profissional mais capacitado para avaliar e identificar potenciais focos de instabilidade, imperceptíveis nos discriminadores dos fluxogramas existentes, logo exigindo um julgamento crítico, cujo impacto no resultado final poderia ser significativo.

Importa ainda referir que o Regulamento n.º 743/2019 adverte para a importância de a equipa de enfermagem do SU ser composta por cerca de 50% de enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas. Na realidade, verifica-se que cada equipa é constituída por 17 enfermeiros especialistas nesta área do cuidado de enfermagem especializado na prestação direta de cuidados, o equivalente a aproximadamente 16% da equipa, ficando aquém do que está recomendado. O método de trabalho utilizado no SU é o individual, que consiste na atribuição de um número de doentes aos quais o enfermeiro deverá prestar todos os cuidados. O método individual pressupõe o cuidado global à pessoa durante a jornada de trabalho (Neto, 2016). No SU as funções do enfermeiro chefe de equipa englobam a gestão de vagas, o pedido de dietas para os doentes, os pedidos de medicação da farmácia, o controle de estupefacientes, a manutenção e acondicionamento dos materiais e equipamentos do serviço e a gestão dos recursos humanos. Esta função cabe ao enfermeiro mais antigo e/ou com categoria profissional mais alta.

O ensino clínico II, cuidados intensivos, permitiu-me também compreender que, de modo a dar resposta às especificidades únicas da PSC, a equipa possui características únicas. Esta, na fase que se atravessava, era considerada uma das equipas que mais sofreu ajustes,

reorganização e admissão de novos elementos de modo a dar resposta às necessidades crescentes de cuidados intensivos. Atualmente, é constituída por 75 enfermeiros, dos quais, 24 são enfermeiros especialistas em EMC, quatro em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e outro em saúde comunitária. O Regulamento n.º 743/2019 recomenda que 50% dos enfermeiros que constituem as equipas de cuidados intensivos sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de enfermagem à PSC, em permanência 24 horas, devendo ser cada turno assegurado de forma idêntica. Contudo, nesta unidade apenas 32% de enfermeiros são especialistas em EMC. A metodologia de trabalho adotada é a de enfermeiro responsável, sendo o rácio de enfermeiros gerido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos clientes com recurso ao *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). A TISS-28 é uma ferramenta que classifica a gravidade da pessoa através da quantificação das intervenções terapêuticas utilizadas, onde o número de procedimentos é diretamente proporcional à gravidade da situação e, consequentemente, exige mais cuidados de enfermagem (Simões, 2020). Dependendo do score total, as pessoas são classificadas em quatro grupos conforme a necessidade de vigilância de cuidados intensivos. Assim, com base nesta classificação, pode-se verificar na UCIP um rácio de um enfermeiro para uma PSC classificada como nível III ou IV (instabilidade hemodinâmica com necessidade de vigilância e monitorização contínua e de implementação de medidas) e de um enfermeiro para duas pessoas classificadas como I ou II (estabilidade hemodinâmica com necessidade de vigilância e monitorização contínua).

Lucchini et al. (2018) reconhecem a importância da TISS-28, contudo, evidenciam algumas lacunas estruturais para a avaliação total da carga de trabalho de enfermagem, uma vez que, as atividades relacionadas com o cuidado indireto à PSC não são consideradas. Os mesmos autores evidenciam que este instrumento abrange, apenas cerca de 43% das atividades de enfermagem. Considerando estas fragilidades, foram desenvolvidas novas formas de avaliar de forma mais viável a carga de trabalho em contexto de cuidados intensivos, dando origem à *Nursing Activities Score*. Em 2009, Queijo e Padilha demonstraram que este instrumento, contempla cerca de 80,8% das atividades de enfermagem sendo, portanto, mais fidedigno que a TISS-28 e o atualmente recomendado.

Refira-se ainda que, em todos os turnos, é também definido o elemento da equipa de enfermagem que integra a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH) para dar resposta às situações de emergência que ocorrem ambiente intra-hospitalar. A ativação da

equipa de emergência é realizada através de uma chamada telefónica e utilizando um sistema de comunicação eficaz, pelos profissionais dos serviços de internamento. Estes profissionais têm como base uma listagem de critérios de ativação da EEIH (Apêndice A). No Despacho n.º 9639/2018 está preconizado que a EEIH seja constituída por um médico e um enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/intensivismo. Esta equipa assume a responsabilidade da pessoa durante as manobras de ressuscitação, motivo pelo qual, transporta sempre consigo além do material de comunicação, material de via aérea, material de acesso endovascular, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador. Os cuidados pós-reanimação são também da sua responsabilidade e devem ser verificadas quais as necessidades da pessoa, isto é, qual o nível de cuidados/monitorização que exige. O Regulamento n.º 743/2019 complementa esta informação ao recomendar que o transporte intra-hospitalar da PSC seja realizado pelo enfermeiro especialista em EMC, preferencialmente, na área de enfermagem à PSC.

Além dos contextos da prática clínica descritos anteriormente, com a concretização do ensino clínico III no BO aferi que, de modo a dar resposta a todas as especificidades que este serviço contempla, a equipa do BO é também ampla. Particularizando a equipa de enfermagem, esta é constituída por 95 enfermeiros, dos quais, 13 são enfermeiros especialistas em EMC. A metodologia de trabalho adotada é a de trabalho em equipa, onde todos os elementos são responsáveis pelos cuidados prestados às pessoas a seu cargo. Esta é orientada pela enfermeira chefe que coordena e planifica a distribuição dos cuidados de forma a maximizar as capacidades de todos os membros da equipa, consoante as competências e formações individuais de cada um. Apesar de cada enfermeiro atuar individualmente na satisfação das necessidades apresentadas pela pessoa, toda a equipa conhece-as e atua de forma sinérgica. A gestão destes recursos humanos é realizada diariamente e está intimamente articulada com o plano cirúrgico. O período em que acompanhei a enfermeira chefe permitiu-me cooperar na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, colaborando na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. Compreendi que, devido às especificidades cirúrgicas, existem equipas afetas a determinadas especialidades cirúrgicas, tais como, cardiotorácica e neurocirurgia e, pelo mesmo motivo, em caso de urgência e/ou emergências destas especialidades, são ativadas essas equipas, que se encontram em regime de prevenção. De igual modo e pela necessidade de cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com

uma ou mais funções vitais em risco imediato, frequentemente, procura-se que o enfermeiro de anestesia seja especialista em EMC, motivo pelo qual, procurei ficar mais dedicada a esta área, mas não desconsiderando as restantes áreas e aproveitando qualquer oportunidade de aprendizagem e aperfeiçoamento de competências. Na fase do intraoperatório as funções de cada enfermeiro (circulante, instrumentista e de anestesia) são claramente distintas e, embora tenham conhecimento geral sobre as funções de cada um, a política do BO determina funções fixas de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados.

Intimamente associado aos cuidados de enfermagem, qualquer um destes contextos também se caracterizam pela existência de um elevado número de transferências intra-hospitalares, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço.

No SU, essas transferências são asseguradas por elementos da equipa alocados a áreas específicas, verificando-se que, sempre que um enfermeiro sai a acompanhar um doente, esse posto de trabalho fica assegurado pelo enfermeiro chefe de equipa ou por outro enfermeiro por ele designado. Neste serviço, verifiquei que o acompanhamento das PSC é realizado por enfermeiros com experiência neste tipo de transporte e com formação em SAV, seguindo as recomendações da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos ([SPCI], 2008). De forma similar, na UCIP as transferências são realizadas também por profissionais com experiência no transporte da PSC que asseguram o mesmo nível ou um nível superior de cuidados comparativamente à unidade de origem. Recordo de diversas situações durante este ensino clínico em que colaborei nas decisões da equipa de saúde relativas ao transporte da PSC, o que exigiu gestão dos cuidados de enfermagem e de recursos materiais, articulação com os serviços recetores e com a equipa multidisciplinar, de modo a garantir a continuidade de cuidados na UCIP e a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC sujeita a transporte intra-hospitalar. No BO, os transportes assumem um carácter obrigatório, uma vez que, as transferências pós-operatórias são projetadas para promover a continuidade dos cuidados (Wang et al., 2020). Nesta perspetiva, torna-se claro o papel de extrema importância e responsabilidade que o enfermeiro desempenha, face a PSC em pós-operatório imediato de cirurgias com especificidades diversas. Assim, pelos motivos apresentados anteriormente, a efetivação deste momento é concretizada pelo enfermeiro de anestesia, enquanto a restante equipa de enfermagem responsabiliza-se pela supervisão da limpeza e desinfeção da sala operatória e ainda, pela gestão dos recursos materiais.

Neste domínio de competências, com este relato, apraz-me afirmar que ao longo do curso de MEMC fui adquirindo ferramentas que me permitem gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação da equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados, como resultado das atividades e estratégias que foram implementadas no decorrer dos diversos ensinamentos clínicos.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O autoconhecimento está associado à formação pessoal e esta decorre em vários contextos em que, como atores, desenvolvemos os nossos papéis e estabelecemos processos de socialização que comportam necessariamente diversas aquisições (Correia, 2003).

Ser enfermeiro pressupõe a existência de um “eu pessoal” e de um “eu profissional”, que se coadunam todo o tempo (Fernandes, 2012). Num pensamento ampliado, e tal como referia Lopes em 2006, podemos inferir que o enfermeiro toma consciência de si, enquanto profissional de saúde, à medida que se descobre responsável pela saúde do outro. Com efeito, é na experiência do outro e com o outro que nos descobrimos como pessoas e este curso de MEMC lembrou-me esta premissa, através da reflexão diária sobre os fatores facilitadores e dificultadores que poderiam interferir no relacionamento com as pessoas alvo dos meus cuidados e com a equipa multidisciplinar, sobre os meus recursos e limites pessoais e profissionais. Assim, abordar o autoconhecimento é também interpelar a relação. Este é um processo que implica um envolvimento da pessoa e do enfermeiro e é nesta relação que nos vamos tornando cada vez mais na pessoa que somos, que nos vamos complementando; é um cruzar-se com o nosso próprio interior.

Naturalmente, estar mais perto do “eu”, implica ser genuíno e autêntico, isto é, pressupõe consistência entre o comportamento verbal e não-verbal, assim como, uma exposição pessoal numa partilha de experiências significativas. É nesta partilha que nos relacionamos com as pessoas de forma humanizada e é também neste momento que as pessoas nos veem como pessoas humanamente semelhantes. Deste modo, o autoconhecimento surge como um atributo que me ajudou a reconhecer a minha vulnerabilidade, a gerir sentimentos e emoções, especialmente útil ao atuar sob pressão e na melhor gestão de conflitos, não só com as pessoas alvo dos meus cuidados e com as suas famílias, como também, com a equipa multidisciplinar. Foi também o meu autoconhecimento que fomentou o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo

de realçar os processos de tomada de decisão e as intervenções baseadas em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, isto é, uma PBE.

Quando se procura conhecer a génese desta prática deparamo-nos com a figura incontornável de Florence Nightingale. Na realidade, como afirma McDonald (2013), Florence Nightingale deixou um vasto legado onde demonstra, através de um conjunto de exemplos válidos, percorrendo um espectro vasto e transversal, o seu determinante papel naquilo que contemporaneamente se poderia designar a origem de uma PBE (McDonald, 2013). Embora este importante legado histórico ajude a enquadrar o conceito de PBE, na procura de uma definição clássica, esta é entendida por Pol-Castañeda et al. (2020) como um processo em que os enfermeiros tomam decisões usando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências das pessoas alvo dos seus cuidados, considerando todos os recursos disponíveis, tal como atrás mencionado.

A PBE é uma prática que está em crescendo e, efetivamente, neste último ano assistimos a uma pandemia que potenciou a investigação e a procura constante de novas respostas aos problemas que foram surgindo. Os hospitais, entendidos como locais de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e de tratamento de doenças, rapidamente sentiram a necessidade de investigar este vírus de forma a proteger as pessoas e os profissionais de saúde, desencadeando uma corrida sem precedentes à investigação e à evidência científica, essencial para a tomada de decisão relativamente ao cuidado das pessoas e das suas famílias e à proteção dos prestadores de cuidados diretos e indiretos (Froh et al., 2021). Tudo isto, exigindo dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros, como elementos sempre presentes, dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à prática. Deste modo, e tal como comprovam Hsieh e Chen (2020), posso afirmar que a PBE é, atualmente, fundamental e uma tendência importante nos cuidados de saúde, associada à procura constante pela excelência e qualidade dos cuidados. Para Levinson e Levy (2020), a avaliação crítica da investigação realizada sobre intervenções específicas e os resultados obtidos, aliados à experiência clínica e às preferências das pessoas alvo de cuidados, condicionaram mudanças dramáticas na abordagem à PSC, permitindo práticas mais abrangentes, cautelosas e críticas, exponenciando a qualidade dos cuidados. A PBE vem relembrar-nos pequenos detalhes nos cuidados diários que podem fazer a diferença na abordagem à PSC, fomentando o desenvolvimento de protocolos que permitem a uniformização de procedimentos, apoiam a tomada de decisão do enfermeiro, possibilitam corrigir as não conformidades, minimizam a

ocorrência do erro humano, proporcionam maior segurança na realização dos procedimentos e, consequentemente, maior segurança para a pessoa alvo dos nossos cuidados, contribuindo para elevar a qualidade dos cuidados (Levinson & Levy, 2020). Recordo que, ao longo destes ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de colocar em prática procedimentos protocolizados tais como, intubação endotraqueal, Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), monitorização e controlo de sedação, monitorização e controlo eletrolítico, entre outros.

Assim, foi nesta perspetiva e com esta preocupação que norteiei a minha prática clínica, alicercei os processos de tomada de decisão e as minhas intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes. Numa perspetiva de continuidade, os conhecimentos que possuo nesta fase do processo de especialização são mais sólidos e precisos, contribuindo para melhor cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica, otimizar o ambiente e os processos terapêuticos e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

A reflexão concretizada sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, os planeamentos dos ensinamentos clínicos, assim como o PAF delineado para o ensino clínico III refletem um trabalho de pesquisa extenso, abrangendo a revisão sistemática de literatura sobre a área de estudo, realizado desde a sua idealização até à sua implementação.

O PAF emerge assim, de uma preocupação aflorada durante a minha prática clínica no meu contexto de trabalho, que levou à criação de uma questão de investigação com recurso ao processo PICO. Este modelo consiste numa mnemónica para descrever os quatro elementos que a compõe e seguindo esta metodologia a questão de investigação formulada foi: *In patients undergoing cardiothoracic surgery what interventions prevent pulmonary complications in postoperative?* Saliento que os termos usados, foram selecionados através dos descritores *Medical Subject Headings* (MeSH), conhecidos também como vocabulários controlados da área da saúde ou palavras-chave que facilitam a pesquisa nas bases de dados científicas.

Durante a pesquisa realizada, considerando as limitações relacionadas com o tempo de estágio, senti necessidade de alargar o campo de estudo, também à cirurgia abdominal, uma vez que, a evidência científica revela que as pessoas submetidas a qualquer um destes procedimentos têm maior predisposição ao desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório (Stirling & Griffiths, 2015; Barretta et al., 2017; Sousa et al., 2020; Inukai et al., 2020).

Assim, partindo desta questão e de uma base científica sólida, durante os ensinamentos clínicos procurei identificar, colaborar e implementar intervenções no âmbito da prevenção, identificação, tratamento e reabilitação destas complicações, assim como, sugerir novas formas de abordagem à PSC a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório, compreendendo e assumindo o compromisso manifestado no início desde percurso, o de adquirir e desenvolver competências especializadas em EMC na área de enfermagem à PSC, numa procura constante pela excelência e qualidade dos cuidados. Para além disso, o contexto polivalente dos ensinamentos clínicos, com diversidade de situações e de procedimentos e as preocupações que emergiam dia após dia como resultado da prestação de cuidados, impulsionaram a pesquisa em bases de dados científicas, a discussão com os enfermeiros de referência sobre as práticas atuais confrontadas com a evidência científica, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados de saúde. Por isso, ao longo do curso de mestrado, adquiri capacidades no planeamento e execução de pesquisas a diversos níveis, básicas e avançadas, no refinamento dos resultados obtidos, na revisão sistemática de literatura e na determinação do nível da evidência, como é possível observar na análise das atividades e estratégias descritas nos capítulos que se seguem. Tudo isto, com o auxílio de uma formação dinamizada pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, intitulada “Pesquisas em Bases de Dados” e orientada pelo Doutor Nuno Henriques, no dia 14 de abril de 2020. Ainda nesta perspetiva, além de aprender, procurei ser facilitadora da aprendizagem nos contextos do ensino clínico, diagnosticando as necessidades formativas das equipas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Deste modo, importa aludir às formações concretizadas no SU, na UCIP e no BO. A formação é reconhecida como um instrumento de atualização científica e melhoria da qualidade de cuidados. Este processo não se resumiu à simples passagem de informação, sendo o mais importante as discussões sobre as implicações na prática diária e a atualização dessa prática com base na evidência científica. Tal como defende Esteban-Sepúlveda et al. (2021), a procura da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. Estas formações surgiram como resultado da realidade que atualmente vivemos. Tanto no SU como na UCIP, as equipas de enfermagem manifestaram sentimentos de insegurança e medo, associados ao período do outono-inverno (período que decorreu este estágio) como uma época habitualmente desafiante para a saúde devido ao impacto da epidemia da gripe sazonal, agravada pelos desafios adicionais relacionados com a pandemia

da COVID-19. No BO, a equipa expressou sentimentos semelhantes, no entanto, somente associados à abordagem da pessoa submetida a cirurgia com confirmação de COVID-19. O elevado risco de transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, quer para a equipa de saúde, quer para as pessoas alvo dos seus cuidados, foi um fator que gerou intranquilidade nos profissionais de saúde, especialmente nos serviços que realizam procedimentos de elevado risco para transmissão deste vírus, estando aqui contemplados os três serviços do ensino clínico (SU, UCIP e BO), implicando mudanças nos protocolos e procedimentos habitualmente colocados em prática, de forma a garantir a segurança de todos os intervenientes nos processos assistenciais. Neste sentido, partindo do princípio de que a segurança é o pilar dos cuidados de saúde, planeei três formações, uma em cada contexto da prática de cuidados. A primeira, idealizada para o SU intitulada “Suporte Avançado de Vida: que realidade?”, estando prevista ser realizada no dia 23 de outubro de 2020, não se concretizando devido à reorganização das áreas do SU. A segunda, surgiu na sequência da anterior, e foi implementada na UCIP no dia 25 de novembro de 2020 e, finalmente, a terceira formação planeei e concretizei no dia 19 de fevereiro de 2021 no BO e intitulou-se “A pessoa submetida a cirurgia com confirmação de COVID-19” (Apêndice B).

Concluo este capítulo afirmando que, a formação contínua constitui, não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, como também um dever para com a profissão. A aprendizagem ao longo da vida, tal como a Comissão das Comunidades Europeias em 2000 já defendia, constitui a melhor abordagem perante uma sociedade em constante transformação, devendo o indivíduo assumir um papel ativo no controlo da sua vida, esforçando-se por desenvolver capacidades e adquirir competências, cuja utilização de forma eficaz e inteligente, ajudará a fazer face às invariáveis mudanças da sociedade.

CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: OS CONTRIBUTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

As doenças de início súbito, as doenças crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana, a complexidade dos acidentes e as catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem colocar em risco a vida da pessoa, exigem medidas de suporte de vida imediatas e, consequentemente, profissionais de enfermagem qualificados em contextos de cuidados à pessoa/família em situação crítica (Regulamento n.º 361/2015).

O enfermeiro especialista em EMC à PSC é o profissional que, além das competências comuns partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, detém um conjunto de competências específicas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção”, que lhe permitem prestar cuidados altamente qualificados às pessoas em situação crítica e às suas famílias (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Esta aquisição de competências requer a persecução de um trilha que engloba uma componente teórica, mas é fortemente marcado pelos ensinamentos clínicos. Macedo (2004) no V Congresso Português de Sociologia, defendeu que os estágios promovem experiências significativas e exemplificativas da realidade, fundamentais na aquisição e aprimoramento de competências necessárias a um desempenho autónomo e eficaz, permitindo também, no âmbito da especialidade, precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, famílias, grupos e comunidades.

Por este motivo, os ensinamentos clínicos estão patentes e são valorizados no Plano de Estudos dos cursos, dos quais o curso de MEMC da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny não é exceção. Ao consultar o Despacho n.º 8046/2015 que homologa este Plano de Estudos é possível verificar que cerca de 40% do curso está dedicado ao ensino prático, partilhado entre diversos contextos de cuidados, designadamente, urgência, cuidados intensivos e opção (neste caso particular, BO). A especificidade dos cuidados de enfermagem especializados, prestados em cada um destes contextos de aprendizagem, exige que reflita criticamente sobre a competência referente ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica de forma individualizada, o que motiva a subdivisão deste subcapítulo. Já as restantes competências específicas, relativas às situações de emergência, exceção e catástrofe, assim como, a intervenção na prevenção e controlo da resistência a antimicrobianos surgem em subcapítulos próprios.

3.1. Cuidado especializado à pessoa em situação crítica

A PSC é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou” iminência “de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Neste âmbito, os cuidados de enfermagem surgem como resposta às necessidades afetadas, tentando manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018). Lakanmaa et al. (2015) relembram que estes cuidados requerem competências especializadas, capacidade avançada de pensamento crítico, conhecimento científico e elevado nível de tomada de decisão. Apesar do foco destes cuidados ser a PSC, esta, enquanto ser uno e indivisível é parte integrante de um ambiente constituído, entre outros, por elementos humanos, dos quais se inclui a família (OE, 2001). Shibily et al. (2021) acreditam que continua a ser nesta que a pessoa recebe suporte psicológico nas situações de maior stress pessoal e social, nomeadamente, nos processos de doença, ocupando um lugar primordial na vida dos indivíduos. Por este motivo, a primeira competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, engloba também a família/cuidador.

Considerando a complexidade das situações, a narrativa que se segue, espelha a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas que permitiram responder em tempo útil e de forma holística, nos diversos campos de estágio, representados através da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente. Aqui se engloba: antecipação da instabilidade e de risco de falência orgânica; garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica; gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018).

3.1.1. Ensino Clínico I: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência

O SU do HNM é considerado um SU polivalente, ou seja, detentor do nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, oferecendo resposta de

proximidade à população, residente e flutuante, da Região Autónoma da Madeira (RAM), correspondendo a cerca de 255 000 pessoas. Tal como está pautado no Despacho n.º 10319/2014, além das valências do SU médico-cirúrgico básico, dispõe de recursos mais diferenciados que permitem responder à quase totalidade das situações que ocorrem a este serviço, sendo exemplos, a imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, a cardiologia de intervenção, a cirurgia cardiorrespiratória ou a medicina intensiva. Este SU preenche, também, os requisitos necessários para ser considerado um centro de trauma. A este compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo da pessoa politraumatizada grave com recurso às especialidades referenciadas (Despacho n.º 10319/2014).

Este ensino clínico decorreu entre 4 de setembro e 1 de outubro de 2020, seguindo o horário *roulement* do enfermeiro tutor especialista em EMC e completando um total de 250 horas de trabalho, das quais, 130 horas destinadas à prática.

Além das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC em enfermagem à PSC, este ensino clínico foi perspectivado de modo a desenvolver as competências enunciadas no guia do ensino clínico, nomeadamente, participa nos cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência e /ou catástrofe; revela conhecimentos aprofundados no atendimento ao doente vítima de trauma e Paragem Cardiorrespiratória (PCR); aplica os conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, em contexto de urgência e ainda; revela capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem de urgência (Pestana, 2020).

3.1.1.a. Estrutura, organização e funcionamento do serviço de urgência

No HNM o SU está situado no andar técnico do edifício e é dirigido por um médico e um enfermeiro especialista em EMC. Tal como seria de esperar, é um serviço que funciona 24 horas diárias, durante todos os dias do ano e é dinamizado por uma equipa multidisciplinar. Este serviço rege-se por um regulamento próprio e tem por missão assistir todas as pessoas que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados, de urgência e de emergência, em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança pela pessoa e pela sua situação de saúde (SESARAM, 2011). De um modo genérico, encontra-se dividido nas áreas médicas,

cirúrgicas e ortopédicas, situadas no piso técnico e nas áreas de ginecologia-obstetrícia, localizadas no quarto piso da mesma infraestrutura.

