



POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
7º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio

Desenvolvimento de competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Mónica dos Santos Silva

Relatório de Estágio orientado pela Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, outubro de 2020

POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
7º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio

Desenvolvimento de competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Mónica dos Santos Silva

n.º 5180013

Unidade Curricular Anual: Relatório de Estágio
Professora Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, outubro de 2020

O que somos é consequência do que pensamos.

Buda

AGRADECIMENTOS

A realização desta etapa não teria sido possível de alcançar sem a colaboração, auxílio, carinho e dedicação das pessoas envolvidas no meu caminho e às quais estou eternamente grata.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, orientadora deste relatório, pelo incentivo, clareza, rigor e disponibilidade demonstrada ao longo da elaboração deste trabalho.

Aos Enfermeiros Orientadores pela paciência e oportunidades de aprendizagem concedidas ao longo da realização dos Ensinos Clínicos e a todos aqueles que se cruzaram comigo durante esta fase de crescimento pessoal e profissional.

Às minhas amigas Ana Abreu e Patrícia Canôa que estiveram sempre ao meu lado nesta fase, pelo companheirismo, força e apoio nos momentos em que tudo parece correr mal. Obrigada por me ajudarem a encontrar o trilho novamente.

Aos meus pais e à minha sogra que estão sempre lá para mim, dando suporte nas minhas ausências.

Ao meu marido, muito importante na minha vida porque “puxa” por mim, motiva-me a ser melhor e mostra o melhor de mim, incentivando-me a progredir na minha vida pessoal e profissional e por ser um pai exemplar.

À Beatriz porque aprendi a ter forças quando me sentia fraca, aprendi a amar alguém mais que a mim mesma e aprendi o valor que a vida tem. Tudo se tornou simples, verdadeiro e intenso, contudo nem todos os momentos são fáceis. Desculpa as ausências e as horas passadas em frente ao computador.

E por fim aos meus doentes, são eles que incentivam a ser cada vez melhor e a procurar a melhor evidência científica para prestar cuidados de enfermagem de qualidade. O melhor presente é o sorriso e a recuperação dos que cuidamos, é para isso que trabalho e me dedico, contudo quando tal não acontece tento manter a dignidade da pessoa que cuido até ao fim!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central de Sistemas de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EPE – Entidade Pública Empresarial

EVA – Escala Visual Analógica

HDS – Hospital Distrital de Santarém

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JCI – *Joint Commission International*

mg/dl – miligramas por decilitro

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PPCIRA – Programa de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

TISS – Therapeutic Intervention Score System

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UHICV – Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I	
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	15
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	37
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
PARTE II	
EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SÍNDROME PÓS INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	65
REFLEXÃO FINAL SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama conceptual do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos	68
Figura 2: Diagrama Prisma	74

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de seleção e inclusão de acordo com a estratégia PICOD..... 72

Quadro 2: Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos..... 77

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com o intuito de relatar e evidenciar através de uma análise reflexiva as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O relatório é referente aos ensinamentos clínicos concretizados no âmbito do mestrado, realizados no Serviço de Urgência Médica Cirúrgica, na Unidade de Cuidados Intensivos e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.

O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) integra um conjunto de disfunções físicas, cognitivas e mentais que permanecem após o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos. Neste sentido foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção do SPICI. Foram incluídos cinco estudos que sustentam a eficácia das intervenções na prevenção do SPICI fazendo referência ao *bundle* ABCDE que integra: coordenação do despertar usando sedação leve ou mínima; testes de respiração espontânea; coordenação entre sedação e respiração; prevenção, avaliação e gestão do delírio; e mobilidade precoce/exercícios físico.

Palavras Chave: Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Competências, Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

This Internship Report appears in the scope of the Master of Nursing for People in Critical Situation, from the Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, with the aim of, through a reflective analysis, reporting and evidencing the common and specific skills of the specialist nurse in Nursing for People in Critical Situation. The report refers to clinical teaching conducted in the context of the master's degree, performed in the Emergency Medical Surgical Service, in the Intensive Care Unit and in the Cardiac Intensive Care Unit.

The Post-Intensive Care Syndrome (PICS) integrates a set of physical, cognitive and mental disorders that remain after admission to an Intensive Care Unit. In this sense, a Systematic Literature Review was conducted on the effectiveness of nursing interventions in preventing PICS. Five studies were included supporting the effectiveness of interventions in preventing PICS by referring to the bundle ABCDE that integrates: awakening coordination using light or minimal sedation; spontaneous breathing tests; coordination between sedation and breathing; prevention, assessment and management of delirium and early mobility/physical exercise.

Keywords: Nursing, Nursing Specialist, Critically ill Patient, Skills, Post Intensive Care Syndrome.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de aprendizagem surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, e evidencia os principais contributos do ensino clínico, num serviço de urgência, numa unidade de cuidados intensivos (UCI) e na unidade de cuidados intensivos cardíacos (UCIC), para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica (PSC).

A PSC é “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018, p.19362).