Tal como a CRRNEU (2012) recomenda, o SU contempla uma área de admissão e diversas salas e gabinetes com finalidades próprias: triagem, espera, observação (três dedicados à área médica e um à área cirúrgica), tratamento, recuperação, observação, cuidados especiais, isolamento, ortopedia, pequena cirurgia e aberta. Para além destas, como centro polivalente e de trauma, dispõe de uma sala de emergência. Mais recentemente, devido à pandemia, foi criada uma área de pré-triagem, local do primeiro contacto da pessoa com o SU e onde se aplicam os inquéritos epidemiológicos para fatores de risco COVID-19, e uma área de triagem avançada, apoiada por todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Este serviço conta ainda com apoio de um serviço administrativo próprio, com uma área de direção (gabinetes de chefias) e com o suporte dos serviços de imagiologia e de patologia clínica.

A este SU acorrem diversas pessoas por dia e de acordo com os dados estatísticos do SESARAM (2021a), em 2020 o número mais elevado de atendimentos corresponde a atendimentos urgentes (50%), seguido de muito urgentes (14%) e emergentes (0,4%). Contrariamente ao que se tem vindo a vivenciar ao longo dos anos nos SU, atualmente, a procura por este serviço recai mais sobre situações urgentes e emergentes. A minha passagem por este contexto de prática clínica permite-me atribuir este fenómeno ao contexto da pandemia COVID-19, uma vez que, as pessoas manifestam receio e apreensão de recorrer aos meios hospitalares por considerarem ser um sítio de elevado risco de contágio. Efetivamente, ao consultar os dados estatísticos do SESARAM (2021a), é possível aferir que houve menos 31 630 atendimentos relativamente ao ano de 2019. Não obstante, e apesar de em número menor, é ainda evidente a procura destes serviços para a resolução de problemas não urgentes, refletindo a falta de resposta dos cuidados de saúde primários, quiçá agravada pela pandemia e respetivos planos de contingência.

À semelhança do que acontece no todo nacional, este serviço, também sofre com problemas de sobrelotação, refletindo-se negativamente na qualidade dos cuidados prestados. É comum as macas com doentes aglomerarem-se ao longo dos corredores, exigindo de todos os profissionais grande capacidade de gestão e de adaptação. Não considero que esta problemática esteja relacionada com a capacidade de acomodação oferecida pela infraestrutura do SU, mas sim com dificuldades a jusante, expressas na incapacidade dos serviços de internamento em absorver os doentes com critérios para tal,

obrigando à sua permanência num serviço cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, ou seja, acolhimento, triagem, estabilização e encaminhamento para áreas diferenciadas. Este desequilíbrio entre a afluência de clientes e a capacidade de acomodação, ao longo do ensino clínico, levantou questões relativas à segurança, à dignidade e à privacidade, explanadas anteriormente.

3.1.1.b. Protocolo de Triagem de Manchester

Em contexto de SU, existem situações urgentes que exigem uma identificação precoce e o encaminhamento correto, em tempo útil, que fomentaram a implementação de um método de triagem por forma a assegurar que aos doentes mais graves seja dada prioridade de observação em relação aos menos graves (Despacho n.º 19124/2005).

Este SU integra a triagem de prioridades de Manchester desde o ano de 2005, como instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes. Por outras palavras, permite identificar a prioridade clínica e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Norma n.º 002/2018; SESARAM, 2021a). A metodologia deste processo passa por identificar os critérios de gravidade inerentes à queixa apresentada pela pessoa, identificando e escolhendo o fluxograma correspondente (existem 50 fluxogramas possíveis, mais dois relativos à catástrofe) e que melhor se adequa ao seu motivo de ida ao SU. As perguntas ou discriminadores são apresentadas por ordem decrescente de prioridade; deste modo, é reconhecido de imediato o critério de gravidade da pessoa (Mackway-Jones et al., 2014). Este sistema prevê cinco prioridades de urgência, correspondendo a cada, uma cor distinta.

Sendo um instrumento de gestão de risco, sempre que ocorra um agravamento da situação clínica da pessoa enquanto aguarda observação médica, está preconizado a sua retriagem para uma prioridade superior, a ser efetuada pelo elemento mais diferenciado na triagem de prioridades, tal como referido por Mackway-Jones et al. (2014).

Importa acrescentar que o Grupo Português de Triagem (GPT), no seu protocolo com os hospitais aderentes ao STM, assume a obrigatoriedade de realização de auditorias internas e a possibilidade de auditorias externas (GPT, 2010). No entanto, durante este estágio e devido à priorização das necessidades emergentes, o processo de auditorias foi protelado.

3.1.1.c. Vias verdes: sistemas de resposta rápida

As Vias Verdes visam a sistematização de procedimentos e de responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados que, pela sua natureza, beneficiam de uma abordagem estruturada, precoce e célere (Despacho n.º 10319/2014).

A Norma n.º 015/2017 da DGS define a Via Verde (VV) como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas, tais como, suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), trauma ou sépsis, desde a porta de casa ou de qualquer outro local até à porta da unidade de saúde adequada (VV pré-hospitalar) e desta até ao início do tratamento adequado (VV intra-hospitalar). Todo este circuito inicia-se com o contacto com o número europeu de emergência (112) desencadeando um conjunto de procedimentos com vista ao transporte emergente, ao tratamento adequado e no mais curto intervalo de tempo (CRRNEU, 2012; Norma n.º 015/2017 da DGS). Depreende-se que a implementação destes sistemas de resposta rápida mobilizam uma equipa multiprofissional adequada às exigências da situação. A CRRNEU (2012) reforça o trabalho colaborativo entre o SU e as diferentes especialidades, das quais se destacam a neurologia/medicina interna para o AVC, a cardiologia para a coronária, a cirurgia geral para o trauma e medicina intensiva para a sépsis. A ativação deste sistema adquire prioridade emergente de atendimento.

3.1.1.d. Cuidados de enfermagem especializados no serviço de urgência

O estágio concretizado no SU permitiu-me ter uma visão global dos cuidados de enfermagem nas diferentes áreas que este serviço engloba, contudo, para alcançar os objetivos estipulados, estive afeta principalmente à sala de cuidados especiais, à sala de observação e à sala de emergência.

Durante este período, prestei cuidados de enfermagem sustentados no processo de tomada de decisão - processo de enfermagem, alicerçado pela teoria e pela evidência científica, de forma refletida, sistemática e contínua, nunca perdendo o foco dos meus cuidados, a pessoa e a sua família/cuidador. Esta metodologia permitiu-me colher e apreciar um conjunto de dados (objetivos e subjetivos) de cada situação com que me deparei, enumerar áreas de atenção relevantes para a prática de enfermagem/focos de atenção, formular diagnósticos de enfermagem, prescrever e implementar intervenções de

enfermagem definindo as prioridades de forma oportuna e eficaz, avaliar os resultados e prescrever novas intervenções para alcançar o resultado desejado.

O início da jornada de trabalho é marcado pela passagem de turno, método que permite a continuidade da prestação de cuidados de saúde à pessoa, de forma eficiente e segura. Revela-se um momento de fulcral importância pois permite refletir sobre toda a atividade desenvolvida num turno e identificar possíveis focos de instabilidade e, se necessário, priorizar cuidados. Uma vez findado este momento, não havendo necessidade de privilegiar determinados cuidados em resposta aos focos de instabilidade, procurava conhecer melhor a situação da pessoa consultando o processo clínico informatizado com o intuito de obter os dados mais concretos e objetivos possíveis sobre a sua situação clínica. Analisava as notas de enfermagem e médicas, com particular interesse no motivo de entrada no SU, antecedentes pessoais e familiares, fatores de risco, diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem, plano de trabalho de enfermagem, intervenções implementadas e exames complementares de diagnóstico, avaliados recorrendo à metodologia de comparação com os exames de entrada, de modo a estimar a evolução da situação e apoiada nos conhecimentos científicos, na minha experiência prática e na experiência prática do enfermeiro de referência. Este raciocínio permitia-me reconhecer evidências sobre a situação da pessoa e ainda, diferenciar uma situação de outra similar.

Com estas informações, abordava as pessoas alvo dos meus cuidados. Apresentava-me e explicava a minha condição enquanto aluna do curso de MEMC. Realizava uma breve anamnese que me permitia confrontar os dados colhidos inicialmente e/ou adicionar novas informações relevantes para o processo de assistência de saúde. Durante este período, se oportuno, concretizava o exame físico, pesquisava por sinais e sintomas, avaliava o bem-estar da pessoa, questionava sobre as suas necessidades particulares. A realização do exame físico foi uma estratégia essencial nos cuidados especializados, concretizada segundo a metodologia de prioridades “ABCDE”, permitindo-me identificar e responder de forma antecipatória a focos de instabilidade. Ilustro com a situação de uma pessoa vítima de politrauma, na sala de cuidados especiais, cuja avaliação permitiu-me detetar uma alteração do padrão respiratório, da simetria torácica e de sons respiratórios como consequência de um pneumotórax que, após referência e avaliação médica, foi realizada drenagem pleural. Este procedimento foi concretizado em colaboração com o médico e exigiu a execução de cuidados técnicos complexos, gestão da dor e do mal-estar decorrente da situação. Relembro outra situação, já em contexto de sala de emergência, em que apenas a observação da pessoa

permitiu-me identificar uma respiração ineficaz e antecipar uma provável paragem respiratória. Até à chegada da equipa médica a minha intervenção passou pela escolha de um dispositivo de permeabilização da via aérea (colocação de um tubo orofaríngeo) e iniciar ventilações de suporte com recurso a um insuflador manual. Após chegada da equipa, determinou-se a colocação de uma via área definitiva e segura, nomeadamente tubo endotraqueal, e iniciar VMI. A descrição destas situações remete-nos para dois tipos de intervenções, as autónomas e as interdependentes. Decorrente da intervenção interdependente encontra-se a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos como intervenção autónoma.

Durante este ensino clínico, foram diversas as situações que exigiram a administração de protocolos terapêuticos e a sua gestão, tais como, propofol, remifentanilo, noradrenalina, entre outros. Além da implementação destes protocolos, foi imperativo compreender o que fundamenta a nossa intervenção, isto é, os objetivos terapêuticos, a farmacocinética, a farmacodinâmica, os efeitos secundários, modo de preparação e diluição e vias de administração. Manter a capacidade de julgamento clínico, de pensar criticamente e de considerar outras opções terapêuticas foi fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, com vista à recuperação da saúde das pessoas. Importa ainda referir que a adoção desta conduta facilitou o diagnóstico precoce das complicações resultantes da implementação desses protocolos, a implementação de respostas especializadas e apropriadas, a monitorização e avaliação da adequação dessas respostas aos problemas identificados. Dos protocolos acima mencionados, recordo situações específicas da sala de cuidados especiais do SU relativas ao uso de sedo-analgesia que implicaram, além dos objetivos terapêuticos, planos de avaliações da dor e da sedação através da *Behavior Pain Scale* ([BPS], complementada pelos sinais fisiológicos de dor) e da *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), e ainda, a avaliação de complicações, tais como, hipotensão e até delírio. Além destas, a implementação deste protocolo exigiu uma avaliação e monitorização contínua da pessoa e ainda, escalação ou descalção terapêutica para atingir os objetivos terapêuticos delineados e evitar os efeitos nefastos da sobredose.

Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é também fazer gestão diferenciada da dor e do bem-estar. Diversos estudos têm vindo a evidenciar que a dor está quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o internamento, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita

(Hylén, et al., 2020; Damico et al., 2020; Zuazua-Rico et al., 2020). A experiência vivenciada é ainda agravada pela dificuldade na comunicação associada à entubação orotraqueal e à VMI, pelo medo e ansiedade, repercutindo-se no seu estado geral, através de alterações ao nível da consciência, de circulação, do sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Teixeira & Durão, 2016; Holm et al., 2020; Zuazua-Rico et al., 2020).

Durante a minha prática clínica prestei cuidados a pessoas em situação crítica, conscientes e orientadas, mas também, com alterações de consciência por sedação, com alterações da comunicação pela presença do tubo orotraqueal e pela VMNI. Nestes casos, a gestão e controlo da dor implicou a vigilância e monitorização com recurso a escalas de monitorização da dor, que me permitiram identificar a intensidade da dor e implementar intervenções especializadas, avaliando a sua eficácia.

A OE (2008) relembra que a dor é “uma experiência individual subjetiva e multidimensional”, sendo estas características que dificultam a sua avaliação quando estamos perante uma PSC e nas condições mencionadas anteriormente. Por este motivo, procurei complementar a monitorização da dor com a avaliação de indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, tais como, tensão arterial, Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Pressão Intracraniana (PIC), sudorese, saturação de oxigénio, tónus vagal e coloração da pele. Exemplifico com a situação de um senhor, cujo motivo de admissão foi prostração associado a hemorragia digestiva alta com necessidade de entubação orotraqueal e implantação de balão esofágico que, apesar da avaliação da dor com recurso à BPS ter um *score* de 3 (sem dor), apresentava sinais fisiológicos de dor, nomeadamente hipertensão, taquicardia e dessaturação que, após a administração de fármacos analgésicos, retomaram aos seus valores basais. Além desta intervenção, o posicionamento e a massagem foram outras intervenções autónomas que contribuíram para o controle da dor nas PSC.

Segundo as recomendações da SPCI (2012), a dor deve ser avaliada e monitorizada em todos os doentes uma vez por turno e durante um procedimento doloroso. Neste caso, a sua avaliação/monitorização deve ser efetuada antes, durante o procedimento, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica, sem prejuízo da avaliação dos outros sinais vitais.

Devido às suas características, está recomendado privilegiar a autoavaliação no doente consciente e com funções cognitivas mantidas e, para este fim, estão preconizadas a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica da Dor que, de acordo com a DGS, são as

escalas mais válidas e fiáveis em pessoas conscientes e colaborantes (Circular Normativa n.º 09/DGCG, 2003). Em contrapartida, “a dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos” e através de escalas próprias que favorecem uma abordagem sistematizada, melhorando a gestão da dor nestes contextos” (SPCI, 2012, p. 7). Na PSC, submetida a VMI, sedada ou com alterações neurológicas e por isso impossibilitada de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS. Nesta, avalia-se a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador, contudo, não nos fornece informação sobre as suas características. O resultado numérico mínimo é de 3 valores, sendo neste caso considerado que a pessoa não apresenta dor, a partir do qual é considerado existência de dor, sendo a pontuação máxima de 12.

Para além disso, tendo consciência que, “todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes” (Circular Normativa n.º 09/DGCG, 2003, p. 4), o seu controlo é um direito dos doentes e um dever dos profissionais. No Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001) e, mais recentemente, no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (2017) é explícito que, quando uma intervenção médica provoca dor ou sofrimento, é inaceitável não se proporcionar à pessoa todos os meios de alívio e controle da dor. Contudo, neste ensino clínico, constatei que, embora a maioria dos elementos da equipa médica queiram iniciar terapêutica analgésica antes dos procedimentos invasivos, outros ainda não se encontram despertos para estas situações, assumindo o enfermeiro especialista um papel crucial na gestão da dor da PSC. Esta reflexão permite-me afirmar, de acordo com Hylén et al. (2020), que o controlo e a gestão da dor, além de influenciar o prognóstico da PSC, é também, um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida essencial na prevenção de complicações, tais como, o stress pós-traumático. Para isso, tal como Zuazua-Rico et al. (2020) defendem, devemos ter consciência que abordar a dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, implicando partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde, a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e apostando na formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível.

Os enfermeiros, enquanto elementos da equipa multidisciplinar, têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade, planear intervenções adequadas

ao seu controlo e manter a sua monitorização contínua (OE, 2008). Além das intervenções farmacológicas, é importante considerar o uso de intervenções não-farmacológicas como estratégia complementar.

Neste ensino clínico, senti necessidade de realizar pesquisas de modo a complementar as intervenções farmacológicas para o controlo da dor e constatei que, além do posicionamento e da massagem, a diminuição dos estímulos ambientais (ruídos e luz), a musicoterapia, a promoção do sono e a presença da família, são outras medidas que a evidência científica revela como benéficas na gestão da dor (Sandvik et al., 2020). Contudo, neste contexto de cuidados, esta gestão foi desafiadora devido às características que lhe são únicas e que, muitas vezes, dificultam a implementação destas estratégias. Não obstante, tive a oportunidade de perceber que o enfermeiro especialista em EMC é o profissional que, em ambiente de SU, mais procura avaliar e planear estratégias para o alívio da dor na PSC.

Estas intervenções aproximam-se da comunicação, como um pilar que as sustenta e, quando se prestam cuidados a pessoas com limitações na comunicação, compreende-se o valor desta forma de expressão e percebe-se o quão importante é o enfermeiro desenvolver capacidades pessoais, atitude de empatia e respeito pela pessoa, aplicando-o no domínio da relação terapêutica. Neste sentido, ao longo desta prática clínica, procurei investir no aperfeiçoamento de capacidades, tais como, comunicar eficazmente, demonstrar disponibilidade, compreender a pessoa e reconhecer limitações, pesquisando estratégias e técnicas de comunicação alternativas à comunicação verbal, no sentido de contornar as dificuldades com que me deparei.

Assim, no estabelecimento de uma relação de confiança com as pessoas alvo dos meus cuidados, procurei transmitir um clima de abertura, explicando todos os procedimentos antecipadamente, oferecendo-lhes tempo necessário para perceberem o que se vai passar, contribuindo para reduzir os níveis de ansiedade vividos pela PSC, numa tentativa de humanizar o cuidado de enfermagem e numa perspetiva de minimizar os efeitos negativos que advêm do seu internamento. Não obstante, segundo Happ (2021), comunicar com a PSC é um desafio, e evidencia que um dos principais fatores de angústia para a pessoa sujeita a entubação orotraqueal é o compromisso da comunicação, salientado que a comunicação entre a pessoa e a equipa de enfermagem é tanto mais difícil quanto mais instável o doente estiver. Durante os cuidados a pessoas submetidas a entubação orotraqueal, foram diversas as experiências de comunicação que vivenciei, algumas constrangedoras, pela inicial inaptidão na comunicação, mas sempre enriquecedoras, pelo desafio na procura da aplicação

de técnicas de comunicação. Exemplifico a situação de uma pessoa submetida a entubação endotraqueal (não sedada) em que se estimulou a comunicação através da escrita, fracassada por limitações da função neuromuscular, pelo que, expliquei à pessoa que para se conseguir fazer entender deveria tentar acentuar a sílabação. Procurei manter a pessoa informada sobre a data, dia da semana, hora e local onde se encontrava, esperando que a sua orientação espaciotemporal, facilitasse a adaptação a esta sua nova situação de dependência, permitindo-lhe assumir algum controlo sobre si mesma, participando como agente facilitador dos processos de transição. Recordo ainda a prestação de cuidados a um senhor sob VMI mas com sedação (para objetivos de RASS - 5, sedação profunda) em que, apesar da sua condição, apresentei-me referindo o meu nome e profissão, informando sobre o dia da semana, hora e local onde se encontrava e sobre os procedimentos que seriam implementados. Além disso, procurei estabelecer uma relação terapêutica com base numa comunicação eficaz com a sua família, o que me permitiu conhecer parte das suas necessidades, crenças, valores, desejos e preferências. De facto, senti que despende algum tempo para falar com os familiares foi uma das formas de cuidar das pessoas alvo dos meus cuidados, facilitar a interação de toda a equipa de saúde e promover um processo de transição o mais positivo possível.

Independentemente do indiscutível papel que o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC desempenha nos diversos espaços do SU, é na sala de emergência que se destaca. Efetivamente, foi neste espaço que me deparei com as situações mais críticas, com risco iminente de vida, tais como, trauma, AVC, síndromes coronárias agudas, sépsis, hemorragia digestiva alta, que exigiram uma rápida e eficaz atuação de toda a equipa de saúde. Nas situações de trauma, com a ativação da VV, os profissionais deslocavam-se até a sala de emergência, momento de contacto com a equipa de emergência, marcado pela transmissão de informações segundo a metodologia ISBAR. Posteriormente, procedia-se à avaliação primária e à estabilização da vítima, seguindo a metodologia “ABCDE” e respeitando o princípio “problema encontrado=problema resolvido” (Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO, p. 7). De forma articulada com os restantes elementos, procedia-se à monitorização da vítima e, uma vez finda esta etapa, iniciava-se a avaliação secundária no sentido cefalocaudal, a colheita de espécimes para análises laboratoriais, a administração da terapêutica prescrita, avaliando as respostas ao tratamento instituído e fazendo os registos de enfermagem. Ainda como parte integrante desta abordagem inicial, incluía-se a realização de exames complementares de diagnóstico, principalmente, radiografia e Tomografia

Computorizada (TC), esta exigindo transporte intra-hospitalar até ao serviço de imagiologia e, conseqüentemente, um planeamento adequado com o mesmo nível de monitorização da sala de emergência, de acordo com as recomendações da Ordem dos Médicos e da SPCI (2008), implicando uma correta articulação entre os diferentes intervenientes.

Embora na sala de emergência não tenha testemunhado nenhuma situação de PCR, uma forma de colmatar esta circunstância foi a frequência do curso *Advanced Cardiovascular Life Support* da *American Heart Association*, concretizado nos dias 14 e 15 de setembro de 2020, ministrado pela Associação para Cooperação e Formação em Emergência Médica que, apesar de não fazer parte do plano curricular deste mestrado, vi como uma oportunidade de crescimento e de preparação para situações que exijam estes cuidados, permitindo-me planear a ação de formação já mencionada e discutir aspetos relevantes da nossa prática com o enfermeiro de referência.

Com particular interesse na pessoa a vivenciar uma experiência perioperatória, foi na sala de emergência que me deparei com uma senhora, admitida em contexto de VV do AVC, cuja TC cranioencefálica revelou hemorragia com inundação ventricular e efeito de massa e com necessidade emergente de descompressão e, portanto, conseqüente ida ao BO. Pela necessidade de a estabilizar antes do procedimento cirúrgico, foi transferida para a sala de cuidados especiais. Monitorizámos os sinais vitais imediatamente e, de forma sinérgica, com o apoio da equipa de cuidados intensivos, foi colocado cateter arterial para monitorização da pressão arterial invasiva contínua, cateter venoso central para administração de terapêutica de suporte (analgesia, fluídos e suporte vasopressor), e algaliação para controlo de débito urinário. Assim que se obteve estabilidade hemodinâmica, realizámos o transporte intra-hospitalar até ao BO, onde foi intervencionada de urgência. Esta narrativa permite compreender a necessidade de uma resposta de enfermagem diferenciada e em tempo útil, perante uma PSC. Foi uma situação que permitiu identificar focos de instabilidade, responder de forma célere a esses focos e, em articulação com uma equipa multidisciplinar, executar cuidados técnicos de maior complexidade, implementar protocolos terapêuticos complexos e diagnosticar precocemente efeitos adversos, implementar respostas de enfermagem apropriadas a essas complicações, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados.

Considerando que estes cuidados especializados assentaram na Teoria das Transições de Afaf Meleis, procurei ser um agente facilitador do processo de transição vivenciado pela pessoa e pela sua família. Neste período, compreendi que, das diversas

propriedades que este processo deve acarretar, o conhecimento/consciência é aquele que mais se evidencia na entrada da pessoa no SU, sendo aqui um lugar de consciencialização do momento que atravessa, facilmente detetado pelas questões e dúvidas que nos colocam, pela necessidade de esclarecimento do processo assistencial. Assim, durante o contacto com as pessoas alvo dos meus cuidados, identifiquei fatores que poderiam influenciar o decurso desta experiência, tais como, a atribuição de significados, as crenças, as condições sociais e económicas, o conhecimento geral, valorizando as suas experiências pessoais e procurando com que se sentissem e se mantivessem integrados neste processo. Como agente facilitadora neste processo, ancorei-me nas relações interpessoais estabelecidas, dispondo-me a escutar o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que conferem aos seus percursos e, com recurso à preparação, à informação, à orientação e ao ensino, procurei promover capacidades que lhes permitissem ultrapassar este processo de transição de forma saudável. Embora o SU não usufrua de condições físicas que fomentem a educação das pessoas e das suas famílias, procurei incluir esta estratégia nas minhas intervenções especializadas.

Assim, posso afirmar que este ensino clínico permitiu-me mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística, perante a complexidade das situações de doença crítica e/ou falência orgânica, à pessoa e à sua família/pessoa significativa.

3.1.2. Ensino Clínico II: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente

Os cuidados intensivos são uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que inclui, de forma específica, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminente ou estabelecida (DGS, 2017).

No HNM, este serviço corresponde a uma unidade autónoma e de nível III. Compreende

(...) equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com urgência polivalente (DGS, 2003, p. 8).

Os cuidados neste contexto estão intimamente associados a uma prática especializada e avançada, pelo que, o saber profissional de enfermagem é um saber que não se resume à execução de um conjunto de atividades ou procedimentos, mas sim à capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos seus conhecimentos, habilidades, atitudes e gestão dos recursos inerentes ao perfil de competências (Conley, 2019; Fukuda et al., 2020). Neste sentido, torna-se claro compreender que a passagem por este contexto da prática clínica foi essencial para o desenvolvimento e aprimoramento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

Além deste objetivo primordial, este estágio foi perspectivado de modo a facultar conhecimento aprofundado no cuidar da pessoa e da sua família em contexto de cuidados intensivos; avaliar e adequar metodologias de análise de situações complexas de pessoas em situação crítica ou com falência multiorgânica, segundo uma perspectiva académica avançada; realizar gestão de cuidados às pessoas com falência multiorgânica; assistir a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde; desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à PSC e/ou falência orgânica.

De forma similar, procurei que este estágio fosse um fio condutor ao PAF delineado para o Ensino Clínico III. Neste sentido, de modo a poder complementar o meu interesse pessoal nesta área, foi dada particular atenção à PSC a vivenciar um processo cirúrgico.

Acrescento que este ensino clínico foi realizado desde o dia 30 de outubro até 22 de novembro do ano de 2020, seguindo o horário *roulement* do enfermeiro tutor especialista em EMC e completando um total de 250 horas de trabalho, das quais, 130 horas foram dedicadas à prática em contexto clínico.

3.1.2.a. Estrutura, organização e funcionamento da unidade de cuidados intensivos polivalente

A UCIP é considerada o único local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas em situação crítica, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais (SESARAM, 2021b).

A unidade é dirigida por um médico intensivista e por um enfermeiro especialista em EMC e divide-se entre o andar técnico (UCIP e Unidade de Cuidados Especiais da Urgência [UCEU]) e o terceiro andar da Unidade Polivalente COVID-19, infraestrutura que surgiu para dar resposta às pessoas em situação crítica diagnosticadas com COVID-19. Pode considerar-se a UCIP como a unidade de origem e suporta três setores: o setor de apoio, o setor de internamento com sete camas em sala aberta e uma cama de isolamento e, por fim, o setor de sujos e despejos. Na UCEU, a constituição de cada unidade é semelhante e é composta por sete camas de cuidados intensivos nível III. Finalmente, a Unidade Polivalente COVID-19 é composta por oito camas, também de nível III, constituída de modo semelhante às unidades anteriores. Além destas unidades, a UCIP garante assistência a pessoas em situação crítica admitidas na sala de emergência e na sala de cuidados especiais do SU, sendo também responsável pela emergência intra-hospitalar, garantindo cuidados urgentes e emergentes a todas as pessoas adultas institucionalizadas no HNM. Encontra-se também em estreita ligação com o BO e com as unidades de cuidados intermédios.

Devido à necessidade crescente de cuidados intensivos como resultado da pandemia COVID-19, este serviço, no ano de 2020, registou um aumento exponencial da sua taxa de ocupação. Os dados obtidos através do contacto estabelecido com o Gabinete do Planeamento Estratégico e Controlo de Gestão/Estatística, referentes ao ano de 2020, revelam uma taxa de ocupação de 72,3% com uma média de internamento de 6,7 dias. Alerto para o facto de estes dados considerarem apenas os internamentos na UCIP, não contabilizando a UCEU nem a UCI COVID-19, motivo que me leva a considerar uma taxa de ocupação muito superior ao número apresentado. Ideia que é corroborada pela crescente mobilização de enfermeiros com competências para dar resposta às necessidades de cuidados intensivos, nesse mesmo ano.

De forma generalizada, os dados estatísticos revelam que os motivos de admissão com mais expressão são falência respiratória, doenças cerebrovasculares, EAM, PCR, politrauma, desequilíbrios ácido-base e eletrolítico, diversas formas de choque, alterações do estado de consciência e pós-operatórios imediatos.

3.1.2.b. Cuidados de enfermagem especializados na unidade de cuidados intensivos polivalente

Os cuidados de enfermagem especializados em contexto de cuidados intensivos exigem uma base de conhecimentos bem desenvolvida, assim como um conjunto de

competências especializadas nas dimensões científica, técnica e humana, que devem estar em sincronia com a capacidade de realizar julgamentos críticos e tomar decisões céleres, reconhecendo e lidando com as questões éticas inerentes a este ambiente de cuidados (Kisorio & Langley, 2019).

O planeamento de cuidados de enfermagem especializados à PSC iniciou-se logo no primeiro dia deste estágio, através da sua apresentação ao enfermeiro chefe, à enfermeira chefe de equipa e à enfermeira de referência. Em termos práticos, estes cuidados iniciavam-se logo no início da jornada de trabalho ao ser-me atribuída a responsabilidade partilhada pelos cuidados especializados à PSC. Este planeamento, numa fase inicial, incidiu essencialmente nas evidências científicas oferecidas pelas pesquisas que efetuei e, também, na discussão com a enfermeira de referência, preparando-me para colaborar e intervir de forma dinâmica, eficiente e objetiva através de uma PBE.

Neste ensino clínico, participei na verificação e preparação das unidades e na gestão dos recursos materiais antes da admissão da PSC, exigindo capacidade de prever as necessidades das pessoas, antecipando, reduzindo e controlando possíveis situações de risco acrescido, testando todos os recursos que prevíamos utilizar.

Considerado pela Ordem dos Médicos e pela SPCI (2008) como uma das fases de maior risco e complicações, a passagem da PSC entre a maca/cama do serviço de origem e a maca/cama do serviço de destino é concretizada na zona central que, posteriormente, é conduzida até a área que está destinada. Durante este momento, integrei-me na dinâmica da equipa e colaborei na preparação emocional e física da pessoa para as características próprias da unidade e para os procedimentos de monitorização necessários para a sua segurança. Implementei procedimentos de monitorização e, simultaneamente, englobei nesta prática a realização de uma avaliação primária sistematizada segundo a metodologia “ABCDE”. Durante estas intervenções identifiquei focos de atenção/diagnósticos de enfermagem emergentes, que exigiam uma intervenção célere e eficaz no sentido de evitar agravamento clínico, dos quais importa salientar, consciência comprometida, hipóxia, apneia, hiperventilação, trocas gasosas comprometidas, hipotensão/hipertensão, PIC aumentada, entre outras. Após a estabilização da pessoa, essencialmente marcada pela execução de cuidados técnicos de alta complexidade que compreendem a aplicação de múltiplos protocolos terapêuticos exigentes, procurava conhecer a sua situação, através da consulta do processo clínico informatizado. Numa perspetiva de continuidade neste processo de desenvolvimento de competências especializadas, mantive a estratégia adotada no ensino

clínico anterior. Analisava as notas de enfermagem e médicas, com particular interesse no motivo de entrada no SU, antecedentes pessoais e familiares, fatores de risco, diagnósticos médicos, diagnósticos de enfermagem, plano de trabalho de enfermagem, intervenções implementadas e exames complementares de diagnóstico, procedimento que me permitia reconhecer evidências sobre a situação da pessoa, identificar as implicações das doenças crónicas e das comorbilidades da PSC no contexto de doença agudizada/falência orgânica, facilitando o antecipar de focos de instabilidade. Seguidamente, numa segunda avaliação, procedia ao exame físico cefalocaudal que também me permitiu identificar outros focos de atenção e de instabilidade, tal como Liyew et al. (2021) recomendam. Correlacionava esta avaliação com a análise efetuada ao processo clínico informatizado e com os dados obtidos, e planeava intervenções de enfermagem especializadas a implementar ao longo do turno.

Exemplifico, expondo a avaliação secundária de uma pessoa politraumada, vítima de acidente de viação, cuja auscultação cardíaca permitiu-me identificar hipofonese que, associado ao mecanismo do trauma e a uma taquicardia permanente, fez-me suspeitar de derrame pericárdico com potencial evolução para tamponamento cardíaco. Com esta inquietação, discuti o caso com a enfermeira de referência e vimos que reuníamos um conjunto de dados objetivos que justificavam alertar a equipa médica. Após a sua avaliação e realização de ecocardiograma transtorácico, foi confirmada a existência de derrame pericárdio moderado secundário a contusão cardíaca, contudo, sem sinais clínicos de tamponamento, pelo que, não foi realizada pericardiocentese, ficando apenas registado como um foco de atenção.

À semelhança dos cuidados especializados no SU, a dor foi outro foco de atenção essencial a considerar neste contexto dos cuidados. A dor continua a ser uma das experiências relatadas em contexto de cuidados intensivos (Olsen et al., 2020). Hylén et al. (2020) evidenciam que durante o internamento numa UCI as pessoas experienciaram dor em algum momento e descrevem-no refletindo diferentes sentimentos, não apenas físicos ou mentais, mas também em relação às interações sociais. Os mesmos autores alertam para a importância da dose certa de analgesia, dado que, as sub e as sobredosagens potenciam efeitos secundários indesejáveis, propósito nem sempre fácil de alcançar, pois apenas a pessoa sabe quando é que a titulação de analgésicos é suficiente para controlar a sua dor e, muitas vezes, está impossibilitada de comunicar. As consequências da dor mal controlada são descritas extensivamente em toda a literatura. Zuazua-Rico et al. (2020) relembram que podem ocorrer problemas na cicatrização de feridas, aumento do tempo de VMI, infeções

nosocomiais, arritmias cardíacas, aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, aumento do risco de acidentes tromboembólicos, delírio ou outros transtornos psiquiátricos, com implicação no aumento dos custos de saúde e até na mortalidade. Neste ambiente de cuidados, existem várias circunstâncias que tornam difícil controlar e eliminar a dor da PSC. Além da sua subjetividade, tal como a OE (2008) já havia referido, os autores supracitados acrescentam que, fatores intrínsecos à própria pessoa e ao seu estado de saúde, à equipa multidisciplinar que presta cuidados ou à própria instituição, podem dificultar a avaliação e o controlo da dor. Considerando estas evidências e o impacto que a dor tem na recuperação da pessoa, a sua monitorização foi uma preocupação constante durante a minha prática diária. Os princípios enumerados no estágio I relativos à SPCI, à OE e ao Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor foram também aplicados neste contexto de cuidados. Privilegiei a autoavaliação da dor na pessoa consciente e com as funções cognitivas mantidas mas, quando estas condições não estavam reunidas, como por exemplo, nas pessoas sedadas, optei por utilizar a BPS, considerando a existência de fatores que pudessem influenciar esta avaliação, tais como, a utilização de relaxantes musculares, diminuição da força muscular e a contenção física. Esta monitorização foi realizada todos os turnos, antes, durante e após um procedimento potencialmente doloroso (15 minutos após o procedimento e reavaliação 30 minutos após início da terapêutica selecionada). À semelhança dos restantes sinais vitais, registei no documento próprio de hemovigilância e em processo clínico informatizado, todos os dados relativos à dor.

Para além da imprescindível intervenção farmacológica, dei particular ênfase às intervenções não farmacológicas. A UCIP constituiu o campo de estágio ideal para implementar intervenções não farmacológicas no controlo da dor, o que motivou uma exaustiva pesquisa sobre estas medidas. Para além das medidas mais comuns, nomeadamente, o posicionamento e a massagem, outras, como a diminuição dos estímulos ambientais (ruído e luz), a promoção do sono, o incentivo à presença da família e a musicoterapia, são medidas que a evidência científica revela como benéficas na gestão da dor, o que pude confirmar com a sua implementação (Lewis et al., 2018; Mota et al., 2019).

Apesar desta gestão ser para mim desafiadora, recordei diversas situações em que facilitei a presença da família junto da PSC, promovi o toque entre os intervenientes e incentivei a comunicação destes com a pessoa internada, sendo evidente a atenuação dos sinais de desconforto, através de uma diminuição da FC, da pressão arterial e do *score* da BPS, permitindo ajustar as doses de analgesia em perfusão. Outra intervenção neste âmbito

que, de forma particular me despertou a atenção, foi o ajuste dos limites e volumes dos alarmes dos dispositivos de monitorização. A mais recente evidência científica comprova que os ruídos (alarmes de monitorização elevados e desajustados, toques de campainhas, telemóveis/telefones, sons dos equipamentos, abrir e fechar portas, diálogo entre a equipa multidisciplinar) provocam efeitos negativos na experiência vivida pela pessoa numa UCI. Serap e Gursel (2021) acrescentam que estes provocam perturbações comportamentais, fomentam sentimentos de raiva, desconforto generalizado, cansaço, alteração do padrão de sono, cefaleias, aumento da pressão arterial, taquipneia, taquicardia e dessaturação. Efetivamente, durante este ensino clínico, apercebi-me que as pessoas conscientes, em contexto de UCI, demonstram e expressam ansiedade sempre que soa algum alarme e/ou em situações de emergência. Exemplifico com a situação de uma pessoa que esboçava um olhar de pânico sempre que algum alarme de monitorização ou das bombas e seringas infusoras ecoava, associado a elevação da pressão arterial e da FC. Questionava-nos sucessivamente se estava tudo bem, o porquê dos alarmes, chegando a declarar que não queria adormecer por ter medo da morte. Perseguindo a excelência dos cuidados, procurei tranquilizar o senhor, expliquei os motivos dos alarmes, o ambiente tecnológico da unidade, adequei os limites dos alarmes e ajustei os seus volumes. Estas intervenções reduziram o nível de ansiedade experienciado e promoveram o seu bem-estar.

Como temos visto, a monitorização é uma estratégia e intervenção essencial para avaliar continuamente a situação da PSC e determinar o tratamento mais adequado. Como enfermeira da unidade de cardiologia e cirurgia cardiotorácica encontro-me familiarizada com a monitorização padrão utilizada, nomeadamente, eletrocardiografia, pressão arterial invasiva, pressão venosa central, temperatura e oximetria. A UCIP adiciona a monitorização da PIC, capnografia e também, a medição contínua do débito cardíaco através do *Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO). Estes últimos parâmetros foram sujeitos a uma pesquisa e estudo mais detalhado e, ao expor esta fragilidade à enfermeira de referência, sempre que foi possível, mesmo não assumindo a responsabilidade partilhada pela PSC alvo deste tipo de monitorizações, solicitei autorização ao enfermeiro responsável de equipa e ao enfermeiro responsável pelos cuidados a essa pessoa, para manusear estes dispositivos, iniciar, dar continuidade ou findar estas monitorizações, analisar e interpretar os dados obtidos, discutindo-os em equipa.

Neste ambiente altamente tecnológico fazem parte os meios de suporte invasivo e/ou substituição temporária de funções vitais. À semelhança do que anteriormente foi

descrito, a minha experiência da prática permite-me ter contacto com dispositivos como ventilador para VMI, *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), Balão Intra-Aórtico (BIA), pacemaker percutâneo provisório e, mais recentemente, o *Ventricular Assist Device*. Na UCIP acresce a terapia de substituição da função renal que também foi alvo do meu estudo e investigação. Saliento que, apesar de conhecer os meios referidos e considerando os contextos distintos, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, essencialmente sobre VMI e ECMO. De forma a transpor estes para a prática, procurei todas as oportunidades que me permitissem executar estes cuidados técnicos de alta complexidade e, em colaboração com a enfermeira de referência, articulei-me com a equipa de enfermagem na procura das melhores oportunidades para o desenvolvimento destas competências.

O cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica constitui um desafio diário e constante para os enfermeiros, exigindo uma articulação harmoniosa de um conjunto de competências cognitivas, técnicas e relacionais (Sanson et al., 2021). A UCIP é o contexto ideal para o desenvolvimento dessas competências e durante este estágio, enfrentei diversas situações complexas. Destas saliento aquela que foi alvo do meu estudo de caso, processo de enfermagem fundamentado, que me permitiu aprofundar conhecimentos sobre uma temática de particular interesse e evidenciar os cuidados de enfermagem especializados no cuidar especializado à PSC submetida a cirurgia emergente.

Tratava-se de uma senhora de 57 anos de idade que recorrera ao SU por queixas de dor torácica/epigástrica intensa, tipo constrictiva e constante, acompanhada por vômitos. Durante a avaliação primária, encontrava-se prostrada e pouco reativa aos estímulos externos, pele sudada e quente ao toque. O eletrocardiograma revelou alterações compatíveis com um EAM com supradesnivelamento do segmento ST. As análises revelaram subida de marcadores cardíacos, sendo ativada a VV coronária. Já no laboratório de hemodinâmica, apresentou agravamento do quadro clínico com sinais sugestivos de choque. Foi submetida a cateterismo cardíaco, com angioplastia da artéria coronária direita. Após este procedimento e já no SU, manteve queixas de dor torácica/epigástrica e iniciou um quadro de hipotensão persistente e refratária ao suporte vasopressor, pelo que, foram realizados novos exames complementares de diagnóstico que revelaram disseção aórtica tipo A de *Stanford* com extensão à bifurcação aórtica. É admitida na UCIP para estabilização e preparação para cirurgia emergente. Após cerca de uma hora foi transferida para o BO e submetida a cirurgia

cardíaca. Foi substituída a aorta torácica ascendente e hemi-arco com conduto protésico e realizado *Coronary Artery Bypass Grafting* (CABG) com segmento de veia safena interna para a artéria coronária direita que se encontrava dissecada, sob anestesia geral endovenosa. O ato operatório decorreu sem incidentes e importa realçar que foi um procedimento realizado sob Circulação Extracorpórea (CEC), com arrefecimento corporal até aos 18º Celsius, com tempo total de paragem circulatória de 27 minutos, dos quais 22 com perfusão cerebral seletiva, através da artéria carótida primitiva direita. Regressou à UCIP no pós-operatório imediato, período em que fiz o acolhimento desta senhora. Vinha sedoanalgesiada com propofol e fentanilo e com *score* de RASS - 5, mantendo-se sedada durante cinco dias devido a agitação, hipertensão arterial e taquicardia, nas tentativas de despertar. No que diz respeito à monitorização da dor, optou-se pela utilização da BPS, cujo resultado indicou ausência de dor, confirmada pela ausência de sinais fisiológicos sugestivos. Encontrava-se conectada ao ventilador, no modo volume assistido controlado por volume com parâmetros ajustados ao seu peso ideal. Segundo Marini e Dries (2019) este modo ventilatório é caracterizado pelo controlo de volume e de ciclos respiratórios não sendo influenciado pelos esforços do cliente. Por este motivo, os autores defendem que este modo ventilatório exige vigilância constante para fazer ajustes ventilatórios apropriados à situação clínica. Apresentava ritmo sinusal com FC de 75 batimentos por minuto, tinha dois fios epicárdicos de pacemaker (um posicionado na aurícula direita e outro no ventrículo direito) conectados a um gerador externo, mas desligado. Hemodinamicamente instável com suporte vasopressor e aminérgico (noradrenalina e dobutamina, respetivamente). Pressão arterial sistólica entre 90 e 110 mmHg. Débito cardíaco calculado com recurso ao PICCO, entre 3 e 4 L/min. Apresentava 3 feridas cirúrgicas, cujos pensos evidenciavam repasse hemático contido, uma na região infraclavicular direita, uma pré-esternal longitudinal e outra na face interna da coxa esquerda. Os drenos eram dois, drenando o pericárdio e o mediastino, colocados em aspiração ativa e com retorno hemático de, aproximadamente, 50 mL/h. Estava hipotérmica e a pele e mucosas encontravam-se descoradas. Analiticamente, há a referir uma anemia importante e alterações significativas nos fatores de coagulação. No momento de admissão, encontrava-se com uma unidade de sangue autólogo (*cell saver*) em perfusão e outra unidade de concentrado eritrocitário ainda por iniciar. A gasometria revelava desequilíbrio eletrolítico. As extremidades estavam frias ao toque, mas com pulsos palpáveis e tempo de preenchimento capilar inferior a dois segundos. A avaliação dos pulsos radiais permitiu detetar assimetria, sendo o esquerdo cheio e o direito filiforme, em provável relação

com a canulação cirúrgica. Estas características foram também detetadas nos pulsos pediosos, aqui possivelmente relacionado com a própria disseção aórtica.

Esta descrição do processo de doença crítica com risco iminente de falência multiorgânica pretende testemunhar, a complexidade dos cuidados especializados à PSC, a importância da aquisição de competências específicas e a necessidade de transpor os conhecimentos científicos para a prática, como garante da qualidade e segurança dos cuidados prestados. A metodologia científica do processo de enfermagem permitiu-me identificar focos de atenção e de instabilidade, formular diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem, planear e implementar intervenções de enfermagem especializadas, reavaliar e adequar as respostas aos problemas identificados, através de uma linguagem *standard*, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Atendendo à complexidade destas situações a diversos níveis, e por acreditar que a presença da família junto da PSC constitui uma forma facilitadora de adaptação nesta fase de transição, procurei integrá-la no plano de cuidados. Ågren et al., (2015) recordam que a partilha com os familiares ajuda a conhecer a pessoa alvo dos cuidados, os seus valores, crenças e desejos. Estas intervenções, quando centradas na educação da pessoa e da sua família sobre a doença, o tratamento e a prevenção de complicações ou a resolução de problemas, representam um contributo de inegável importância para as famílias vivenciarem a situação de forma mais eficaz (Meleis, 2012). Contudo, devido às imposições colocadas neste período de pandemia COVI-19, por imperativos de proteção e segurança, nem sempre as visitas/acompanhamento foram autorizadas. Mas, ciente da importância da família na recuperação da pessoa e que o enfermeiro é o elo de ligação da pessoa com a sua família, procurei estabelecer contacto via telefónica, facilitando a utilização dos telemóveis pessoais a quem possuía condições para tal.

Abordar esta temática invoca uma situação que me marcou sobremaneira, a prestação de cuidados especializados a um adulto jovem em morte cerebral e a sua manutenção hemodinâmica para doação de órgãos e tecidos. Descrevo esta situação como um momento de grande delicadeza, marcado pela angústia de uma equipa multidisciplinar ao ter que declarar morte cerebral e pelo sofrimento dos pais no acompanhamento do filho cuja vida lhes foi precocemente retirada. Os cuidados iniciaram-se com a transmissão da notícia à família. A comunicação de más notícias produz alterações negativas na expectativa da pessoa em relação ao seu presente e/ou futuro, afetando o domínio cognitivo, emocional e comportamental, da pessoa que a recebe (Jensen et al., 2020). Por este motivo, exige uma

preparação prévia e a evidência científica revela que, dado não existir uma forma fácil e estereotipada de a concretizar, princípios básicos de diplomacia são fundamentais para que as más notícias possam ser dadas com a sensibilidade necessária. Deste modo, em colaboração com a enfermeira de referência, recorreremos ao protocolo de Buckman. Este, denominou-o de SPIKES e consiste em seis etapas correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, P – *Perception*, I – *Invitation*, K – *Knowledge*, E – *Explore emotions* e S – *Strategy and summary* (Buckman, 1992). Esta estratégia permitiu-nos transmitir a má notícia de forma sensível de modo que a família a compreendesse e, durante esse momento, procurámos responder adequada e honestamente, comunicando com uma linguagem simples, não banalizando o momento e não retirando a esperança, permitindo a presença junto da pessoa sempre que solicitado. Saliento que este momento ocorreu numa sala de acolhimento da família, evitando interrupções e perante equipa multidisciplinar. Nestes cuidados fortaleci a comunicação interpessoal, através da relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade e estabeleci uma relação facilitadora no processo de luto.

A morte cerebral é definida como a perda irreversível de todas as atividades do cérebro, tronco encefálico e cerebelo e deve de ser diagnosticada com base em critérios bem definidos, tal como aprova a Lei n.º 12/93 (Apêndice C). Durante esta situação, tive oportunidade de colaborar na confirmação desses critérios e na realização dos respetivos testes. Recordo que, de acordo com o Artigo 12.º da Lei n.º 12/93, a verificação de morte cerebral requer a realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade; a execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (neste caso neurologista e intensivista), que não pertençam às equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um, não pertence à unidade ou serviço em que a pessoa esteja internada.