O primeiro ensino clínico decorreu no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade de Caldas da Rainha integrado no Centro Hospitalar do Oeste (CHO) no período compreendido entre o dia 20 de maio e 22 de julho de 2019. A eleição deste local deveu-se à localização geográfica. Seguiu-se o ensino clínico realizado na UCI do Hospital Distrital de Santarém (HDS) no período compreendido entre o dia 16 de setembro e 22 de novembro de 2019. A escolha deste local de ensino clínico deveu-se à vasta experiência na área de cuidados intensivos.

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte em Portugal, sempre constituíram uma área de interesse para mim, pelo que o terceiro ensino clínico foi realizado na UCIC do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) no período compreendido entre 25 de novembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020. Cada ensino comportou um total de 180 horas.

Os ensinamentos clínicos tiveram como objetivo geral desenvolver aptidões que permitam intervir, na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, tendo como base as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC. A realização destes ensinamentos clínicos contribuiu para o desenvolvimento do meu pensamento crítico e proporcionou momentos de reflexão que foram essenciais para o desenvolvimento das minhas competências, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem à PSC.

O ensino clínico é um momento fundamental para o desenvolvimento de novas experiências, capacidades de reflexão, análise e aplicação de conhecimentos teóricos em contexto clínico, possibilitando o crescimento pessoal e profissional (Simões et al., 2008), e desenvolvimento de

competências através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

A aprendizagem no contexto da prática clínica, à luz de Alarcão e Rua (2005), numa perspetiva interdisciplinar, tendo em conta a mobilização de diferentes saberes, encara o desenvolvimento de competências através da interação com situações reais em contextos diferenciados. Saliento que a prática reflexiva traduz uma potencial situação de aprendizagem, na qual assumimos uma curiosidade científica, questionando não só a ação, mas o porquê da mesma. Neste sentido, considero que o enfermeiro especialista assume um papel essencial na melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da produção de conhecimento por meio da reflexão da sua prática, baseado no processo de reflexão-na-ação (Netto et al., 2018).

O presente relatório surge como um instrumento, em que pretendo fazer uma análise crítico-reflexiva das minhas vivências em contexto de ensino clínico, fazendo o paralelismo com a evidência científica mais atualizada, baseado nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Na elaboração deste relatório tenciono atingir os seguintes objetivos: refletir sobre as atividades planeadas e propostas; desenvolver um pensamento crítico sobre a prática clínica e as ações realizadas; identificar as situações problema da prática diária e as estratégias de intervenção; identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de aprendizagem; e desenvolver a investigação através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Enquanto enfermeira a exercer funções numa UCI o tema escolhido para a RSL permite-me ampliar o conhecimento sobre o mesmo, baseando a minha prática na evidência.

A teoria que pauteou a minha prestação de cuidados ao doente crítico foi a teoria das transições apresentada pela Meleis. O contacto com o doente crítico surge habitualmente durante os períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença em que tais mudanças, podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como nas pessoas que os rodeiam, tendo complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010). O enfermeiro especialista necessita de ter uma visão ampla, sensibilidade, conhecimento e experiência de forma a conhecer todo o meio envolvente de forma a intervir como facilitador do processo de transição.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é composta pelo relatório de ensino clínico, realizado nos 3 locais, tendo por base as competências comuns e

específicas do enfermeiro especialista. Na segunda parte é realizada uma RSL sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção da SPICI.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os ensinamentos clínicos selecionados com vista ao cumprimento da componente prática inerente a este mestrado foram desenvolvidos no SUMC da Unidade de Caldas do CHO, Entidade Pública Empresarial (EPE), na UCI do HDS, EPE e na UCIC do CHL, EPE.

Seguidamente irei realizar uma breve caracterização dos diferentes locais de ensino clínico para contextualizar a prática e as reflexões.

O CHO tem como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência assentes na ética profissional e na justiça social cujos objetivos assentam na promoção do acesso de toda a população ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), a promoção da sustentabilidade, com a redução dos encargos para as famílias e a garantia de uma melhor qualidade para todos os cidadãos (CHO, 2020). É constituído por 3 unidades hospitalares localizadas em Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras, inserido na região de Lisboa e Vale do Tejo e desde 2018 deixou de estar integrado no setor público administrativo e passou a integrar o setor empresarial do Estado como EPE (Decreto Lei nº 44/2018 de 18 junho, 2018).

A área de influência do CHO é constituída pelas populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval, Lourinhã e de parte dos concelhos de Alcobaça (freguesias de Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e de Mafra (com exceção das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro) (CHO, 2020). Os utentes que recorrem ao CHO podem ser oriundos de qualquer ponto do país ou do estrangeiro, uma vez que este se encontra inserido na rota turística do Oeste.

O Serviço de Urgência (SU) do CHO, é um serviço de urgência médico-cirúrgico, isto é, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência (Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto, 2014), em obras de remodelação e alargamento, visível na frequente deslocação de áreas funcionais e ruído existente.