Com a confirmação da morte cerebral, ponderou-se a possibilidade de doação de órgãos e, segundo a Lei supramencionada “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos (...) que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores” (p.1962). Apesar de não haver um registo manifesto da sua qualidade de não dador, confirmada pela ausência de inscrição no Registo Nacional de Não Dadores, a equipa multidisciplinar, dada a fragilidade da situação, considerou importante abordar a família e solicitar-lhe consentimento para este ato médico. Assim, a manutenção de condições hemodinâmicas ótimas para a doação de órgãos exigiu gestão de protocolos

terapêuticos complexos, assim como, um conjunto de intervenções fundamentais para a preservação de órgãos, descritas em protocolo próprio da unidade. Ainda, a realização de exames complementares de diagnósticos em articulação com a equipa do Hospital de Santa Maria, Lisboa. Estes cuidados terminam na preparação cirúrgica da pessoa para as intervenções necessárias para a colheita dos órgãos, no transporte até ao BO e na transferência de cuidados. Nesta situação em particular, foi inquestionável a importância da presença da família e o seu envolvimento nos cuidados além do sentimento de apoio e de tranquilização, permitiu-nos conhecer os seus valores, crenças e desejos, apoiar no processo de luto e providenciar suporte emocional.

Esta análise permite-me aferir que o ensino clínico foi um contexto essencial para desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências especializadas na área de enfermagem à PSC, fundamentais na procura constante dos mais elevados níveis de excelência dos cuidados.

3.1.3. Ensino Clínico III: desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de perioperatório

O BO pode ser definido como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais, vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses, [AESOP], 2006).

Arakelian et al. (2017) descrevem o ambiente perioperatório como complexo, exigente e altamente técnico, quando comparado com outros contextos da prática clínica. Neste, os autores acrescentam que os enfermeiros vivenciam experiências desafiadoras que exigem um conjunto de competências que lhes permitam responder de forma adequada e eficiente. Na realidade, a enfermagem perioperatória não se limita ao saber-saber ou ao saber-fazer, estende-se ao saber-ser da relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa e a sua família e vai mais além da entrada da pessoa na sala de operações. A enfermagem perioperatória engloba todos os cuidados que têm como foco as necessidades das pessoas submetidas a quaisquer procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos, os quais não se restringem ao momento cirúrgico, percorrendo transversalmente a fase pré, intra e pós-operatória, da experiência anestésica e cirúrgica da pessoa e da sua família (AESOP, 2006).

Particularizando a área de interesse do PAF, Stirling e Griffiths (2015) acreditam que as causas para as complicações respiratórias no pós-operatório são multifatoriais e envolvem fatores pré, intra e pós-operatórios, pelo que, o enfermeiro assume um papel fundamental no planeamento e organização de um cuidado individualizado e que atenda às necessidades de todos os períodos perioperatórios. Por este motivo, este contexto da prática clínica foi essencial para alcançar o objetivo geral proposto, nomeadamente, desenvolver competências comuns e especializadas no cuidar especializado à PSC a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia, articulando-se com os objetivos delineados no guia do ensino clínico, particularmente, presta cuidados de enfermagem de maior complexidade à PSC e em contexto de unidade diferenciadas e desenvolve habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade.

Acrescento que, este ensino clínico decorreu entre o dia 2 e 19 de fevereiro de 2021, no BO, seguindo um horário fixo e do dia 1 ao dia 13 de março de 2021, na UCIP, seguindo um horário *roulement*, num total de 375 das quais, 198 horas de contacto. Em qualquer um dos contextos, a prestação de cuidados especializados foi realizada sob tutoria de um enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

3.1.3. a. Estrutura, organização e funcionamento do bloco operatório

O BO do HNM é gerido pelo diretor do serviço de anestesiologia em parceria com um médico adjunto da direção clínica e em articulação com a enfermeira chefe especialista em EMC, com o objetivo de coordenar todo o movimento cirúrgico desta instituição.

Tem um horário de funcionamento de 12 horas diurnas, com o início de atividades às 8 horas e término às 20 horas. Por este motivo, os tempos operatórios distribuem-se em dois períodos, das 8 às 14 horas e das 14 às 20 horas, com exceção das salas contínuas, cujo funcionamento é interrupto e nas cirurgias de urgência e/ou emergentes que têm uma equipa destinada e pronta a atuar em qualquer horário, diurno ou noturno.

De modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, está organizado por três áreas de acesso distintas, nomeadamente, área livre, semi restrita e restrita, conforme a Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos e a Administração Central do Sistema de Saúde (UONIE/ACSS, 2011) recomenda. A área livre é aquela em que se pode circular com a roupa do exterior, é constituída por uma sala de espera, o gabinete de coordenação, instalações sanitárias, um gabinete de informação e zona de admissão de

doentes que se situa na transição da zona livre para a semi restrita. Nesta última, localiza-se o gabinete da equipa de anestesiologia e também o local de desinfeção/parque de camas. Embora as recomendações idealizem estas duas últimas zonas como separadas, existe um percurso linear entre a chegada, desinfeção e parque, não se cruzando as camas sujas com as desinfetadas. Ainda nesta zona de transição encontra-se a área de transferência de doentes (entrada e saída) com ligação direta à desinfeção e ao parque de camas e também à UCPA. Também neste espaço existe uma faixa de transferência de pessoal onde se encontra o fardamento e calçado exclusivo do BO e também o fardamento e calçado para circulação intra-hospitalar. A área semi restrita compreende as áreas de suporte periféricas que circundam a área restrita cirúrgica (UONIE/ACSS, 2011). Nesta zona, este BO contempla: duas salas de registos/reuniões para a equipa médica e equipa de enfermagem; o gabinete da chefe de enfermagem; uma sala de convívio/refeitório; diversas arrecadações; uma farmácia. No que respeita à área restrita, o BO é constituído por sete salas de operações, cada uma composta por uma sala de indução anestésica e uma sala de desinfeção, assim como por uma sala de sujos, despejos, de limpeza, desinfeção e arrumo de material, esta última localizada posteriormente à sala de operações e unida às restantes por um corredor comum que estabelece comunicação com o serviço de esterilização numa das suas extremidades. Cada sala operatória é composta por material próprio, fundamental para os procedimentos cirúrgicos e anestésicos e estão equipadas com sistema de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado (AVAC), tal como está emanado nas Especificações Técnicas para Instalações de AVAC – ET 06/2008. Como parte integrante da zona restrita está a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Esta unidade foi concebida inicialmente para permitir detetar e tratar precocemente as possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico e cirúrgico e, de acordo com as recomendações do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios (2015), deve de ser constituída por cerca de 1,5 a 2 camas por sala operatória, contudo, a que se refere a este ensino clínico alberga seis camas. Esta limitação exige do BO o recurso ao *fast-tracking* que se caracteriza pela não passagem de todos os doentes pela UCPA como resultado de uma gestão mais criteriosa de fármacos anestésicos, bloqueadores neuromusculares e analgésicos.

Neste BO concretizam-se procedimentos cirúrgicos e anestésicos de todas as áreas de especialidade. Os dados estatísticos fornecidos pelo núcleo de Planeamento Estratégico e Controlo de Gestão/Estatística permitiu-me verificar que no ano de 2020 foram realizadas um total de 5 738 cirurgias. Particularizando, as intervenções cirúrgicas que, de acordo com

a mais recente evidência científica, estão associadas a um maior desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório, registaram um total de 149 cirurgias no âmbito da especialidade de cirurgia cardiotorácica, que corresponde a cerca de 3% do universo cirúrgico, 1 451 na especialidade de cirurgia geral, ou seja, aproximadamente 25%.

3.1.3.b. Cuidados de enfermagem especializados no bloco operatório

Como referido anteriormente, os cuidados de enfermagem especializados no BO ultrapassam a entrada da pessoa na sala de operações, compreendendo a fase pré, intra e pós-operatória. Por este motivo, a reflexão sobre este estágio é narrada nesta sequência do cuidado.

Lemone e Burke (2009) relembram que o período pré-operatório compreende o momento em que a equipa, em conjunto com a pessoa e a sua família, optam pela cirurgia, até ao momento cirúrgico. Este período objetiva desenvolver a relação terapêutica, compreender a realidade da pessoa, avaliar, identificar e tratar fatores de risco, educar e preparar física e emocionalmente a pessoa e a sua família para o momento que se aproxima (Santo et al., 2019; Johnstone, 2020). Independentemente do tipo de procedimento anestésico ou cirúrgico a que a pessoa é submetida, Ellinger et al. (2021) referem que existem fatores associados à sua condição fisiológica e às suas comorbilidades que aumentam potencialmente a sua vulnerabilidade e instabilidade. Por este motivo, os mesmos autores enfatizam a necessidade de uma avaliação detalhada, que inclua as condições pré-existentes, a capacidade funcional da pessoa e os fatores de risco associados ao procedimento cirúrgico e anestésico. Assim, as visitas pré-operatórias, atualmente designadas consultas pré-operatórias, emergem como um método que permite concretizar essas avaliações, identificar e avaliar as necessidades individuais da pessoa e planear cuidados de enfermagem personalizados durante todo o período do perioperatório (Santo et al., 2019). Para este efeito, o BO possui um procedimento de atuação denominado consulta de enfermagem pré-operatória, realizada presencialmente, no dia antecedente à cirurgia, pelo enfermeiro anestesista que estará presente na sala operatória. No entanto, ciente da impossibilidade de realizar esta importante consulta, fruto da restrição da mobilidade dos profissionais entre serviços imposta pela pandemia COVID-19, e no sentido de não prejudicar a minha formação, propus aos responsáveis a realização de consulta idêntica no meu contexto de prática clínica, o que justifica que estas se tenham cingido a pessoas submetidas a cirurgia torácica e cardíaca. A consulta pré-operatória representou o primeiro contacto com os

cuidados perioperatórios e, numa perspetiva de continuidade, entendo-a como a primeira etapa do Processo de Enfermagem. A avaliação inicial baseou-se na entrevista concretizada à pessoa, na consulta do processo clínico informatizado e no contacto com o enfermeiro do serviço de internamento e com outros profissionais da equipa multidisciplinar, com o intuito de obter dados adicionais, que me permitiram antecipar focos de instabilidade, identificar necessidades, preparar emocional e fisicamente para o ato anestésico e cirúrgico e para o período pós-operatório (Santo et al., 2019).

Sustentada na Teoria das Transições e considerando a individualidade de cada um, procurei compreender e avaliar características das experiências de transição, tais como, consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal, eventos e pontos críticos.

A implementação desta consulta permitiu-me iniciar a relação terapêutica, utilizar de forma adequada as habilidades de relação de ajuda, demonstrar e aplicar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo experienciado pela pessoa, salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e, por fim, colaborar e planear os cuidados intra e pós-operatórios de forma a facilitar este processo de transição. Os registos efetuados como resultado destas consultas, representaram uma mais-valia, pois criaram um elo de ligação entre o exterior e o interior do BO. Desta forma, procurei informar a equipa cirúrgica dos problemas e/ou necessidades identificadas, possibilitando um melhor planeamento das suas intervenções.

O período intraoperatório caracteriza-se pela entrada da pessoa na sala de operações (AESOP, 2006). Contudo, como vimos, o planeamento destes cuidados iniciou-se no dia antecedente à cirurgia, através da consulta do programa cirúrgico disponibilizado pela aplicação Gestão da Intervenção Cirúrgica. Em cooperação com a enfermeira de referência, procedi à seleção do procedimento cirúrgico que me permitia alcançar os objetivos delineados (cirurgias torácicas, cardíacas e/ou abdominais) e das respetivas consultas pré-operatórias. Este planeamento permitiu-me levantar questões, concretizar pesquisas e, consequentemente, adquirir um conjunto de conhecimentos científicos que me possibilitaram compreender os procedimentos anestésicos e cirúrgicos, os cuidados especializados à pessoa neste contexto e, de forma mais particular, os cuidados especializados para a prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório, preparando-me para colaborar e intervir de forma dinâmica, eficiente e objetiva através de

uma PBE. Uma planificação que foi personalizada e individualizada com a concretização das consultas pré-operatórias. Neste âmbito, o planeamento incluiu também, a verificação e preparação das salas e a gestão dos recursos materiais no dia anterior à cirurgia, facilitando a compreensão da dinâmica das salas operatórias, dos procedimentos e, simultaneamente, prevenindo, reduzindo e controlando possíveis situações de risco acrescido para a pessoa. De forma similar, antes da admissão da pessoa na sala de operações, cada enfermeiro, no desempenho das suas funções, verificou e testou os recursos que previa utilizar. Antes de qualquer procedimento anestésico e cirúrgico, colaborei com os enfermeiros de anestesia, na verificação e testagem do sistema ventilatório, na preparação, organização e verificação do funcionamento de todo o material para entubação, para colocação de cateter venoso central e cateter arterial, na preparação de medicação anestésica e de urgência/emergência.

Na zona de transferência do BO, colaborei no acolhimento da pessoa e, conforme as indicações emanadas pela DGS, verifiquei a identidade da pessoa através de confirmação oral e consultando a pulseira de identificação, confirmei o período de jejum, a ausência de próteses e adornos, assim como, a existências de alergias conhecidas e confirmei a existência do CIEL. Durante este momento, orientei as pessoas relativamente ao percurso, ambiente e equipa do BO, procedimentos de segurança e material de monitorização, fomentando sentimentos de segurança e procurando minimizar o medo e a ansiedade. O conforto e privacidade constituíram também, focos de atenção para minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, necessárias ao processo assistencial.

Na sala de indução anestésica encontrava-se a restante equipa de enfermagem que preparava a pessoa para o procedimento anestésico e cirúrgico. Antes de qualquer intervenção, foram revistos os objetivos básicos que a OMS define como orientações de segurança cirúrgica (Apêndice D, [DGS, 2010]). Adicionalmente, foi verificada a checklist de segurança cirúrgica, tal como a DGS (2010) preconiza. Este protocolo, considerado como universal pela OMS, pode ser dividido em três partes, correspondentes aos tempos operatórios. Na primeira etapa, *sign in*, englobam-se os procedimentos de monitorização e, com o decorrer do ensino clínico, adquirir autonomia para proceder à monitorização das pessoas alvo dos meus cuidados. Durante estes procedimentos procurava fomentar sentimentos de tranquilidade, gerindo a comunicação interpessoal, estabelecendo a relação terapêutica já iniciada na consulta pré-operatória e assistindo a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes deste momento de transição. Relembro uma pessoa que iria ser submetida a uma cirurgia cardíaca que, no decurso destes procedimentos, disse “entrego-vos

o meu coração e a minha vida”. Este eufemismo, repleto de sentimento e de receios, manifesta uma ideia clara da realidade e consciencializou-me para uma entrega de si próprio a uma equipa multidisciplinar que não conhece, mas em quem confia, tornando-se o alicerce desta relação. Na realidade, após a indução anestésica, a pessoa perde a sua autonomia e, consequentemente, a equipa assume a responsabilidade por zelar pela sua saúde. E é no seio desta equipa que se destaca o papel do enfermeiro anestesista, como o elemento que mantém uma relação de maior proximidade com a pessoa, assumindo uma posição privilegiada para dar resposta às suas necessidades imediatas, protegendo-o de qualquer dano e responsabilizando-se por este até que esteja novamente capacitado para tomar as suas próprias decisões (Bengtsson et al., 2016). O acompanhamento do enfermeiro de anestesia foi uma oportunidade para o desenvolvimento de competências na área de anestesia, o que exigiu estudo prévio e pesquisa de evidência científica recente e fidedigna em relação às várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e métodos de monitorização. Estas estratégias permitiram-me, em colaboração e com supervisão do enfermeiro de referência, preparar todo o material necessário para anestesiar a pessoa em segurança, desde fármacos para indução, manutenção e reversão anestésica e fármacos de emergência, material de entubação orotraqueal, material para colocação de vias centrais e cateteres arteriais, antevendo qualquer necessidade de material para uma emergência anestésica, como por exemplo, em situações de entubação difícil.

Relembro de um procedimento anestésico e cirúrgico de emergência em que, após a indução anestésica, a entubação orotraqueal revelou-se difícil, provocando um risco acrescido de vida por falência da função respiratória, exigindo resposta pronta, com necessidade de aplicação de conhecimentos e habilidades em SAV.

Ilustro outro momento, no laboratório de hemodinâmica e durante os cuidados anestésicos a uma senhora a ser submetida a uma *Transcatheter Aortic Valve Implantation*, em que ocorre uma PCR numa pessoa diagnosticada com EAM a ser submetida a um cateterismo cardíaco emergente na sala contígua, exigindo a articulação de toda a equipa. Nestes cuidados, demonstrei e apliquei manobras de SAV, executando cuidados técnicos de alta complexidade, tais como, manuseamento do compressor torácico mecânico.

Esta particularidade do cuidado intraoperatório permitiu-me identificar prontamente focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, tomar

decisões fundamentadas, implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações, monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia, salvaguardar as condições de segurança e ainda, garantir o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

A dinâmica da sala de operações permitiu-me compreender a segurança como um foco de atenção de toda a equipa multidisciplinar e, através da observação e colaboração com a equipa, constatei que o principal objetivo é recuperar a saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa alvo dos nossos cuidados. Particularizando a equipa de enfermagem, quero clarificar os papéis do enfermeiro circulante e do enfermeiro instrumentista. O acompanhamento de uma enfermeira com função de circulante e instrumentista, facultou-me uma visão mais ampla de toda a dinâmica e funcionamento intraoperatório e permitiu-me colaborar em procedimentos de elevada complexidade. Deste modo, em colaboração com o enfermeiro circulante de referência, assumi a responsabilidade de supervisionar a limpeza e desinfeção dos materiais e das salas de operação, de acordo com as normas de boa prática da comissão de higiene e infeção hospitalar, presentes no Manual do Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCRPPCIRA) do SESARAM (Procedimento n.º 018, 019, 023). Preparei a sala de operações com todo o equipamento necessário para a cirurgia, testando o seu funcionamento e procedendo ao preenchimento da *checklist* de verificação. Assisti o enfermeiro circulante a fornecer os materiais necessários, respeitando a técnica asséptica cirúrgica, colaborei na transferência e posicionamento da pessoa da cama para a mesa operatória e vice-versa, assisti a equipa cirúrgica durante a desinfeção e o ajuste da bata, acondicionei, identifiquei e providenciei o envio do material colhido para análise, orientei a contagem inicial e final das compressas, agulhas e instrumentos de cirurgia, apliquei a placa neutra na pessoa, promovi o seu conforto até ao final da cirurgia e colaborei na elaboração dos registos. Também no cumprimento destas funções, apreendi que este profissional tem a atribuição específica de diminuir a exposição da pessoa aos riscos inerentes aos cuidados prestados, promovendo a segurança da pessoa e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico, no que ao ambiente diz respeito, tal como é emanado pela OE (2004). Em colaboração com a enfermeira de instrumentação de referência:

confirmei as cirurgias programadas; colaborei na seleção de todo o material necessário; procurei conhecer todos os instrumentos (nome, função e correta utilização) e, com o seu auxílio, coloquei na mesa de instrumentação, de forma organizada, os instrumentos necessários para cada cirurgia; assumi a responsabilidade partilhada, por todos os instrumentos, compressas e suturas, procedendo à sua contagem (no início, antes do encerramento da ferida cirúrgica e no final da cirurgia); colaborei na limpeza e acomodação de todos os instrumentos utilizados; separei o material limpo do sujo e do contaminado; no final das cirurgias, preparei o material de penso e drenagem; auxiliei na realização do penso operatório; separei o material cortante e perfurante em recipientes próprios; retirei o material da mesa operatória e coloquei-o em contentores próprios, providenciando o seu transporte no circuito correto para a sala de preparação de material. Importa referir que, com foco na segurança da pessoa submetida a cirurgia e nos cuidados prestados, a minha intervenção na área de instrumentação foi muito limitada e realizada essencialmente em colaboração com a enfermeira de referência, com recurso ao pensamento crítico, reflexões diárias e *debriefings* realizados informalmente no final das cirurgias. Além destas atividades, auxiliei na reposição dos materiais gastos, na sua organização e na requisição de materiais urgentes. Ainda, também em colaboração com a equipa de enfermagem, providenciei o envio do material à central de esterilização, organizei, registei e verifiquei todo o material esterilizado.

Como já referido anteriormente, durante o período do ensino clínico passado no BO, delineei todo o meu caminho em persecução dos objetivos delineados no PAF, motivo pelo qual, integrei-me nas equipas que prestavam cuidados às cirurgias cardiotorácicas e abdominais. Não obstante, e considerando todas as oportunidades de aprendizagem que podia usufruir deste campo de estágio, procurei experiências que me permitiram aprimorar competências no cuidado especializado da PSC. Nesta perspetiva, colaborei na implementação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar um processo cirúrgico, em diversos tipos de cirurgias, cada qual com as suas especificidades próprias: seis cardíacas, três torácicas, sete abdominais, duas neurocirúrgicas, quatro vasculares, uma mastectomia com colocação de implantes mamários e duas ortopédicas. Estas últimas surgiram como uma oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos e esclarecer dúvidas relativas à anestesia regional/raquianestesia e cateter epidural para controlo da dor no pós-operatório.

Das cirurgias cardíacas, recordo a situação particular de uma pessoa que estava a ser submetida a uma substituição de válvula aórtica em que, na tentativa de interrupção da

CEC, há falência ventricular direita, exigindo uma rápida atuação de toda a equipa. Perante este cenário, a equipa atuou de forma célere, mas ponderada devido à fragilidade de toda a situação. Assim, enquanto os cirurgiões, a enfermeira de instrumentação e circulante tentavam encontrar a causa e procediam à sua correção, eu, em colaboração com a enfermeira de anestesia e com o médico anestesista identificávamos, através da interpretação dos valores de monitorização, os focos de instabilidade, permitindo-nos responder de forma pronta e manter um campo cirúrgico ótimo, através da gestão de protocolos terapêuticos complexos (sedo-analgesia, suporte vasopressor, heparina e protamina), controlo do balanço hidroeletrólítico com recurso a gasometrias arteriais, controlo da hemorragia e administração de grande quantidade de hemoderivados. Esta situação em particular exigiu técnicas altamente complexas além daquelas que este tipo de intervenção cirúrgica exige, nomeadamente, o prolongamento da CEC e a colocação do BIA.

Ilustro outra situação em que a interpretação de sinais vitais, de sinais fisiológicos de dor (sudação, lacrimejo) e do índice bispectral, permitiu-me identificar uma situação de mal-estar fisiológico e atuar, em interdependência com o médico anestesista, com medidas farmacológicas para o controlo da dor e manutenção da profundidade anestésica desejada, isto é, valores de índice bispectral entre 40 e 60 (Bocskai et al., 2018).

Do exposto, torna-se claro que, as intervenções do enfermeiro de anestesia estão intimamente associadas à interpretação de sinais vitais e de outros dados fisiológicos, motivo pelo qual, importa conhecer todos os dados de monitorização, os valores basais das pessoas alvo dos nossos cuidados e, também, as alterações decorrentes do procedimento anestésico e cirúrgico. Especificando estes últimos, e apesar de estar familiarizada com a monitorização, senti necessidade de estudar as alterações fisiológicas resultantes do trauma cirúrgico adaptado a determinado tipo de intervenção, tais como nas cirurgias cardíacas com recurso a CEC e coração parado que, naturalmente, provoca múltiplas alterações na homeostasia, cuja compreensão é fundamental para a interpretação dos dados de monitorização.

Particularizando para a temática do projeto, foi fundamental direcionar a minha pesquisa e estudo sobre os fatores intraoperatórios que potenciam o aparecimento de complicações no pós-operatório de cirurgia. Esta atividade, em simbiose com a experiência da prática e com o levantamento de questões aos enfermeiros orientadores e também às equipas multidisciplinares relativas às intervenções que objetivam minimizar essa condição, permitiram-me analisar os fatores de risco pessoais e o impacto dos procedimentos

anestésicos e cirúrgicos como causas potenciadoras de complicações respiratórias no pós-operatório e, simultaneamente, refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista na prevenção destas, assim como, nas intervenções de enfermagem sensíveis a este foco de atenção.

Efetivamente, o intraoperatório caracteriza-se por uma complexidade única e é influenciado por diversos fatores. A evidência científica consultada revela que a anestesia e a cirurgia são, de um modo geral, fatores de agressão temporária do sistema respiratório, condicionando alterações apreciáveis da sua fisiologia (Miskovic & Lumb, 2017; Baltieri & Pazzianotto-Fort, 2018; Cavayas et al., 2019). Por conseguinte, todas as intervenções devem ser planeadas por forma a minimizarem este impacto. Durante a substituição da função respiratória, procura-se que os padrões ventilatórios sejam os mais fisiológicos possíveis, naquilo que se designa por uma ventilação protetora (Santer et al., 2020).

Além da anestesia geral, a evidência científica comprova que a anestesia regional pode também provocar alterações na função respiratória. A utilização do bloqueio do plexo braquial está comumente associada a bloqueio do nervo frénico, Bergmann et al. (2016) evidenciam que este bloqueio está associado a uma redução maior ou igual a 75% do movimento diafragmático com diminuição significativa da função pulmonar, potenciando o aparecimento de complicações respiratórias no pós-operatório.

Ao abordar o procedimento anestésico, foi fundamental ter em conta o mecanismo de ação dos fármacos utilizados, quer para a indução, quer para a manutenção da anestesia. Destes, importa destacar a utilização dos bloqueadores neuromusculares; segundo Boon et al. (2018) o seu uso desajustado está associado a um aumento significativo de complicações respiratórias no pós-operatório. Por outro lado, Cook e Simons (2020), vêm enfatizar que o manuseamento cauteloso destes fármacos, além de facilitar a entubação orotraqueal e ventilação mecânica, otimiza as condições cirúrgicas, existindo sempre a possibilidade de se recorrer à sua reversão com recurso ao sugamadex (Apêndice E).

Durante estes procedimentos, o enfermeiro especialista desempenha um importante papel na monitorização neuromuscular. Para esta monitorização, recorre-se ao método *Train of Four* que consiste na aplicação de quatro estímulos elétricos no nervo ulnar, podendo esta ser interpretada de forma qualitativa ou quantitativa (Esteves et al., 2018). Durante este ensino clínico, tive apenas oportunidade de concretizar esta monitorização de forma qualitativa, em parceria com o médico anestesista. De modo simplificado, consiste na visualização da resposta muscular desencadeada ao estímulo, mas que não permite excluir,

com certeza, a presença do bloqueio neuromuscular residual. Por esta razão, é também comum recorrer a outros testes, tais como, abertura mantida dos olhos, protusão da língua, elevação do braço para o ombro contralateral, entre outros (Esteves et al., 2018). Estes testes são de fácil aplicação na prática por não exigirem utilização e/ou gasto de material suplementar, contudo, também não permitem excluir a presença do bloqueio neuromuscular residual.

Além destes aspetos, durante a minha prática, foi também considerada a resposta metabólica ao trauma cirúrgico que, como resultado da secreção de aldosterona e da hormona antidiurética, provoca aumento do volume intravascular, aumento da pressão pulmonar, causando edema, especialmente agravado se associado a administração excessiva de fluidos (Stirling & Griffiths, 2015). Por este motivo, as intervenções relacionadas com a monitorização e avaliação do balanço hídrico foram essenciais para conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos meus cuidados, assim como, para prevenir as complicações respiratórias no intra e no pós-operatório.

De igual modo, o local da incisão cirúrgica tornou-se outro foco de atenção. De facto, tal como Miskovic e Lumb (2017) referem, a probabilidade de desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório é diretamente proporcional à distância da incisão cirúrgica ao diafragma. Nesta particularidade do cuidado, o papel do enfermeiro especialista passa, não só pela promoção de uma cicatrização da ferida efetiva, como também pela adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor.

O controle farmacológico da dor iniciava-se no período intraoperatório e, dependendo do tipo de procedimentos concretizados, recorria-se a diversos métodos, tais como perfusão contínua de sedo-analgesia (remifentanilo, fentanilo ou morfina) por via endovenosa, *Drug Infusion Ballon* através de cateter de epidural e *Patient Control Analgesia* (PCA). A utilização destes métodos incitou a pesquisa de evidência científica que me permitiu compreender o seu funcionamento e promover a sua utilização, estratégia que se destaca fortemente nos cuidados pós-operatórios imediatos na UCPA e, por isso, explanada mais adiante.

Chegando o momento que marca o final da cirurgia, ao longo do meu ensino clínico, colaborei com o enfermeiro de referência e com o anestesista na reversão da anestesia, proporcionando um despertar confortável. Foi também neste momento que se realizou a terceira e última fase da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, onde consta a

verificação do procedimento cirúrgico, da correta rotulagem de produtos para análise e os cuidados individualizados e específicos à pessoa.

A saída da pessoa da sala de operações está projetada para promover a segurança e a continuidade dos cuidados (Wang et al., 2020). Neste ensino clínico tive oportunidade de concretizar diversos transportes intra-hospitalares de acordo com as orientações emanadas pela Ordem dos Médicos e pela SPCI em 2008, da sala de operações para a UCPA e destas para os serviços/unidades de destino, das salas de operações para a UCIP (cirurgia abdominal e neurocirurgia) e também, das salas de operações para a UCICT (cirurgias cardíacas).

A UCPA objetiva detetar e tratar precocemente as possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico e cirúrgico. A AESOP (2006) recorda que cerca de 50% das complicações anestésicas ocorrem durante a primeira hora de pós-operatório, realçando-se assim a importância de uma vigilância e monitorização cuidada e intensiva nesta fase. Considerando a localização da UCPA do BO do HNM, sempre que oportuno, procurava integrar-me na equipa de enfermagem da unidade, colaborando na prestação direta de cuidados. Assim, durante o período deste ensino clínico, após o término das cirurgias e dos programas cirúrgicos das salas onde ficava destacada e, naturalmente, da sua correta limpeza, desinfeção, arrumação e reposição de material, solicitei à enfermeira de referência e à enfermeira chefe, acompanhar a pessoa alvo dos nossos cuidados durante o internamento na UCPA. De acordo com a *American Association of Nurse Anesthetists* (2019) a decisão de admitir a pessoa na UCPA é da responsabilidade do cirurgião e do anestesista. A opção pelo *fast-tracking* é realizada com base nos critérios de alta das UCPA, fundamentados na tabela original de Aldrete complementada com os critérios de White: a estabilidade dos sinais vitais, um controlo satisfatório da dor, náuseas e vômitos, reversão completa de bloqueio neuromuscular e o esclarecimento da alta/transferência de serviço (Mourão, et al. 2018).

Este período do ensino clínico passado na UCPA permitiu-me compreender que o procedimento cirúrgico e/ou anestésico não termina na sala de operações, o pós-operatório imediato é um momento caracterizado pela fragilidade da pessoa, razão pela qual, a passagem da pessoa da sala de operações para esta unidade assenta numa transição monitorizada do período antecedente, permitindo avaliar e gerir as condições hemodinâmicas e a analgesia das pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico e/ou anestésico, preparando-as para uma rápida e ideal recuperação. Assim, sob um olhar especializado, a avaliação sistematizada e a monitorização contínua, principalmente no que diz respeito ao estado neurológico, respiratório, cardiovascular e regulador, permitiram-me conhecer

continuamente a situação das pessoas alvo dos meus cuidados, antecipar e intervir nos focos de instabilidade de forma pronta e eficaz, otimizando a recuperação pós-operatória.

Esta descrição permite compreender que a identificação de focos predisponentes a eventos adversos é considerada uma prioridade da equipa multidisciplinar. As diversas equipas de enfermagem que acompanhei relatam que a incidência de complicações respiratórias neste período é elevada, corroborando Kiekkas et al. (2014), que consideram este tempo perioperatório como particularmente frágil, referindo uma incidência de complicações respiratórias críticas durante o internamento nas UCPA entre 13 e 43%, associadas a fatores pessoais (distúrbios respiratórios preexistentes), a fatores cirúrgicos e anestésicos.

Bojesen et al. (2019), revelam que a hipoxémia é uma das complicações respiratórias mais frequentemente reportada, associada a fatores como Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), uso de opióides, incisão cirúrgica perto do diafragma e administração excessiva de fluídos. Efetivamente, durante a minha prática na UCPA, grande parte das pessoas alvo dos meus cuidados apresentavam incisões cirúrgicas na região torácica ou abdominal, o controle da dor era realizado com recurso a perfusões ou bólus de opióides e chegavam das salas operatórias com infusoterapia não contabilizada em balanço hídrico, despertando a minha atenção para um conjunto de fatores potenciadores de complicações respiratórias. A avaliação sistematizada destas situações permitiu-me detetar uma situação de SAOS associada à medicação anestésica e à analgésica utilizada. O estudo desenvolvido pelos autores supracitados comprova que estas situações são comuns neste período, contudo, frequentemente subdiagnosticadas. A título exemplificativo, a análise retrospectiva realizada por Krishnasamy et al. (2019), revelou que a prevalência de SAOS da população em estudo submetida a cirurgia cardíaca foi de 61%. Decorrente desta preocupação, tive oportunidade de partilhar estas evidências científicas com as equipas que me foram acolhendo na unidade, despertando-as para esta problemática que está associada a um conjunto de complicações respiratórias (Krishnasamy et al., 2019).

A incidência das complicações respiratórias, principalmente nas primeiras horas do pós-operatório, motivou a criação de um projeto na UCPA do HNM como forma de prevenção, onde pontifica a utilização da VMNI. Lockstone et al. (2020) acreditam que a VMNI no pós-operatório tem várias indicações, devendo ser usada como medida preventiva de complicações ou como tratamento de complicações respiratórias. A título exemplificativo, os mesmos autores revelam que, na cirurgia torácica, o uso de VMNI no

pré e pós-operatório está associado a uma diminuição da disfunção pulmonar e comprovam que a VMNI após a extubação de pessoas com doença respiratória crónica reduz o trabalho respiratório e diminui a incidência de complicações respiratórias. Além destas situações, este suporte ventilatório está indicado para o tratamento da dificuldade respiratória no pós-operatório relacionada com o bloqueio neuromuscular residual, com a fraqueza diafragmática, com a dor intensa não controlada, com a parésia/paralisia do nervo frénico e o edema agudo do pulmão (Lockstone et al., 2020).

Neste ensino clínico detetei uma situação de agravamento da função respiratória no pós-operatório imediato de uma cirurgia abdominal. Durante a avaliação sistematizada da pessoa encontrei-a sonolenta e com períodos de desorientação, a monitorização da função respiratória permitiu-me detetar bradipneia e uma respiração toracoabdominal superficial. A interpretação dos valores de gases no sangue arterial auxiliou-me no diagnóstico do problema identificado, tratando-se de uma acidémia respiratória (ph 7,33 e pCO₂ 56 mmHg), associada, provavelmente, aos efeitos secundários dos anestésicos, ao efeito residual do bloqueio neuromuscular utilizado no intraoperatório, aos efeitos secundários da medicação analgésica e, também ao procedimento cirúrgico, cuja incisão se localizava na região abdominal. Após referenciar esta situação à equipa de enfermagem que me acompanhava na UCPA e à equipa médica, instituímos a VMNI. Durante a minha intervenção tranquilizei a pessoa e expliquei o procedimento, otimizei o posicionamento na cama, escolhi um interface adequado e verifiquei a existência de uma válvula expiratória, montei o circuito respiratório, conectando o oxigénio e programei o modo ventilatório prescrito. Durante este cuidado, monitorizei continuamente a pessoa, complementando as minhas avaliações com gasometrias seriadas e ajustando os parâmetros respiratórios programados em colaboração com o médico anestesista, de modo a satisfazer as necessidades metabólicas da pessoa e otimizar a função respiratória, promovendo o conforto e a tolerância da pessoa à VMNI.

Na UCPA a utilização de morfina, fentanilo ou sufentanilo para controlo da dor é comum, havendo uma gestão criteriosa destes fármacos com o intuito de evitar sobredosagem e os seus efeitos colaterais. Esta unidade dispõe de diversos métodos que permitem um controlo adequado da dor com baixo risco de sobredosagem medicamentosa, dos quais importa destacar a PCA (sistema intravenoso e sistema de libertação de comprimidos sublinguais de sufentanilo - sistema de Zalviso). Como o próprio nome indica, este método permite que a pessoa controle a dor associada ao trauma cirúrgico ou à exacerbação de condições patológicas crónicas no período pós-operatório, através da

autoadministração de analgesia. Nestes sistemas, independentemente da sua especificidade, o enfermeiro desempenha um papel essencial na manutenção da segurança e na promoção do controle da dor. A segurança, pressupõe uma avaliação prévia da pessoa e das suas capacidades, uma vez que estes estão intimamente associados à capacidade de compreensão dos mesmos e do seu funcionamento, assim como à capacidade de acionar os meios para a autoadministração de fármacos. Neste sentido, antes de implementar estes sistemas, avaliei a cognição e capacidades para gerir analgesia, informei e ensinei as pessoas sobre estes sistemas e, também, treinei e supervisionei a autoadministração de analgesia. Durante a utilização destes sistemas e com o foco na prevenção de complicações respiratórias, monitorizei continuamente a FR. Chumbley e Mountford (2010) situam a ocorrência de depressão respiratória em pessoas com PCA entre 1,2% a 11,5%, justificando a pertinência desta intervenção. Além desta, devido aos efeitos sedativos destes fármacos, a avaliação do nível de sedação foi outra intervenção que me permitiu também antecipar focos de instabilidade. A monitorização da pressão arterial foi igualmente importante, não só pelo seu efeito hipotensor, mas também pelos procedimentos cirúrgicos e a possibilidade de hipovolémia e hemorragia.

Adicionalmente, a avaliação da dor foi uma intervenção essencial para compreender se o método selecionado estava a ser eficaz, se a administração de opióides foi insuficiente ou se era necessário reprogramar os sistemas. Esta intervenção permitiu-me também perceber se a pessoa compreendia o funcionamento dos sistemas de PCA e se estavam dependentes destes fármacos, exigindo a adequação dos ensinamentos realizados previamente. Importa referir que, perante uma dor não controlada, procurava entender se a dor constituía uma manifestação de uma situação emergente, através da avaliação das suas características, tais como, tipo, duração e local. Complementarmente, para otimizar a experiência cirúrgica da pessoa, procurei identificar e tratar, em colaboração com a equipa multidisciplinar, os efeitos colaterais desta terapêutica, designadamente, náuseas, vômitos, prurido, obstipação, alucinações e perturbações do sono. Intimamente associada a estas intervenções, a manutenção da segurança foi outra atitude concretizada através da verificação dos dispositivos de infusão de PCA e do cumprimento integral das prescrições terapêuticas. Como vimos, a medicação opióide provoca efeitos secundários que podem prejudicar a função respiratória, contudo, a presença de dor influencia também este sistema, principalmente se os procedimentos cirúrgicos englobarem a região torácica e abdominal (Miskovic & Lumb, 2017). Por conseguinte, o controlo da dor é uma intervenção essencial

na prevenção de complicações respiratórias e afigura-se como uma competência do enfermeiro especialista. Esta gestão quando combinada com medidas farmacológicas e não farmacológicas potencia os resultados e ocupa uma posição de destaque (Hayes & Gordon, 2015; Miskovic & Lumb, 2017).

Na UCPA as principais medidas não farmacológicas utilizadas são a crioterapia e o posicionamento da pessoa. Durante as pesquisas efetuadas neste ensino clínico, confrontei-me com uma técnica não farmacológica inovadora e descrita por diversos investigadores como uma medida promissora e eficaz no tratamento da dor pós-operatória, a estimulação elétrica nervosa transcutânea. De acordo com Zhou et al. (2020), é um tratamento adjuvante no tratamento da inflamação aguda e crónica, da dor musculoesquelética e neuropática. O estudo efetuado por estes autores revelou que este método é eficaz na gestão da dor pós-operatória em cirurgia pulmonar, melhorando a função respiratória e diminuindo o risco de complicações respiratórias neste período. Considerando esta evidência científica, partilhei esta investigação com a equipa que considerou como uma oportunidade para melhorar os cuidados no pós-operatório e otimizar a recuperação cirúrgica da pessoa.

Outra intervenção que foi implementada neste período do perioperatório foi a monitorização e avaliação da reversão dos bloqueadores neuromusculares, usados no intraoperatório. Apesar do uso de reversores (sugamadex), monitorizei esta função com recurso aos testes básicos, tais como, solicitar à pessoa para realizar a protusão da língua, elevação do braço para o ombro contralateral ou mesmo manter a cabeça elevada durante cinco segundos. Broens et al. (2019) comprovam no seu estudo o compromisso da função pulmonar causado pelos efeitos residuais dos bloqueios neuromusculares.

A experiência vivida na UCPA permite-me referir que o recobro constitui o momento ideal para estabelecer contacto com a família. Contudo, a presença da família na UCPA ainda é uma realidade longínqua, excetuando-se o pós-operatório das cirurgias pediátricas. A equipa de enfermagem apresenta como barreiras a privacidade das pessoas, a possibilidade de perturbar a recuperação anestésica, associada ainda à elevada afluência e rotatividades de clientes, o que complica a implementação de políticas de visitação. Porém, Cardoso-Moreno e Tomás-Aragones (2016) defendem que a família desempenha um papel significativo na recuperação da pessoa e a sua presença, nas situações críticas, representa um meio de suporte emocional, que supera aquele que a equipa multidisciplinar consegue oferecer.

Nesta perspetiva, durante o atendimento das pessoas alvo dos meus cuidados, procurei estabelecer contacto via telefónica e/ou videochamada com as famílias/cuidadores, fazendo um acolhimento à unidade, embora de forma virtual, explicando o período pós-operatório que a pessoa estava a atravessar (despertar anestésico, vigilância hemodinâmica, controlo da dor, náuseas e vómitos) e o que pode encontrar (pensos cirúrgicos, drenos, dispositivos de monitorização), através de uma gestão de comunicação e da relação terapêutica, assistindo a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação que atravessam.

Durante este ensino clínico, os motivos mais frequentes para admissão de uma pessoa no pós-operatório de uma cirúrgica na UCIP foram a necessidade de monitorização e otimização da função respiratória e hemodinâmica e a necessidade de VMI prolongada.

Efetivamente, a VMI é uma das intervenções mais comuns num ambiente de cuidados intensivos. Pode ser considerado um tratamento *life saving*, contudo, pode ter associado um conjunto de efeitos colaterais fisiológicos e psicológicos, potencialmente fatais, motivo pelo qual, o enfermeiro especialista assume um papel essencial nos cuidados à pessoa com suporte de função respiratória. Hill (2020) reforça esta ideia ao afirmar que um dos principais objetivos da VMI é providenciar suporte da função vital sem causar danos à pessoa, pelo que, uma base de conhecimentos sólidos sobre os princípios básicos da VMI é fundamental para uma prática de cuidados segura e de qualidade. Por este motivo, uma das estratégias utilizadas, quer para o planeamento dos cuidados, quer para a sua implementação, foi a pesquisa de evidência científica recente e fidedigna, que me permitiu implementar cuidados especializados com uma base de conhecimentos sólida.

Ilustro com uma situação em que, com indicação médica, foi aceite a hipercapnia permissiva como medida de ventilação pulmonar de proteção, devido ao risco elevado de trauma alveolar. A minha intervenção passou pela monitorização da função respiratória e adequação dos parâmetros ventilatórios em colaboração com a equipa médica e de acordo com os objetivos estabelecidos.

Torna-se evidente que este tipo de suporte exige um conjunto de cuidados especializados da equipa multidisciplinar. O enfermeiro assume a responsabilidade, entre outras, de manter a permeabilidade das vias aéreas, assim como o domínio sobre os parâmetros do ventilador, necessários para avaliar a adaptação das pessoas aos mesmos. Neste sentido, durante o cuidado especializado à pessoa a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório, implementei um conjunto de cuidados de modo a otimizar a

ventilação e oxigenação da pessoa com VMI. Assim, após a realização de gasometrias arteriais, interpretava os valores e implementava estratégias que otimizassem a ventilação e oxigenação das pessoas alvo dos meus cuidados. Em colaboração com a equipa médica, proponha alterações de parâmetros tais como, volume corrente, FR, rácio de tempo de inspiração por tempo de expiração e FiO₂ e, com a sua validação, implementava essas medidas e reavaliava-as continuamente. Como parte integrante dos cuidados, após cada posicionamento, monitorizei e adequiei a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O de modo a prevenir complicações por compressão direta da mucosa traqueal, por deslocamento accidental do tubo e por microaspiração. Nos cuidados direcionados à pessoa submetida a VMI, o ventilador é um meio indispensável pelo que, importa manter o seu correto funcionamento. Assim, o seu circuito foi substituído quando visualmente sujo ou danificado e realizado com recurso a técnica asséptica. A monitorização e verificação dos alarmes foi outra intervenção importante no cuidado à PSC a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório. Para Santos et al. (2020) estes alarmes são acionados sempre que os parâmetros limiares são excedidos e isto exige reconhecer esses alarmes, saber as implicações que têm durante a ventilação mecânica e também conseguir resolver o problema, evitando períodos prolongados de ventilação inadequada.

Os cuidados especializados à pessoa a vivenciar complicações respiratórias no pós-operatório exigem uma visão abrangente de todo o período perioperatório. A consulta das informações do período pré-operatório permitiram-me conhecer o contexto clínico da pessoa, assim como, os seus desejos e crenças, abrindo espaço para um cuidado personalizado e individualizado. Já os registos do intraoperatório possibilitaram conhecer o procedimento cirúrgico realizado e a sua duração, anestesia realizada, complicações intraoperatórias, quantidade de sangue perdida, administração de sangue e derivados ou outros fluídos, posicionamento de drenos e quantidade drenada, débito urinário, existência de cateteres epidural e medicação administrada que, consequentemente, me permitiram antecipar focos de instabilidade e implementar medidas preventivas.

Mantendo a metodologia de avaliação da PSC dos ensinamentos clínicos anteriores, a avaliação sistematizada permitiu-me identificar outros focos de atenção e de instabilidade. Destes, particularizo o sistema cardiovascular, onde foi perentória a monitorização de sinais vitais, a avaliação do balanço hídrico, a gestão de protocolos terapêuticos complexos (medicação sedativa, analgésica, vasopressora e fluidoterapia.) Saliento que, numa perspetiva de minimizar ou prevenir as complicações respiratórias nesta fase do

perioperatório, um dos aspetos mais difíceis de gerir foi a otimização do balanço hídrico, intervenção fundamental para evitar a sobrecarga e o edema pulmonar, tal como referem Stirling e Griffiths (2015).

Outra intervenção durante estes cuidados foi a monitorização das perdas sanguíneas pelos drenos e a avaliação do impacto dessas perdas, relacionando com a possibilidade de administração excessiva de cristaloides, que além da sobrecarga descrita anteriormente favorecem a coagulopatia e o desequilíbrio eletrolítico (Stirling & Griffiths, 2015).

Ainda a hipotermia constituiu alvo da minha intervenção. De acordo com Otto (2015), a maioria das pessoas submetidas a anestesia apresenta, em virtude de alterações na termorregulação provocadas pelo efeito anestésico, redução até 20% da produção metabólica de calor. Ressalva, também, que a baixa temperatura das salas operatórias, a infusão de líquidos frios, a perda de sangue, o tempo prolongado de cirurgia, entre outros, são potenciadores de hipotermia e têm repercussões diretas na cicatrização de feridas, no risco de infeções, na coagulopatia e na imunossupressão, fatores contributivos para o desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia.

Além destes cuidados, e considerando que as incisões cirúrgicas constituem fatores contributivos para o desenvolvimento de complicações respiratórias, principalmente quando são realizadas abordagens torácicas e abdominais, a cicatrização das feridas cirúrgicas foi outro foco da minha atenção (Sousa et al., 2020). A minha experiência prática permite-me aferir que as pessoas que apresentam feridas cirúrgicas nas regiões torácicas e abdominais, manifestam receio em sentir dor ou provocar deiscência das feridas na realização de atividades diárias básicas, principalmente, na mobilização, na tosse e na expansão pulmonar, fatores contributivos para o desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório. Por este motivo, Brocki et al. (2010) recordam a importância dos ensinamentos realizados e alertam para a necessidade de encontrar estratégias que promovam a confiança e minimizem este medo. Neste estudo, os autores evidenciam que a utilização de faixas torácicas/abdominais de contenção, além de oferecem conforto à pessoa para a realização das atividades de vida diárias, diminuem as forças de tensão dos bordos da ferida, contribuindo para a sua cicatrização. Mais recentemente, a evidência científica tem revelado a eficácia profilática da utilização da Terapia de Ferida por Pressão Negativa (TFPN), uma estratégia com efeitos benéficos na redução do edema, no aumento da perfusão tecidual e na formação de tecido de granulação (Sandy-Hodgetts et al., 2017). Wells et al. (2019) acrescentam que, a TFPN previne a acumulação de fluidos no espaço morto avascular,

limitando o desenvolvimento bacteriano, reduz a tensão e as forças de cisalhamento dos bordos das feridas e aumenta a drenagem linfática, potenciando a cicatrização e prevenindo complicações associadas. Apesar dos estudos apresentarem resultados positivos na utilização desta última estratégia, na prática é notória a preferência pela utilização das faixas de contenção, em provável relação com a facilidade de utilização e com o mais baixo custo. Contudo, nesta tomada de decisão é importante ponderar, além dos benefícios, as consequências que uma decisão pode acarretar, por exemplo, perante uma instabilidade do esterno, ou risco de deiscência da ferida cirúrgica da região esternal, a utilização da faixa de contenção limita as forças de cisalhamento e de tensão, mas limita também a capacidade de expansão torácica e, consequentemente, as manobras de recrutamento alveolar. Em contrapartida, a utilização da TFPN, além destes benefícios, permite a continuidade de um programa de reabilitação respiratória, essencial para prevenir as complicações respiratórias no pós-operatório. Durante o meu ensino clínico apresentei, embora de forma informal, a temática à enfermeira de referência, havendo espaço para debate relativo à eleição de uma técnica em detrimento de outra com base nos resultados da pesquisa científica que efetuei.

A última etapa da intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório procura reavaliar os cuidados perioperatórios, assumindo um importante indicador de qualidade (Silva et al., 2016). Já em 2014 Xavier et al. referiam que a consulta pós-operatória promove a segurança e acrescenta qualidade aos cuidados de enfermagem.

Para cumprir com o objetivo delineado e recorrendo à metodologia da revisão sistemática de literatura, seguindo o modelo PICO, elaborei uma questão de investigação: *In patients undergoing cardiac surgery or thoracic surgery is there evidence to suggest the nursing postoperative visit is important to understand the quality of care and to detect postoperative complications?*.

A pesquisa que efetuei permitiu-me identificar cerca de dez estudos, num universo de 42, que englobavam os descritores MeSH e que, apesar de não responderem diretamente à questão de investigação formulada, abordavam tópicos importantes para a minha prática clínica. Esta pesquisa pretendia culminar numa revisão sistemática de literatura, que não consegui realizar pela necessidade de priorização de atividades e pelo estudo que o ensino clínico no contexto perioperatório exigiu. Contudo, ofereceu-me bases sólidas para uma PBE.

No BO, este procedimento está também delineado, contudo devido às restrições impostas no período deste estágio a concretização destas consultas foram realizadas a

peçoas submetidas a cirúrgica torácica e cirurgia cardíaca. Representou, numa perspetiva de continuidade, o último contacto com os cuidados perioperatórios e, tal como a AESOP (2006) relembra, este momento, traduziu-se na oportunidade ideal para viabilizar a humanização dos cuidados e, efetivamente, permitiu-me implementar um sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada ao estabelecer contacto com as equipas de enfermagem dos serviços de internamento. Esta abordagem permitiu-me também, compreender de que modo as peçoas e as suas famílias vivenciam este momento de transição.

Ao abordar a consulta pós-operatória, para Silva et al. (2016) é perentório referenciar a dor e estes autores defendem que a sua avaliação é um dos seus objetivos cruciais. Não obstante, existem outros focos de atenção do enfermeiro neste período e aqueles que mais se evidenciam neste âmbito são os relacionados com a função respiratória.

Num verdadeiro continuum de cuidados, a consulta pré-operatória, o acompanhamento intra e pós-operatório e a consulta pós-operatória, forneceram-me dados suficientes para compreender a vivência cirúrgica das peçoas e, conseqüentemente, permitiu-me planear e implementar intervenções personalizadas e individualizadas no cuidado à peçoas com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório.

3.2. Situações de emergência, exceção e catástrofe

Dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro assume o de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (Lei n.º 156/2015, p. 8079).

Considerando que os cuidados à PSC podem “derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a peçoas em risco de vida”, o enfermeiro especialista em EMC é um profissional com competência para dinamizar a resposta perante estas situações, de forma pronta e sistematizada (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). A compreensão da abrangência desta competência implica a definição clara destas situações.

O Regulamento n.º 429/2018 define emergência como resultado de uma

agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida (p. 19362),

exigindo, portanto, uma assistência imediata.

As situações de exceção são ocorrências onde se verifica um “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis”, requerendo a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento n.º 426/2018, p. 19362).

Catástrofe é definida pela Lei n.º 80/2015 relativa à Lei de Bases da Proteção Civil, no seu Artigo 3.º, como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5316).

Neste contexto, a DGS (2010) defende a necessidade de as instituições do SNS possuírem uma resposta de emergência perante qualquer cenário de catástrofe que, pela sua natureza ou extensão, provoque um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes.

De modo a melhor enfrentar estes incidentes, a RAM criou o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM (PREPCRAM), elaborado segundo as diretivas emanadas pela Comissão Nacional de Proteção Civil em articulação com os diversos agentes de proteção civil regionais, sendo sujeito a revisões e a adaptações constantes, contemplando eventuais ocorrências. Efetivamente, a situação geográfica, as características geológicas e climáticas e as atividades socioeconómicas ligadas à indústria ou aos transportes na RAM, condicionam a ocorrência de acidentes graves e potenciais catástrofes que, aliado à nossa insularidade, obrigam à manutenção de um plano rigoroso, robusto e abrangente e em permanente atualização.

Na RAM, o HNM é o único hospital com SU polivalente e centro de trauma, com UCIP e BO, dispondo dos recursos humanos e técnicos mais especializados, sendo a instituição de saúde de “fim-de-linha”, capaz de dar a resposta mais diferenciada em situações extremas fazendo, por isso, parte integrante do PREPCRAM e possuindo o seu próprio Plano de Catástrofe, revisto em 2020.

Quando ativado o PREPCRAM, o SESARAM assume a responsabilidade de “assegurar a prestação dos cuidados de saúde nas unidades do SESARAM (...) com serviço de urgência (...) visando garantir a articulação e complementaridade dos serviços”, de manter a articulação com o Serviço Regional de Proteção Civil, em particular com o Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), prestando-lhe o apoio logístico solicitado e disponibilizando recursos humanos adicionais, se necessário (PREPCRAM, 2020, p. 52).

Durante a minha passagem pelos diferentes contextos da prática clínica, procurei conhecer os planos de emergência adaptados a cada um. Estes são ativados de acordo com a gravidade da situação, por níveis, de forma gradual e sequencialmente em três fases: alerta, alarme e execução. Ao analisar estes planos, discuti com os enfermeiros de referência sobre os sistemas de triagem e, tal como o GPT (2010) já tinha definido, esta é realizada em dois momentos distintos (triagem primária e secundária). De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, no SU existem Kits numerados de um a 50 (urgência de adultos) e de 51 a 100 (urgência pediátrica) com o objetivo de simplificar os processos de identificação e triagem de vítimas.

No desenvolvimento destas competências, a evidência científica destaca a importância da simulação. Os cenários de simulação são ferramentas de ensino complexas e intencionais que requerem uma compreensão das teorias de aprendizagem, experiência prática e momentos de reflexão para maximizar a aprendizagem (Murray et al., 2019). Por isso, Primeau e Benton (2021) acreditam que as práticas de simulação em catástrofe são estratégias eficazes de preparação e aquisição de competências para lidar com estas situações na vida real.

Com este intuito, o curso de MEMC proporcionou cenários de simulação em colaboração com enfermeiros especialistas em EMC experientes em situações de emergência, exceção e catástrofe, que se traduziram numa gratificante partilha de conhecimentos e aquisição de competências. Destaco a familiarização com cenários que simulavam a triagem primária e secundária, a organização das zonas de intervenção (zona de sinistro, de apoio, de concentração e reserva, de receção de reforços) e a preparação e montagem do posto médico avançado.

Na consolidação do conhecimento e das competências diferenciadas à resposta em catástrofe não posso deixar de mencionar o Congresso Nacional de Emergência Pré-Hospitalar 2018, organizado pelo SEMER e pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, onde a catástrofe foi uma das temáticas de relevo e o meu envolvimento como voluntária em simulacro de larga escala “*Mass Rescue Operation*” a bordo de um navio, um momento de elevado interesse e partilha de conhecimento e envolvimento com distintos meios de socorro (terrestres, aéreos e marítimos). De igual modo, quero ainda acrescentar a Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência Pré-Hospitalar, concretizada em 2016 na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, como basilar na formação e preparação para situações de emergência, exceção e catástrofe.

Apesar das simulações, dos cursos e de outras formações nesta área nos oferecem bases sólidas de atuação para situações de catástrofe, não nos prepararam para uma situação de exceção de origem biológica, uma crise de saúde pública, a pandemia COVID-19. A velocidade de instalação da COVID-19 a nível mundial e a incapacidade de os sistemas de saúde responderem oportunamente, desencadearam uma crise sanitária que evidenciou a interdependência entre os processos ambientais, económicos, sociais, culturais e políticos. Os dados estatísticos da plataforma da WHO permitem aferir que, até junho de 2021, a COVID-19 já resultou em mais de 4 000 000 de vidas perdidas e mais de 180 000 000 de casos confirmados. A estes dados, a *United Nation Office for Disaster Risk Reduction* (2021) acrescenta que, os níveis de pobreza extrema voltaram a elevar-se significativamente. Uma realidade que evidencia um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis na comunidade.

Ao longo do ano transato e início deste, Portugal enfrentou diversas situações de alerta, contingência, calamidade e emergência, que exigiram grande capacidade de adaptação e resiliência dos Serviços de Proteção Civil Nacional e regionais e do SNS.

A situação de alerta foi declarada ainda nos primórdios da doença e, tal como está patente na Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006, quando foi reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas da doença. Já a situação de contingência, foi declarada quando foi reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas e medidas especiais de reação, como por exemplo, as diversas diretivas, circulares informativas emanadas pela WHO, *European Centre for Disease Prevention and Control* e também pela DGS, relativas à lavagem e desinfeção das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara e distanciamento social. Finalmente, a situação de calamidade foi assumida quando foi identificada a necessidade de adotar medidas de carácter excecional destinadas a prevenir, reagir e repor a normalidade das condições de vida nas áreas atingidas (Lei n.º 27/2009), culminando em estado de emergência decretado pelo Presidente da República, que contempla privação dos direitos e liberdades, com o objetivo último de preservar a saúde pública.

Em consequência, surgiu o Plano de Contingência para Infecções Emergentes da RAM, coordenado essencialmente pela proteção civil e pelo setor da saúde. A ativação/desativação deste plano depende da avaliação do risco para a saúde pública e “o plano deve estar ativo sempre que a declaração de Situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional seja determinada pela Organização Mundial de Saúde” (p. 6 e 7).

Como resultado deste, e visando a garantia da segurança e proteção das pessoas com necessidade de cuidados de saúde, das suas famílias e dos profissionais de saúde, imprescindíveis para garantir o funcionamento dos serviços, o SESARAM sofreu inúmeras alterações na sua estrutura, organização e dinâmica (SESARAM, 2020b).

Perante o aumento significativo do número de casos de doença COVID-19, procurou-se aumentar a capacidade das instituições. Particularizando o SU, e lembrando que, frequentemente, é a porta de entrada da pessoa para os serviços de saúde, criaram-se novas instalações, assegurando o rastreio a todas as pessoas que a ele acorrem, como garante da segurança de todos os que procuram cuidados de saúde e dos próprios profissionais que os prestam. Além dos pré-fabricados que foram alocados ao SU, foi construída uma nova unidade, nomeadamente, a UCEU como resultado de obras de ampliação deste serviço.

Neste rodopio de mudanças, tive a oportunidade de colaborar na gestão de recursos materiais e meios técnicos, integrando a equipa multidisciplinar. Colaborei na revisão do plano de emergência direcionado à pandemia COVID-19, discutindo os pontos fortes e fracos com o enfermeiro de referência, definindo prioridades de atuação e ainda, sistematizando as ações a desenvolver perante esta situação de emergência salientando, neste caso particular, o planeamento e a formação concretizada (desde o SU ao BO) e que integra uma das medidas do Plano de Contingência.

Na minha passagem pela UCIP, particularizo essencialmente o aumento crescente da necessidade de cuidados intensivos, que exigiu a mobilização de enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC ou com experiência em cuidados intensivos. Apesar de ser uma medida que provoca alguma instabilidade nas equipas, é uma abordagem estratégica pautada no Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença pelo novo coronavírus. Este esclarece que, os “recursos humanos são pilares essenciais na preparação, resposta e recuperação durante qualquer emergência de saúde pública” (p. 47), pelo que, tornou-se importante estimar o número de profissionais, por categoria profissional, necessários para cada nível de alerta e resposta, assim como determinar formas de recrutamento.

Além do árduo e exigente trabalho neste âmbito dos cuidados, foi também um dos locais com necessidade de recorrer à reserva estratégica de medicamentos, dispositivos médicos e outros recursos materiais. Estes medicamentos e dispositivos médicos, tais como ventiladores, foram selecionados pelo risco para a vida humana que a sua escassez pudesse condicionar, uma medida estratégia também prevista no Plano referenciado.

No âmbito do BO, o cenário foi o inverso. Assisti à deslocação de enfermeiros, em especial de enfermeiros especialistas em EMC, para a UCIP como resposta à abordagem estratégica já referenciada. Nesta medida necessária, predominam os princípios da beneficência, justiça e do altruísmo, contudo, perante um BO onde a atividade cirúrgica não cessou ou diminuiu, suscita questões relativas à qualidade e segurança dos cuidados. Importa então relembrar o Regulamento n.º 743/2019 relativo à dotação adequada de enfermeiros que declara que “o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (p. 128).

De forma geral, em qualquer um dos contextos da prática clínica, pude constatar a mesma vulnerabilidade: cansaço, sentimentos de angústia, de ansiedade, de medo, a existência de “uma vida quase paralela” (descrição de uma enfermeira especialista em EMC do BO). Não obstante, a resiliência foi uma das capacidades que mais se evidenciou durante este trajeto.

Na literatura existe uma panóplia de descrições que pretendem definir resiliência. Contudo, durante a pesquisa concretizada, destaco a de Rodin (2017) que define a resiliência como a capacidade de estar preparado para perturbações/disrupções, de recuperar-se de choques e tensões, de adaptar-se e crescer perante uma experiência perturbadora. Mais recentemente, Mann (2020) ao realizar uma resenha histórica do papel dos enfermeiros no decurso de diversas epidemias e/ou pandemias, realça também esta capacidade e acrescenta que é um grupo profissional que está preparado para situações inesperadas e com capacidade de adaptação rápida, colaborando e cooperando com diversas entidades, através de um cuidado pautado por princípios éticos e deontológicos.

Ainda neste âmbito, Mao et al. (2020) acrescentam que um contexto de exceção, tal como esta pandemia, exige dos enfermeiros, e em especial dos enfermeiros especialistas, um conjunto de competências que podem ser agrupadas em oito domínios: preparação e planeamento, que correspondem às ações tomadas para aumentar a prontidão e confiança durante os eventos; comunicação; gestão de incidentes/estrutura de resposta às catástrofes ou emergências; segurança e proteção; avaliação/colheita de dados; intervenção; recuperação/medidas tomadas para facilitar a retoma da normalidade – mitigação; competências legais e éticas.

Finalizando, acredito que este percurso me permite, perante a complexidade destes cenários, cuidar, planear a resposta, gerir e assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

3.3. Prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, constitui a última competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, emanada no Regulamento n.º 429/2018.

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que, nenhum país e, consequentemente, nenhuma unidade de saúde, pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (DGS, 2018). Esta problemática reveste-se de tamanha importância que constitui um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), como mencionado no segundo capítulo deste relatório.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde estava frequentemente associado ao uso maciço e inadequado de antibióticos, promovendo a existência de bactérias resistentes e multirresistentes. Por este motivo, o controlo de infeção e a prevenção de resistências aos antimicrobianos são consideradas “duas faces da mesma moeda”, com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares (Despacho n.º 14000-A/2015, p. 33882-9). Resultado desta simbiose, emerge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este programa surge com o objetivo de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de uma PBE (Despacho n.º 2902/2013). O PPCIRA foi criado em 2013 e é considerado um programa prioritário que objetivava, até 2020, melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, aperfeiçoar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos e ainda, diminuir a resistência aos antimicrobianos (Despacho n.º 2902/2013; Despacho n.º 6401/2016). No sentido de se obter uma ampla abrangência, o

Despacho n.º 15423/2013 determinou a criação de grupos, pelo que, na RAM fundou-se o GCRPPCCIRA.

De modo a reforçar a importância deste programa, o SESARAM apadrinou também o desafio intitulado “Gulbenkian, STOP Infecção Hospitalar!”, uma iniciativa efetuada em parceria com o Ministério da Saúde e com o *Institute of Healthcare Improvement*, que consiste na implementação de um sistema de aprendizagem colaborativa (metodologia *Collaborative Breakthrough*) em articulação com o GCRPPCCIRA, no sentido de reduzir as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter venoso central, reduzir as infeções urinárias associadas ao cateter urinário, reduzir as pneumonias associadas à entubação endotraqueal e reduzir as infeções dos locais cirúrgicos, através da implementação de um modelo que incentive a segurança e a redução das taxas de infeções, prestando às pessoas o cuidado apropriado, oportuno, baseado em evidência, de forma confiável, integrando doentes e familiares na equipa de cuidado (SESARAM, n.d).

Sob a alçada destas orientações, ao longo do ensino clínico norteiei a minha prática pelas normas emanadas pela WHO, pelo *Center for Disease Control and Prevention*, pela DGS e pelo GCRPPCCIRA, nomeadamente, no cumprimento das *bundles*, traduzidas como feixes de intervenções de prevenção de infeção urinária associada ao cateter urinário, de infeção relacionada com cateter venoso central, de infeção de local cirúrgico, de pneumonia associada à entubação. Os feixes de intervenções integram uma nova linguagem e metodologia relativas a um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem uma melhoria exponencial, corroborando o aforisma Aristotélico “O todo é maior que a simples soma das suas partes” (Paiva, 2015). Interiorizando estes feixes, a passagem pelo BO permitiu-me particularizar como foco de atenção, a infeção do local cirúrgico. Esta infeção “relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local de incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese” (DGS, 2015, p. 5), afeta negativamente a qualidade de vida das pessoas, prolonga a hospitalização, representa custos elevados para as instituições de saúde e está associada a um aumento da morbilidade (Mengesha et al., 2020). Para Qvistgaard et al. (2019), a prevenção da infeção do local cirúrgico resulta de um equilíbrio entre todos os envolvidos no período perioperatório. A equipa de saúde é responsável por implementar medidas preventivas, tais como, profilaxia antibiótica, preparação do local cirúrgico, sem esquecer a educação da pessoa durante todo o seu percurso. A Norma n.º 020/2015 da DGS, relativa ao

“feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico, recomenda a implementação, de forma integrada, de cinco intervenções: banho com solução de clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e nas duas horas que a antecedem; administração de profilaxia antibiótica nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica; tricotomia apenas quando necessária e imediatamente antes da intervenção; normotermia; manutenção da glicémia capilar inferior a 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes. As *guidelines* mais recentes, emanadas pela WHO (2018) e pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, sugerem, nas anestésias gerais com intubação orotraqueal, o aumento da fração inspirada de oxigénio durante a cirurgia e após extubação de forma a incrementar o fornecimento de oxigénio aos tecidos e a preparação da pele no intraoperatório com um agente antisséptico de base alcoólica (Berríos-Torres et al., 2017).

No decurso do estágio III, em contexto de BO, tive a oportunidade de implementar estas recomendações. No período pré-operatório destaco os ensinamentos realizados às pessoas sobre a preparação da pele para a cirurgia, no intraoperatório relembro a administração de antibióticos profilaticamente, o aumento da fração inspirada de oxigénio, a realização de tricotomias quando necessário, a manutenção da normotermia e de glicémias capilares e também a aplicação de solução antisséptica antes da incisão cirúrgica. Finalmente, no pós-operatório, saliento os cuidados às feridas cirúrgicas e a potencialização da cicatrização das feridas.

Também ao longo destes ensinamentos clínicos houve sempre a preocupação de cumprir as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Tendo em conta o contexto pandémico atual, os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) encontravam-se sempre à disposição dos profissionais, acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação, sendo de uso único.

Considerando o que a Norma n.º 029/2012 da DGS defende, isto é, “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p. 3), associando à elevada possibilidade de transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, a aplicação das PBCI durante o cuidar especializado à PSC em contexto de urgência, UCIP e BO, foi uma prática nunca descurada, ressaltando que a prática de PBCI e a seleção dos EPIs foram determinados sempre pelo nível de cuidados prestados.

Relembro a situação de uma senhora na sala de emergência que exigiu entubação orotraqueal e, tendo em conta que é considerado um procedimento gerador de aerossóis de elevado risco, a equipa protegeu-se com EPI nível dois, isto é, bata, touca, máscara FFP2, viseira e luvas, conforme é recomendado pela Norma n.º 007/2020 da DGS.

No entanto, as PBCI não se encerram nos EPIs; além destes, são compostas por mais nove itens que se apresentam numa abordagem global, nomeadamente, colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012).

Estas práticas, tal como a Norma n.º 029/2012 da DGS preconiza, destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Devem ser aplicadas a todas as pessoas institucionalizadas independentemente de se conhecer o estado infeccioso das mesmas. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (DGS, p.10). A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes. Todavia, a DGS (2010) salienta que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos, estando, em casos específicos, indicadas medidas adicionais, isto é, precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas).

Outro aspeto intimamente relacionado com o aumento das infeções hospitalares deve-se à estrutura física dos serviços, aos espaços reduzidos, à grande afluência de pessoas que, por exemplo, no SU leva à acomodação de camas em corredores e com distanciamento insuficiente, favorecendo o risco de transmissão cruzada de microrganismos, tal como anteriormente referido.

Perante estas situações, além de gerir os espaços, procurei estar atenta à desinfeção dos equipamentos e da unidade do doente após a sua saída/alta. São diversas as recomendações da DGS e, relativamente ao ambiente do doente, está preconizada a limpeza e descontaminação diária com os produtos utilizados na instituição, particularmente nas superfícies e dispositivos de contacto frequente/objetos de utilização comum, com frequência mínima de uma vez por turno.

Quanto a quartos ou divisões para internamento de pessoas que necessitam de isolamento, constatei que existe apenas um local adequado para esse efeito, tanto no SU como na UCIP. Quando as necessidades ultrapassaram os recursos, seguiu-se as recomendações da DGS (2018), isto é, a alocação de pessoas com um processo infeccioso já instalado, com elevada suscetibilidade, afastado de zonas de passagem, com interposição de cama vazia e com separação física com um biombo ou cortina.

Apesar de todas estas medidas serem aplicadas em qualquer contexto de cuidados, é no cuidado à PSC que mais se destacam pela sua maior suscetibilidade à infeção. Rello et al. (2019), acreditam que as pessoas em situação crítica são particularmente suscetíveis a infeções bacterianas multirresistentes e a WHO (n.d.) evidencia que cerca de 30% das pessoas em contexto de cuidados intensivos são acometidas por infeções nosocomiais. Já em 2012, Sarginson et al. evidenciavam que a PSC reúne um conjunto de fatores que potenciam este risco, nomeadamente, alterações da função de mastigação, deglutição e motilidade intestinal, que promove translocação bacteriana, processo patológico que altera a função exócrina do estômago e a barreira do ácido gástrico, entre outras. Mais recentemente, Oliveira et al. (2019) acrescentam que a necessidade de dispositivos invasivos de suporte e de monitorização constituem portas de entrada de microrganismos que aumentam esta suscetibilidade.

Por tudo isto, as práticas clínicas proporcionaram-me diversas oportunidades de consolidar conhecimentos e implementar medidas de prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

De todos os contextos da prática, quero salientar o estágio concretizado no BO, onde me foi proporcionada a oportunidade de visitar o serviço central de esterilização. Verifiquei que, este contempla diversas áreas: descontaminação, inspeção, preparação e embalagem, preparação de têxteis, esterilização e armazém de têxteis. De igual modo, pude compreender o processo necessário para a correta desinfecção e esterilização de dispositivos médicos, tratamento do equipamento contaminado e respetiva distribuição para os serviços de destino.

Através desta exposição, reconheço a infeção como um dos focos de atenção da minha prática, tendo assim maximizado a intervenção na sua prevenção e controle, perante a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada em tempo útil.

CAPÍTULO IV – UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De modo a compreender o percurso trilhado, nesta fase, torna-se importante retroceder à origem etimológica da palavra que caracteriza este ciclo de estudos, Mestre. Esta provém do latim “*magíster, tri*”, definida como aquele que manda, dirige, ordena, guia, conduz, diretor, inspetor, administrador, o que ensina (Machado, 1995). Mais recentemente, o Dicionário da Língua Portuguesa elucida como “grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado” ou “pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional”, definição que se coaduna com aquela que é apresentada no Decreto-Lei n.º 65/2018.

Considerando que este percurso não poderia ocorrer sem uma base de conhecimentos sólida, adquirida no Curso de Licenciatura em Enfermagem, as unidades curriculares do curso de MEMC permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos particulares nesta área do cuidado. No desenvolvimento destes conhecimentos, não posso deixar de mencionar o meu interesse e a minha participação em alguns cursos (*Advanced Cardiovascular Life Support*; VMNI; Insuficiência Cardíaca) e, mais recentemente, em *webinares* direcionados ao cuidado à PSC, designadamente, “Catástrofe e situações de exceção – do planeamento à ação”, “O papel do enfermeiro gestor em tempo de pandemia”, “Dia Mundial do Coração – olhos que não vêem, coração que não sente”, “Segurança dos Cuidados”, “Via Verde AVC/ Via Verde Coronária”, “A prevenção e controle da infeção relacionada com a cateterização vesical”, “Doente com suporte de vida extracorporal” dinamizados pela OE, “La enfermeira quirúrgica frente al Covid 19” estruturado pela Associação Espanhola de Enfermagem Cirúrgica em colaboração com a AESOP e ainda “Enfermagem em Cuidados Intensivos: cuidar em tempos de pandemia” organizado pela Editora LIDEL. Estes momentos traduziram-se em oportunidades de aprendizagem, de partilha de experiências e reflexões singulares e excecionais para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, Mestre em EMC.

Além desta importante base de conhecimentos, este curso de mestrado, as dificuldades encontradas na prática clínica e a reflexão diária sobre os cuidados de enfermagem, despertaram-me para a importância da investigação e de uma prática sustentada na evidência científica, fundamental para o processo de tomada de decisão no cuidar da pessoa e da sua família. Ao longo dos estágios, foram diversas as situações que impulsionaram a pesquisa da mais recente evidência científica em bases de dados científicas e com recurso ao processo PICO, tal como é possível aferir na narrativa dos capítulos

anteriores. Acredito que a PBE seja uma tendência importante nos cuidados de saúde, intimamente associada à procura constante pela excelência e qualidade dos cuidados.

Parte deste conhecimento e da sua aplicação é mensurada no PAF que consistiu na adequação de um conteúdo formativo específico que traduz uma área temática de cuidados de enfermagem especializados singular. Esta metodologia permitiu-me uma abordagem sistematizada e organizada de forma a alcançar um conjunto de objetivos específicos no trajeto a percorrer.

De igual modo, os planeamentos prévios aos ensinios clínicos ilustram as minhas necessidades de aprendizagem, as estratégias para as colmatar e, nesta fase, a avaliação dos resultados dessa aprendizagem.

No ensino clínico II: cuidados intensivos, enfatizo uma das estratégias delineadas, nomeadamente, a realização do processo de enfermagem fundamentado, que me permitiu avaliar detalhadamente uma PSC, analisar focos de atenção específicos, formular diagnósticos de enfermagem, prescrever e implementar intervenções de enfermagem especializada sensíveis aos cuidados de enfermagem. Na perspetiva de Adamy et al. (2020), o processo de enfermagem é uma metodologia científica necessária para a consolidação da profissão e constituição de uma identidade profissional, com base em conhecimentos estruturados que suportam a prática diária e os processos de tomada de decisão.

Em Portugal, esta metodologia encontra-se legalmente regulamentada no REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, que enfatiza que os cuidados de enfermagem são caracterizados por, entre outros, “utilizarem metodologia científica”, estando as suas etapas descritas no Artigo 5.º (p. 2960). A realização deste processo exige uma interação entre o enfermeiro e a pessoa, família, grupos ou comunidade, o estabelecimento de uma relação de ajuda, uma avaliação exaustiva da pessoa e de todo o seu contexto, o conhecimento dos processos de transição, em particular, dos processos de doença. Contudo, este processo não se encerra nesta fase, implica traduzir os problemas encontrados numa terminologia comum a todos os enfermeiros com recurso à CIPE, formular diagnósticos, delinear e implementar intervenções, avaliar os resultados obtidos e reformular intervenções, objetivando alcançar os resultados desejados que, por sua vez, procuram integrar os projetos de vida das pessoas de quem cuidamos.

Este processo de enfermagem fundamentado foi partilhado e discutido com os educandos e a docente orientadora deste ensino clínico, concorrendo para outra das competências de Mestre. Esta capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e

raciocínios, tal como o Decreto-Lei n.º 65/2018 define como competência a adquirir com o 2º Ciclo de Estudos, foi aprimorada ao longo dos estágios com as formações planeadas e implementadas e culmina com a defesa pública deste trajeto.

O relato das experiências da prática de cuidados revela a complexidade do cuidado à PSC e à sua família. Frequentemente, os enfermeiros especialistas em enfermagem à PSC enfrentam contextos imprevisíveis e, tal como Benner (2001) já referia, exigem respostas imediatas, suportadas pelo julgamento clínico para a tomada de decisões. Nesta particularidade do cuidado, de modo a nortear o pensamento, saliento os aspetos que Benner (2005) já considerava como orientadores e que também direcionaram o meu pensamento: determinação de prioridades; aquisição de conhecimentos e a da sua aplicação prática; capacidade de raciocínio perante a mudança; conhecimento especializado; capacidade de resposta face às alterações da situação da pessoa; capacidade de influenciar uma situação; identificação e resolução de problemas; articulação de princípios éticos com a prática; e a capacidade de se colocar no lugar do outro. As experiências resultantes dos distintos contextos dos ensinos clínicos impulsionaram a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos.

Na procura pela excelência dos cuidados, desenvolvi competências que me permitem uma aprendizagem ao longo da vida. Apesar do findar deste relatório assinalar um momento importante da minha carreira profissional e a sua defesa pública espelhar o alcançar de um sonho, o desenvolvimento de competências, o aprofundamento do conhecimento científico e da capacidade para analisar criticamente e avaliar conceitos novos e da capacidade de comunicar e de promover a evolução dos conhecimentos, não se encerra neste momento e ultrapassa o quotidiano do exercício profissional.

CONCLUSÃO

“Cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório: da urgência aos cuidados intensivos”, uma viagem de transformação pessoal e profissional, um percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências especializadas em enfermagem à PSC, assim como, de Mestre, cuja narrativa crítico-reflexiva alcançou o objetivo proposto.

Enquanto enfermeira, procuro compreender e dar sentido às experiências vividas, tanto das pessoas alvo dos meus cuidados, como também das minhas próprias vivências no sentido de melhorar as práticas e alcançar a excelência dos cuidados. Este curso de MEMC proporcionou-me experiências essenciais que foram analisadas e refletidas criticamente e, partindo deste relato, pude constatar que o meu crescimento não se processou apenas a nível profissional, mas também, a nível pessoal, na medida em que me superei na sucessiva demonstração de competências científicas, técnicas e humanas que me edificam enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista.

A PSC caracteriza-se pela sua vulnerabilidade e fragilidade, pelo que, os cuidados neste contexto são complexos e altamente diferenciados. A componente teórica deste processo de especialização permitiu-me adquirir uma base sólida de conhecimentos, essenciais no cuidado especializado em contexto de urgência, cuidados intensivos e BO.

O ensino clínico desenvolvido nos campos assistenciais referidos, revelou-se uma experiência bastante enriquecedora que, além da componente científica, permitiu-me desenvolver competências técnicas e humanas no cuidado à PSC. Simultaneamente, foram os contextos da prática clínica que fomentaram o interesse por uma PBE e, por sua vez, motivaram a descoberta das bases de dados científicas, designadamente, a EBSCO e a concretização de pesquisas que me ajudaram a responder prontamente à complexidade e exigência daqueles que são os cuidados de qualidade.

A compreensão do processo que a pessoa submetida a uma cirurgia vive, bem como a sua família, permitiu-me enriquecer os conhecimentos e funde-se com as competências especializadas, permitindo-me intervir junto destes de forma consistente. Esta visão global da pessoa submetida a cirurgia, além das paredes do BO, foi movida pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, visão que sustentou a minha prática clínica.

Desde o contexto de urgência ao perioperatório, transpus campos de prestação de cuidados bastante exigentes e motivadores que permitiram o meu crescimento profissional e pessoal e que, apesar de revelar um interesse pessoal por uma temática específica do cuidado, nunca se desviou da trajetória definida para a consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, em particular no cuidado à PSC.

Ao longo destes, pautei o meu desempenho por critérios de rigor e qualidade, no respeito pelos princípios e numa total atenção às pessoas, aos seus projetos de vida e às suas famílias, mesmo em locais onde as condições de trabalho nem sempre são as ideais. Durante estes momentos, consegui, através do meu empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da PSC, como nunca antes havia experienciado e que me permitiram desenvolver a autonomia necessária para prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua, em articulação com as equipas multidisciplinares que acompanhei.

A elaboração deste relatório tornou-se uma mais-valia pela consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas e, por conseguinte, das competências adquiridas. Porém, não pude descrever toda a complexidade inerente aos cuidados e a magnitude do conhecimento patente na conduta diária ao longo dos ensinamentos clínicos, em que foram inúmeros os momentos de aprendizagem no sentido da procura pela excelência do cuidar e onde as palavras nem sempre foram capazes de transmitir as experiências vivenciadas, a forma científica como apliquei os saberes, assim como a totalidade das competências interiorizadas. No entanto, mediante o feedback obtido nas avaliações, considero ter atingido com sucesso a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências especializadas em EMC na área de enfermagem à PSC.

Naturalmente, não posso deixar de mencionar a arduidade implícita neste trajeto. Além da difícil gestão de tempo para articular a componente teórica e a componente prática deste curso de MEMC com a vida profissional e pessoal, aludo à crise pandémica como a maior adversidade. Como consequência, o SRS sofreu diversas reorganizações e assisti à mobilização de equipas e, particularmente, de enfermeiros para áreas de cuidados mais carenciadas, gerando sentimentos de vulnerabilidade, de ansiedade e de medo que não me foram alheios. Esta situação foi também impeditiva de concretizar o Ensino Clínico III nos contextos idealizados por imperativos de segurança e proteção, protelando-os. Estas vicissitudes, apesar de levarem ao esmorecer deste sonho, foram superadas pela capacidade de resiliência e pela acentuada motivação pessoal que considero ter guiado a minha conduta desde o ingresso neste curso. Por isso, apraz-me afirmar que, após esta excelente experiência,

houve indubitavelmente, uma transição marcante de enfermeira de cuidados gerais a futura enfermeira especialista, Mestre em EMC.

Neste momento, após a viagem realizada, considero-me a percorrer o caminho paralelo à perícia na área de prestação de cuidados à PSC em qualquer contexto de cuidados, pois, tal como refere Benner (2001), sou capaz de aperceber-me das situações na sua globalidade, conseguindo organizar, planificar e coordenar os cuidados específicos, determinando prioridades consoante as necessidades identificadas e evitando o aparecimento de riscos acrescidos à PSC e ainda, sou detentora de um perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e especializadas em EMC à PSC e também de Mestre em EMC, definidas em regulamento próprio.

Findo este relatório do mesmo modo que o iniciei, ao afirmar que este não é um momento que encerra com a sua defesa pública. Numa perspetiva futura e na procura permanente pela excelência dos cuidados de enfermagem especializados, pretendo contribuir para o progresso do conhecimento científico através de competências, aptidões e métodos de investigação, da capacidade para analisar criticamente e avaliar conceitos novos, da capacidade de comunicar e de promover a evolução dos conhecimentos e da ciência em Enfermagem, bem como na afirmação da autonomia da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Ågren, S., Strömberg, A., Jaarsma, T. & Luttik, M. (2015). Caregiving tasks and caregiver burden; effects of an psycho-educational intervention in partners of patients with post-operative heart failure. *Heart & lung: the journal of critical care*, 44 (4), 270-275. 10.1016/j.hrtlng.2015.04.003
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2016). *Scope and standards of practice for registered nurses in care coordination and transition management*. United States of America: Author.
- American Association of Nurse Anesthetists. (2019). *Postanesthesia care: practice considerations*. United States of America: Author. [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/professional-practice-manual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf?sfvrsn=677a6ac5_8](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/professional-practice-manual/postanesthesia-care-practice-considerations.pdf?sfvrsn=677a6ac5_8)
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's social policy statement: the essence of the profession* (3^a ed.). Maryland: NursesBooks
- Arakelian, E., Swenne, C., Lindberg, S., Rudolfsson, G. & Vogelsang, A. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (17-18), 2527- 2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Askarian, M., Sherafat, S., Ghodsi, M., Shayan, Z., Palenik, C., Hatam, N. & Enchev, Y. (2020). Prevalence of non-reporting of hospital medical errors in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26 (11), 1339-1346. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.050>

Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Baltieri, L. & Pazzianotto-Fort, M. (2018). Atelectasis in patients undergoing bariatric surgery without any previous pulmonary alterations: comments from the prevalence study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 68 (2), 214 – 215. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.08.003>

Barkell, N. & Snyder, S. (2021). Just culture in healthcare: an integrative review. *Nursing forum*, 56 (1), 103-111. 10.1111/nuf.12525

Barretta, J., Auda, J., Barancelli, M. & Antonioli, D. (2017). Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9 (1), 259 – 264. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264>

Bengtsson, Y., Johansson, A. & Englund, E. (2016). Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: an interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36 (3), 148-154. <https://doi.org/10.1177/2057158516631433>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora

Bergmann, L., Martini, S., Kesselmeier, M., Armbruster, W., Notheisen, T., Adamzik, M. & Eichhol, R. (2016). Phrenic nerve block caused by interscalene brachial plexus block: breathing effects of different sites of injection. *BMC Anesthesiology*, 16 (45), 2-7. <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-016-0218-x>

Berríos-Torres, S., Umscheid, C., Bratzler, D., Leas, B., Stone, E., Kelz, R., Reinke, C., Morgan, S., Solomkin, J., Mazuski, J., Dllinger, P., Itani, K., Berbari, E., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J., Donlan, R., Schechter, W. & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). Centers for

- disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152 (8), 784-791. 10.1001/jamasurg.2017.0904
- Bocskai, T., Loibl, C., Vamos, Z., Woth, G., Molnar, T., Bogar, L., & Lujber, L. (2018). Cost-effectiveness of anesthesia maintained with sevoflurane or propofol with and without additional monitoring: a prospective, randomized controlled trial. *BMC Anesthesiology*, 18 (1), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0563-z>
- Bojesen, R. D., Fitzgerald, P., Munck-Madsen, P., Eriksen, J. R., Kehlet, H. & Gogenur, I. (2019). Hypoxaemia during recovery after surgery for colorectal cancer: a prospective observational study. *Anesthesia*, 74 (8), 1009-1017. <https://doi.org/10.1111/anae.14691>
- Boon, M., Martini, C., & Dahan, A. (2018). Recent advances in neuromuscular block during anesthesia. *F1000Research*, 7 (167), 1-9. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13169.1>
- Boterf, L. G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Boterf, L. G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões* (1ª ed.). Porto: ASA.
- Brocki, B., Thorup, C. & Andreasen, J. (2010). Precautions related to midline sternotomy in cardiac surgery: a review of mechanical stress factors leading to sternal complications. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (2), 77-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.009>
- Broens, S., Boon, M., Martini, C., Niesters, M. Velzen, M., Aarts, L. & Dahan, A. (2019). Reversal of partial neuromuscular block and the ventilatory response to hypoxia: a randomized controlled trial in healthy volunteers. *Anesthesiology*, 131 (3), 467–476. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002711>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professions*. Baltimore: John Hopkins Press.

- Camargo, F., Iwamoto, H., Pereira, G., Souza, R., Garcia, L., Monteiro, D., Cubas, S. & Rosinha, G. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nurse education: integrative review. *REFACS*, 6 (Suppl.1), 279-410. 10.18554/refacs.v6i0.2288
- Cardoso-Moreno, M. J. & Tomás-Aragones, L. (2016). The influence of perceived family support on post surgery recovery. *Psychology, Health & Medicine*, 22 (1), 121-128. 10.1080/13548506.2016.1153680
- Cavayas, Y., Eljaiek, R., Rodrigue, E., Lamarche, Y., Girard, M., Wang, H., Levesque, S. Denault, A. (2019). Preoperative diaphragm function is associated with postoperative pulmonary complications after cardiac surgery. *Critical Care Medicine*, 47 (12), 966 – 975. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004027>.
- Chumbley, G. & Mountford, L. (2010). Patient-controlled analgesia infusion pumps for adults. *Nursing Standard*, 25 (8), 35-40. 10.7748/ns2010.10.25.8.35.c8067
- Comissão das Comunidades Europeias (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*. Bruxelas: Author. <https://dne.cnedu.pt/dmdocuments/Memorando%20sobre%20Aprendizagem%20Longo%20da%20Vida%20pt.pdf>
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: relatório CRRNEU*. Direção-Geral a Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>
- Conley, P. (2019). Certified and advanced degree critical care nurses improve patient outcomes. *Dimensions of critical care nursing*, 38 (2), 108-112. 10.1097/DCC.0000000000000342
- Constituição da República Portuguesa. **Diário da República I Série**. 86 (10-04-1976) 1-97. [Consult. 21 mai. 2021]. Disponível em WWW: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/202105241041/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

- Cook, D. & Simons, D. (2020). *Neuromuscular Blockade*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538301/>
- Correia, M. C. (2003). Mudança na formação inicial em enfermagem. *Nursing*, 182, 10-14.
- Damico, V., Macchi, G., Murano, L. & Forastieri, M. (2020). Incidence of pain at rest and during nursing procedures in IUC patients: a longitudinal observational study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 32 (4), 407-418. 10.7416/ai.2020.2364
- Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93. **Diário da República I Série-B**. 235 (11-10-1994) 6160. [Consult. 25 mar. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/618930>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. **Diário da República I Série**. 57 (09-03-1978) 488-493. [Consult. 24 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/446107>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República I Série-A**. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 20 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República I Série**. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 02 mar. 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República II Série**. 153 (11-08-2014) 20673-20678. [Consult. 09 nov. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). [Consult. 26 mar. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229. (26-11-2013) 34563-34565. [Consult. 22 set. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>

Despacho n.º 19124/2005. **Diário da República** II Série. 169 (02-09-2005) 12834. [Consult. 20 out. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1962401>

Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** II Série. 38. (22-02-2013) 7179-7180. [Consult. 18 nov. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 21 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Despacho n.º 6401/2016. **Diário da República** II Série. 94. (16-05-2016) 15239. [Consult. 20 nov. 2020]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/74443131>

Despacho n.º 8046/2015. **Diário da República** II Série. 141 (22-07-2015) 19698. [Consult. 01 fev. 2019]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/69851015>

Despacho n.º 9639/2018. **Diário da República** II Série. 198 (15-10-2018) 27533. [Consult. 02 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/116654166>

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho*. Loures: Lusociência

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

- Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014a). *Manual acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.). Lisboa: Author. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014b). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Lisboa: Author https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao_-_brochura_-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2016). *Manual de Standards: hospitais* (2ª ed.). Lisboa: Author. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_hospitais_versao_2_me-02-1_051.aspx
- Ellinger, E., Meybohm, P. & Röder, D. (2021). Perioperative Anesthesiologic Management: Risk Assessment and Preoperative Improvement of Patient Conditions. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 56 (3), 159-173. 10.1055/a-1114-4481
- Esteban-Sepúlveda, S., Sesé-Abad, A., Lacueva-Pérez, L., Domingo-Pozo, M., Alonso-Fernandez, S., Aquilue-Ballarín, M., Barcelo-Martinez, A. I., Critobal-Dominguez, E., Bujalance-Hoyos, J., Dossantos-Sanchez, C., Pascual-Pascual, M., Garcia-Arteaga, E., Galisteo-Gimenez, M., Mas-Dalmau, G., Heredia-Reina, M., Roca-Martí, S., Perez-Riart, M., Alnornos-Muñoz, L., Gonzalez-Maria, E. & Fernández-Domínguez, J. C. (2021). Impact of the implementation of best practice guidelines on nurse's evidence-based practice and on nurses' work environment: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77 (1), 448-460. 10.1111/jan.14598
- Esteves, S., Roxo, A., Resendes, H., Pereira, L., Fernandes, N., Borges, S., Pereira, S., Albuquerque, S., Caramelo, S., Vargas, S & Carlos, T. (2018). Recomendações Portuguesas para a Gestão do Bloqueio Neuromuscular: 2017. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27 (1), 4 – 29. <https://doi.org/10.25751/rspa.14810>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Browser: Infographics, posters and leaflets about COVID-19*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/facts/infographics>

European Medicines Agency. (n.d.). *Medication errors*. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medication-errors>

European Medicines Agency. (n.d.). *Resumo das características do medicamento*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bridion-epar-product-information_pt.pdf

Fernandes, I. M. R. (2012). *Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Froh, E., Flood, E., Lavenberg, J., Lebet, R., Lisanti, A., Spatz, D. & McCabe, M. (2021). Evidence in Hand: optimizing the unique skill set of a hospital-based center for nursing research and evidence-based practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 60-63. 10.1016/j.pedn.2020.09.011

Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Acta Medica*, 61 (1), 1-7. 10.33160/yam.2018.03.001

Fukuda, T., Sakurai, H. & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PloS One*, 15 (2), e0228458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>

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

Gracia, J. E., Serrano, R. B. & Garrido, J. F. (2019). Medication errors and drug Knowledge gaps among critical-care nurses: a mixed multi-method study. *BMC Health Services Research*, 19 (640), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4481-7>

- Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios: relatório final*. http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no serviço de urgência: Manual do formando*. Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Grupo Português de Triage. (n.d.). *História do GPT*. http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=108
- Halász, B., Grešš, B., Bérešová, A., Tkáčová, L. Magurová, D. & Lizáková, L. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards prevention of pressure ulcers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 2-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041705>
- Happ, M. B. (2021). Given voice: nurse-patient communication in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 30 (4), 256-265. 10.4037/ajcc2021666
- Hayes, K. & Gordon, D. (2015). Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *Journal Association of Perioperative Registered Nurses*, 101 (3), 327-337. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.11.019>
- Hill, B. (2020). Principles of mechanical ventilation for non-critical care nurses. *British Journal Nursing*, 29 (8), 470-475. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.470>
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L. & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (11), 2909-2920. 10.1111/jan.14524
- Hsieh, P. & Chen, S. (2020). Effectiveness of an Evidence-Based Practice Educational Intervention among School Nurses. *International Journal of Environmental Research and public health*, 17 (11), 1660-4601. 10.3390/ijerph17114063

- Hylén, M., Akerman, E., Idvall, E. & Alm-Roijer. (2020). Patient's experiences of pain in the intensive care: the delicate balance of control. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (10), 2660-2669. 10.1111/jan.14503
- International Council of Nurses. (2019). *Browser para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2021). *Nursing definitions*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Inukai, K., Usui, A., Amano, K., Kayata, H., Mukai, N., Tsunetoshi, N. & Nakata, Y. (2020). Perioperative factors associated with respiratory complications following open abdomen. *Respiratory Care*, 65 (11), 1663 – 1667. <https://doi.org/10.4187/respcare.07657>
- Jensen, H., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I. & Lind, R. (2020). Practice recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 40 (3), 14-22. <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, 26 – 44.
- Johnstone, J. (2020). How to provide preoperative care to patients. *Nursing Standard*, 35 (12), 72-76. 10.7748/ns.2020.e11657
- Kiekkas, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Konstantinou, E. & Aretha, D. (2014). Residual neuromuscular blockade and postoperative critical respiratory events: literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (21-22), 3025 – 3035. <https://doi.org/10.1111/jocn.12508>
- Kisorio, L. & Langley, G. (2019). Critical ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing Critical Care*, 24 (6), 392-398. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>

- Krishnasamy, S., Sahid, S. M., Hashim, S. A., Singh, S., Chung, F., Mokhtar, R. A. R. & Yin, W. C. (2019). Obstructive sleep apnoea and open heart surgery: a review of its incidence and impact to patients. *Journal of Thoracic Disease*, 11 (12), 5453 – 5462. <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2019.11.44>
- Kuniavsky, M., Vilenchik, E. & Lubanetz, A. (2020). Under (less) pressure - Facial pressure ulcer development in ventilated ICU patients: a prospective comparative study comparing two types of endotracheal tube fixations. *Intensive & critical care nursing*, 58 (1), 102804. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102804>
- Lakanmaa, R., Souminen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. *BioMed research international*, 2015, 536724. <https://doi.org/10.1155/2015/536724>
- Laupland, K. & Coyer, F. (2020). Physician and nurse research in multidisciplinary intensive care units. *American journal of critical care*, 29 (6), 450-457. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020136>
- Lei n.º 12/93. **Diário da República** I-Série. 94 (22-04-1993) 1961-1963. [Consult. 15 abr. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/692651>
- Lei n.º 15/2014. **Diário da República** I-Série. 57 (21-03-2014) 2127-2131. [Consult. 10 abr. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I-Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 01 mar. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º 27/2006. **Diário da República** I-Série. 126 (03-07-2006) 1-19. [Consult. 20 mai. 2020]. Disponível em WWW: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69738106/202107140402/69973183/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I-Série. 149. (03-08-2015) 5311-4326. [Consult. 3 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>

Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 02 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>

Lemone, P. & Burke, K. (2009). *Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente* (4ª ed.) (Vol. 1). Madrid: Pearson Educación

Levinson, A. & Levis, M. (2020). Protocols, policies and procedures: tools for quality improvement in critical care. In J., Hidalgo, J., Pérez-Fernández & G., Rodríguez-Vega (Eds.). *Critical Care Administration: a comprehensive clinical guide*. (pp. 127-136). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33808->

Lewis, M., Kohtz, C., Emmerling, S., Fisher, M. & Mcgarvey, J. (2018). Pain control and nonpharmacologic interventions. *Nursing*, 48 (9), 65-68. 10.1097/01.NURSE.0000544231.59222.ab

Liyew, B., Tilahun, A. & Kassew, T. (2021). Practices and barriers towards physical assessment among nurses working in intensive care units: multicenter crosssectional study. *BioMed Research International*, 2021 (5524676), 1-12. 10.1155/2021/5524676

Lockstone, J., Parry, S., Denehy, L., Robertson, I., Story, D., Parker, S. & Boden, I. (2020). Physiotherapist administered non-invasive ventilation to reduce postoperative pulmonary complications in high-risk patients following elective upper abdominal surgery: a before-and-after cohort implementation study. *Physiotherapy*, 106 (1), 77-86. 10.1016/j.physio.2018.12.003

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau

Lucchini, A., Felppis, C., Elli, S. & Bambi, S. (2019). The burden of not-weighted factors in nursing workload: Can Nursing Activities Score be more suitable than TISS 28 and NEMS?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 82-83. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.002>

Macedo, A. P. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. In V Congresso Português de Sociologia, Braga.

- Machado, J. (1995). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (7ª ed.) (Vol. 2). Lisboa: Livros Horizonte.
- Mackway-Jones, K., Mardsen, J. & Windle, J. (2014). *Emergency Triage: manchester triage group* (3ª ed.). England: Blackwell Publishing
- Mann, B. (2020). What does history tell us about nurses' roles in disasters?. *Windows in time*, 28 (1), 2-5. <https://www.nursing.virginia.edu/media/windowsintime2020spring.pdf>
- Mao, X., Yang, Q., Li, X., Chen, X., Guo, C., Wen, X. & Loke, A. (2020). An illumination of the ICN's core competencies in disaster nursing version 2.0: advanced nursing response to COVID-19 outbreak in China. *Journal of Nursing Management*, 29 (3), 412-420. <https://doi.org/10.1111/jonm.13195>
- Maran-Marks, D. & Rose, P. (1997). *Reconstructing nursing beyond art and science*. Philadelphia: Baillière Tindall.
- Marini, J. & Dries, D. (2019). *Critical care medicine: the essentials and more* (5ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- McAndrew, N., Mark, L. & Butler, M. (2020). Timely family feedback to guide family engagement in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 40 (6), 42-51. <https://doi.org/10.4037/ccn2020644>
- McDonald, L. (2013). Florence Nightingale and Mary Seacole on nursing and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (6), 1436–1444. 10.1111/jan.12291
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. Porto: Editorial Novembro
- Mengesha, A., Tewfik, N., Argaw, Z., Beletew, B. & Wudu, M. (2020) Practice of and associated factors regarding prevention of surgical site infection among nurses working in the surgical units of public hospitals in Addis Ababa city, Ethiopia: A

cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15 (4), 1-12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231270>

Metsämuuronen, R., Kokki, H., Naaranlahti, T., Kurttila, M. & Heikkilä, R. (2020). Nurses' perceptions of automated dispensing cabinets – an observational study and an online survey. *BMC Nursing*, 19 (27), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00420-2>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde - **Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: cirurgia segura salva vidas**. 2010. Disponível em WWW:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde - **Norma n.º 001/2017**. 2017. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde - **Norma n.º 014/2015**. 2015. Disponível em WWW: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde - **Norma n.º 18/2016**. 2016. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde - **Orientação n.º 014/2015**. 2015. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Circular Normativa n.º 09/DGCG**. 2003. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO**. 2010. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da->

dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**. 2010. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-lista-de-verificacao.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 002/2018**. 2018. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 007/2020**. 2020. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 015/2013**. 2015. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 015/2017**. 2017. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 020/2014**. 2014. Disponível em WWW: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-lasapdf-pdf.aspx

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 020/2015**. 2015. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 029/2012**. 2012. Disponível em WWW: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Orientação n.º 007/2010**. 2010. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. 2001. Disponível em WWW: https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020**. 2015. Disponível em WWW: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor**. 2017. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação: medicina intensiva*. Lisboa: Author. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Author.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Unidade de Instalações e Equipamentos e Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Especificações Técnicas para Instalações de AVAC: ET 06/2008*. Lisboa: Author. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Especificacoes_Tecnicas_06_2008.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos e a Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório: RT 05/2011*. Lisboa: Author. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- Ministry of Health Region of Madrid (2017). *Humanization in intensive care units*. Madrid: Author
- Miskovic, A. & Lumb, A. B. (2017). Postoperative pulmonary complications. *British Journal of Anaesthesia*, 118 (3), 317 – 334. <https://doi.org/10.1093/bja/aex002>
- Mota, M., Cunha, M., Reis Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma. *JBIS Database of systematic reviews and Implementation Reports*, 17 (12), 2483-2490. 10.11124/JBISRIR-2017-004036
- Mourão, J., Pereira, L., Alves, C., Andrade, N., Cadilha, S. & Perdigão, L. (2018). Indicadores de segurança e qualidade em anestesiologia. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27 (2), 23 – 26.
- Murray, B., Judge, D., Morris, T. & Opsahl, A. (2019). Interprofessional education: a disaster response simulation activity for military medics, nursing, & paramedic science students. *Nurse Education in Practice*, 39, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.004>
- Neto, M. (2016). Satisfação profissional versus metodologia de trabalho: perceção dos enfermeiros numa USF (Projeto de Graduação). Universidade de Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.

- Nunes, L. (2006). *Justiça, poder, responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, M., Gomes, R., Costa, A., Dázio, E., Lima, R. & Fava, S. (2019). Infections related to Health assistance under the view of nursing in adult intensive care. *Ciência, cuidado e saúde*, 18 (4), 2-8, 10.4025/cienccuidsaude.v18i4.46091
- Olsen, B., Valeberg, B., Jacobsen, M., Småstuen, M., Puntillo, K. & Rustøen, T. (2020). Pain in intensive care units: a longitudinal study. *Nursing Open*, 8 (1), 224-231. <https://doi.org/10.1002/nop2.621>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. Lisboa: Author.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Author.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.
- Otto, K. (2015). Therapeutic hypothermia applicable to cardiac surgery. *Anesthesia and analgesia*, 42 (6), 559 – 569. <https://doi.org/10.1111/vaa.12299>
- Paiva, J. A. (2015). *Bundles: a new language and a new methodology*. In I Jornadas do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Lisboa. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo->

de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/eventos/i-jornadas-ppcira-2015/2015.aspx

- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare Eletronic Journal*, 20 (1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pereira, S. B. (2018). *O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados* (Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre em Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/56156>.
- Peres, M. A. A., Aperibense, P. G. G. S., Dios-Aguado, M. M., Gómez-Cantarino, S. & Queirós, J. P. (2021). The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of Knowledge [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
- Pestana, C. B. (Coord.). (2020). *Guia orientador do estágio e relatório*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
- Plutínská, Z. & Plevová, I. (2019). Measures to prevent medication errors in intensive care units. *Central European Journal Nursing and Midwifery*, 10 (2), 1050-1067. 10.15452/CEJNM.2019.10.0014
- Pol-Castañeda, S., Rodríguez-Calero, M., Zaforteza-Lallemand, C., Villafáfila.Gomila, C., Blanco.Mavillard, I., Ferrer-Cruz, F. & Pedro-Gómez, J. (2020). Moving evidence into practice by advanced practice nurses in the hospitalization wards: protocol for a multicentre quasi-experimental study in three hospitals in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10), 1660-4601. 10.3390/ijerph17103473
- Porto Editora. *Infopédia*. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mestre>
- Pratas, A. (2017). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no serviço de urgência* (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,

Coimbra.

<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=58528&code=432>

Primeau, M. S. & Benton, A. M. (2021). Multilevel disaster simulation in nursing: lessons learned in undergraduate and nurse practitioner student collaboration. *Nursing Education Perspectives*, 42 (3), 188-189. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000602>

Queijo, A., & Padilha, K. (2009). Nursing activities score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language [Special issue]. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43, 1018–1025. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>

Qvistgaard, M., Lovebo, J. & Almerud-Österberg, S. (2019). Intraoperative prevention of Surgical Site Infections as experienced by operating room nurses. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 14 (1). 10.1080/17482631.2019.1632109

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. Serviço Regional de Proteção Civil – **Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira**. 2020. Disponível em WWW: https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM2019_v6_150620_CPublica.pdf

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. Instituto de Administração da Saúde - **Plano de Contingência para as Infecções Emergentes: COVID-19 (Versão 2.0)**. 2020. Acessível no Instituto de Administração da Saúde, Funchal, Portugal.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 13 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243. [Consult. 13 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

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

[Consult. 13 mai. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155.

[Consult. 31 mai. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487.

[Consult. 02 jun. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Rello, J., Eshwara, V., Conway-Morris, A., Lagunes, L., Alves, J., Alp, E., Zhang, Z., Mer, M. & TOTEM Study Investigators. (2019). Perceived differences between intensivists and infectious diseases consultants facing antimicrobial resistance: a global cross-sectional survey. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 38, 1235-1240. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03530-1>

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I-A Série. 2 (03-01-2001) 14-36. [Consult. 21 mai. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/235128>

Ribeiro, O., Martins, M. & Trochin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Referência*, (14), 89-100.
<https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rodin, J. (2017). *The resilience dividend: Being strong in a world where things go wrong*. United States: Public Affairs.

Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: adaptação e validação da escala Jefferson* (Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Rodriguez-Almagro, J., Palomino, M., Sepulveda, E., Rogriguez-Barbero, M., Fernandez, F., Barrera, V. & Hernandez-Martinez, A. (2019). Experience of care through

- patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33 (4), 912-920. 10.1111/scs.12689
- Roshdy, A. (2019). Admission to the intensive care unit: the need to study complexity and solutions. *Annals of Intensive Care*, 9 (14), 1-2. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0494-y>
- Sandvik, R., Olsen, B., Rygh, L. & Moi, A. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (9-10), 1488-1498. 10.1111/jocn.15194
- Sandy-Hodgetts, K., Leslie, G., Parsons, R., Zeps, N. & Carville, K. (2017). Prevention of postsurgical wound dehiscence after abdominal surgery with NPWT: a multicentre randomised controlled trial protocol. *Journal of wound care*, 26 (2), S23-S26. 10.12968/jowc.2017.26.Sup2.S23
- Sanson, G., Lobefalo, A. & Fasci, A. (2021). “Love can’t be taken to the hospital. If it were possible, it would be better”: patients’ experiences of being cared for in an intensive care unit. *Qualitative Health Research*, 31 (4), 736-753. 10.1177/1049732320982276
- Santer, P., Zheng, S., Hammer, M., Nabel, S., Pannu, A., Li, Y., Ramachandran, S. K., Melo, M. F. V. & Eikermann, M. (2020). Ventilatory frequency during intraoperative mechanical ventilation and postoperative pulmonary complications: a hospital registry study. *British Journal of Anaesthesia*, 125 (1), 130 – 139. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.02.018>
- Santo, I. M. B., Fontes, F. L. L., Santo, P. M. E., Santos, A. O., Oliveira, E. P., Velozo, S. A. M. N., Silva, B. L., Oliveira, I. I., Santos, B. L., Fernandes, W. B., Sousa, J. F., Silva, L. S., Nascimento, R. S., Júnior, A. M. & Carvalho, L. L. S. (2019). Relevant aspects of the preoperative nursing visit: benefits for the patient and care. *Electronic Journal Collection Health*, (Suppl. 25), 1 – 6. <https://doi.org/10.25248/reas.e559.2019>

- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Santos, P., Rocha, F., Sampaio, C. (2019). Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gáucha de Enfermagem*, (Supl. 40), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
- Sarginson, R., Taylor, M. & Van Saene, H. (2012). Essentials in clinical microbiology. In H., Van Saene, L., Silvestri, A., Cal & A., Gullo (Eds.). *Infection control in the intensive care unit* (3ªed.) (pp. 17-28). New York: Springer.
- Schwab, K., Simon, W., Yamamoto, M., Dermenchyan, A., Xu, X., Kao, Y., Zider, A., Shaikh, F., Garber, B., Lee, E., Anklesaria, Z., Nelson, S., Ramsey, A. & Neville, T. (2021). Rapid mortality review in the intensive care unit: an in-person, multidisciplinary improvement initiative. *American journal of critical care*, 30 (2), e32-e38. 10.4037/ajcc2021829
- Serap, G. & Gursel, O. (2021). Effects of noise on vital signs and anxiety levels of patients hospitalized in the general surgery intensive care unit. *International Journal of Caring Sciences*, 14 (1), 79 – 87.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_gungor_original_14_1.pdf
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Referência*, (3), 15 – 23. 10.12707/RIII1019
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - **Circular Informativa n.º 1**. 2020a. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - **Circular Informativa n.º 2**. 2020b. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira - **Regulamento do serviço de urgência.**

2011. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Procedimento n.º 018.** 2016.

Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Procedimento n.º 019.** 2016.

Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Procedimento n.º 023.** 2018.

Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021a). *Movimento assistencial cuidados hospitalares: ano 2019 vs ano 2020.*

https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=294

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021b). *Serviço de Medicina Intensiva.*

<https://www.sesaram.pt/smi/>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021c). *Infosaúde: prevenção de quedas.*

https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=290

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d). *STOP Infecção Hospitalar! Um desafio* Gulbenkian. SESARAM.

https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25:stop-infeccao-hospitalar&catid=9:geral&Itemid=187

Shastri, P., & Yaddanapudi, L. (2020). General Issues in Perioperative Care. In R., Chawla & S., Todi (Eds). *IUC protocols* (2^a ed.) (pp. 217-223). Springer

<https://doi.org/10.1007/978-981-15-0902-5>

Shibily, F., Aljohani, N., Aljefri, Y., Almutairi, A., Almutairi, W., Alhallafi, M., Alsharif, F., Almutairi, W., Badr, H., Gray, R. & Kirshbaum, M. (2021). The perceptions of nurses and nursing students regarding family involvement in the care of

- hospitalized adult patients. *Nursing Reports*, 11 (1), 133-142.
10.3390/nursrep11010013
- Silva, R., Martins, M. & Jardim, H. (2016). Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care. *Journal of perioperative practice*, 26 (6), 145-147.
10.1177/175045891602600604
- Simões, J. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Author.
- Sousa, G., Pascoal, L., Nunes, S., Neto, P., Santos, F., Neto, M., & Ferreira, A. (2020). Nursing outcome “airway permeability” in postoperative patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0355>
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Referência*, (21), 151 – 158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Stirling, S. & Griffiths, M. (2015). Respiratory intensive care. In C. M. H., Gómez (Ed.). *Clinical intensive care medicine* (Vol. 1) (pp. 551-593). London: Imperial College Press
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: revisão integrativa de literatura. *Enfermagem Referência*, (10), 135 – 142.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Trindade, T., Picanço, C., Vieira, S. & Batalha, E. (2019). Segurança do paciente em unidade de terapia invasiva: uso de pulseira de identificação. *Enfermagem Brasil*, 18 (2), 225-233. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2309>

- United Nation Office for Disaster Risk Reduction (2021). *2020 the non-COVID year in disasters: global trends and perspectives*. <https://www.undrr.org/publication/2020-non-covid-year-disasters>
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2009). *UNISDR terminology on disaster risk reduction*. Geneva: Author.
- Vieira, M. (2004). Solidariedade e responsabilidade. In M., Neves & S., Pacheco (Eds.) *Para uma ética de enfermagem* (pp. 301-302). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Porto.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/Susana+Maria+da+Cunha+Vieira.pdf>
- Wang, X., He, M. & Feng, Y. (2020). Handover patterns in the PACU: a review of the literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36 (2), 136-141.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>
- Wells, C., Ratnayake, C., Perrin, J., Pandanaboyana, S. (2019). Prophylactic negative pressure wound therapy in closed abdominal incisions: a meta-analysis of randomised controlled trials. *World Journal of Surgery*, 43, 2779-278.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00268-019-05116-6>
- Wilton, A. (2017). *Respiratory management education for the post anesthesia care unit registered nurse* (Dissertation for the degree of Doctor of Nursing Practice). University of Arizona, Arizona.
- World Health Organization. (2016). *Medications errors: technical series on safer primary care*. Geneva: Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252274>
- World Health Organization. (2017). *Health emergency and disaster risk management: overview*. <https://www.who.int/publications/m/item/health-emergency-and-disaster-risk-management-overview>

- World Health Organization. (2017). *Medication without harm: WHO global patient safety challenge*. Geneva: Author. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2^a ed.). Geneva: Author. <https://www.who.int/publications/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>
- World Health Organization. (2019). *Medications safety in high-risk situations*. Geneva: Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>
- World Health Organization. (2020). *WHO COVID-19 Dashbord*. Geneva: Author. <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (n.d.) *Healt care-associated infections FACT SHEET*. https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf
- Xavier, T., Silva, M. & Frias, T. (2014). A visita pós-operatória como estratégia de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem no transoperatório. *Journal of research fundamental care online*, 6 (3), 1139-1151. 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1139
- Zhou, J., Dan, Y., Yixian, Y., Lyu, M., Zhong, J., Wang, Z., Zhu, Y., Liu, L. (2020). Efficacy of Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation in Postoperative Analgesia After Pulmonary Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99 (3), 241-249. 10.1097/PHM.0000000000001312
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Diaz, M., Maestro-Gonzalez, A. & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. *Pain Management Nursing*, 21 (6), 510-515. 10.1016/j.pmn.2020.03.009

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DA EEIH

Parâmetros	Alterações
Via aérea	Permeabilidade ameaçada/ compromisso da via aérea
Respiração	Paragem respiratória FR inferior a 6 ou superior a 35 ciclos por minuto Saturação periférica de oxigénio inferior a 85% com oxigénio suplementar
Circulação	PCR FC inferior a 40 ou superior a 140 batimentos por minuto Pressão Arterial Sistólica inferior a 90 mmHg
Neurológico	Perda súbita da consciência Alteração súbita da consciência com diminuição do score da Escala de Coma de Glasgow superior a dois pontos Crise convulsiva prolongada ou repetida.

Fonte: adaptado da Circular Normativa n.º 15/DGS/DQCO da DGS, 2010.

APÊNDICE B – PLANEAMENTO DAS FORMAÇÕES

Formação	Suporte Avançado de Vida: que realidade?			Destinatários: Enfermeiros do SU e UCIP do HNM
Sessão n.º: 1, SU Data: 23/10/2020	Sessão n.º 2, UCIP Data: 25/11/2020	Tema: Suporte Avançado de Vida		Duração: 30 minutos
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a segurança como uma prioridade na abordagem à pessoa em situação de urgência/emergência;• Conhecer as manobras de ressuscitação cardiopulmonar geradoras de aerossóis e de elevado risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2;• Conhecer as novas recomendações na abordagem da pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória com suspeita ou confirmação de COVID-19;			

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS/MÉTODOS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Saudação inicial e apresentação; • Exposição do tema e enquadramento; • Objetivos gerais; • Tópicos da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado e puro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades de segurança; • Algoritmo de SAV adaptado à COVID-19; • Abordagem da via área na vítima de PCR com suspeita ou confirmação de COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia; • Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da formação; • Esclarecimento de dúvidas; • Encerramento da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	5 minutos

Formação	A pessoa a ser submetida a cirurgia com confirmação de COVID-19			Destinatários: Enfermeiros do BO
Sessão n.º: 1		Data: 19/02/2021	Tema: Abordagem da via aérea	Duração: 30 minutos
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a segurança como uma prioridade na abordagem à pessoa com confirmação de COVID-19;• Conhecer as manobras geradoras de aerossóis e de elevado risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2;• Conhecer as novas recomendações na abordagem da via aérea pessoa submetida a cirurgia com confirmação de COVID-19;			

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS/MÉTODOS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AValiação	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Saudação inicial e apresentação; • Exposição do tema e enquadramento; • Objetivos gerais; • Tópicos da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado e puro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades de segurança; • Abordagem cirúrgica; • Abordagem da via aérea à pessoa submetida a cirurgia com confirmação de COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia; • Colunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da formação; • Esclarecimento de dúvidas; • Encerramento da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo dialogado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor multimédia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos enfermeiros; • Discussão 	5 minutos

APÊNDICE C – CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL

Condições prévias

- Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- Ausência de respiração espontânea;
- Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, de alterações endócrinas e metabólicas, de agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas anteriormente.

Regras de semiologia	<ol style="list-style-type: none">1. O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:<ul style="list-style-type: none">• Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;• Reflexos oculocefálicos;• Reflexos oculovestibulares;• Reflexos corneopalpebrais.• Reflexo faríngeo.2. Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea
---------------------------------	---

Fonte: adaptado da Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12.º da Lei n.º 12/93.

APÊNDICE D – OBJETIVOS BÁSICOS PARA UMA CIRURGIA SEGURA

1. Operar o doente certo, no local certo
2. Usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo a pessoa da dor
3. Identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória
4. Identificar os sinais/sintomas e estar preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue
5. Evitar a indução de uma reação alérgica ou de reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquela pessoa
6. Utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico
7. Impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas
8. Acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas
9. Comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados

Fonte: adaptado do Manual "Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS", publicado pela DGS 2010

APÊNDICE E – RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS MEDICAMENTOSAS DO SUGAMADEx

Indicações terapêuticas	Reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio ou pelo vecurónio em adultos.
Mecanismo de ação	Sugamadex é uma gama ciclodextrina modificada que no plasma forma um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares rocurónio ou vecurónio, reduzindo a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular e, consequentemente, resultando na reversão do bloqueio neuromuscular induzido por estes fármacos.
Modo de administração	Deverá ser administrado intravenosamente em bólus único, em cerca de 10 segundos.
Advertências e precauções especiais de utilização	<ul style="list-style-type: none">• Monitorização da função respiratória durante a recuperação;• Recorrência de bloqueio neuromuscular;• Efeito na hemóstase (prolongamento do tempo de tromboplastina parcial ativada);• Compromisso renal;• Bradicardia acentuada.

Fonte: adaptado do Folheto Informativo publicado pela *European Medicine Agency*, n.d.