A triagem dos utentes no SUMC é baseada na identificação objetiva e sistemática dos critérios de gravidade, permitindo determinar qual a prioridade de atendimento, indicando tempos de espera expeáveis para a primeira observação médica. A triagem de Manchester não é baseada em diagnósticos, mas nas queixas clínicas que conduzem à classificação dos doentes em 5 níveis de prioridade, a que são atribuídas cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho). Para

cada cor, há um objetivo de tempo máximo de espera para atendimento do doente (Grupo Português de Triagem, 2015).

O SUMC está organizado em áreas funcionais, conforme a prioridade atribuída pela Triagem de Manchester e se os doentes se encontram alocados em macas ou não, ou seja, na área de macas podemos encontrar doentes triados de verde, amarelo ou laranja. Existem 2 postos de triagem, que funcionam conforme a afluência de doentes.

Como em quase todas urgências, o SUMC debate-se diariamente com os problemas inerentes ao grande fluxo de doentes o que normalmente leva a tempos de atendimento por vezes superiores ao desejável, grande concentração de doentes por áreas e dificuldade na compreensão do utente e na atribuição de prioridades. Foram criados protocolos com Unidades de Saúde Familiar (USF) locais para diminuir as “falsas urgências” e lotação do serviço, na qual os doentes triados com as prioridades “pouco urgente” (pulseira verde) e “não urgente” (pulseira azul) são encaminhados para a sua USF onde serão atendidos no próprio dia, se possível pelo seu médico de família.

Este SUMC situa-se no mesmo piso que os exames complementares de diagnóstico, porém o acesso ao bloco operatório (BO) realiza-se por meio de um elevador, dado que este se situa no piso superior, o que contraria os pressupostos da Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS, 2015).

Após a triagem, os utentes classificados como emergente necessitam de atendimento imediato sendo a sua entrada no serviço efetuada diretamente pela Sala de Reanimação (SR). A SR fica à entrada do serviço permitindo que os utentes emergentes possam entrar diretamente para esta aquando a sua chegada ao SUMC recebendo de imediato os cuidados inerentes à sua situação. Aqui faz-se a admissão, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais, implicando uma intervenção imediata. Encontra-se preparada para atendimento de 2 doentes em simultâneo.

O acesso ao SUMC é feito pela porta principal, que é a única porta para entrada e saída de doentes, isto é, para aceder à SR é necessário atravessar a sala de espera, comum ao Serviço de Urgência Pediátrica, destinada a doentes e familiares. Na minha opinião, devia de existir um corredor livre para a entrada direta na SR facilitando a passagem do doente, que se encontra contemplado nas obras de remodelação em curso.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos e uma assistente social. A equipa de enfermagem é uma equipa jovem, com experiências diversas, um grande espírito de entre ajuda e muito dinâmica. É constituída por cinquenta e sete enfermeiros que cumprem horário de trinta e 5 horas semanais com turnos diários de 8 horas e meia. No turno da manhã e tarde estão escalados 9 enfermeiros incluindo o coordenador de turno que se encontram distribuídos pelas diferentes valências, enquanto no turno da noite só estão escalados 7.

A distribuição dos enfermeiros por turnos é da responsabilidade do enfermeiro chefe, tendo em consideração o equilíbrio da equipa nas várias áreas de atuação. O plano de trabalho é elaborado diariamente pelo Enfermeiro Chefe e dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a suporte avançado de vida (SAV), experiência profissional, capacidade de liderança, de antecipação e resolução de problemas. Ao longo do turno o enfermeiro coordenador faz os ajustes que considera necessários tendo em conta as dificuldades e capacidades de cada elemento, a sobrelotação do serviço ou as transferências inter-hospitalares.

Nos turnos da tarde e da noite, assim como nos turnos de fim-de-semana, a equipa é liderada pelo enfermeiro coordenador que gere os cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis, mobilizam elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra-hospitalar. Na SR está alocado 1 enfermeiro que conta com o apoio do enfermeiro coordenador e/ou enfermeiro escalado no Balcão 2 (turno da manhã e tarde) ou no serviço de observação durante o turno da noite.

O HDS tem como missão a prestação de cuidados de saúde acessíveis, seguros, em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (SNS, 2019). A área de influência é constituída pelas populações dos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém (SNS, 2019). Os doentes admitidos na UCI podem ser oriundos de qualquer ponto do país ou do estrangeiro, desde que necessitem de apoio de cuidados diferenciados, e esta tenha capacidade para os acolher, dado que as UCI's são locais “em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (Ministério da Saúde [MS], 2013, p.66).

A UCI foi inaugurada em 1998, esta antiguidade é denunciada pelas instalações de dimensões reduzidas, tanto na sala de trabalho, como nas salas de apoio (sala de limpos, sujos e armazém),

encontra-se localizada no piso 1, junto ao BO e tem uma lotação de 6 camas, sendo considerada uma unidade de nível III (Paiva et al., 2017).

A UCI representa um contexto de cuidados com um contínuo de ações e procedimentos do ponto de vista humano ou instrumental, que permite a monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, de acordo com as necessidades da pessoa, 24 horas por dia, permitindo uma monitorização contínua e invasiva pela presença de uma equipa interdisciplinar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003).

A organização espacial da UCI em *open space* permite o contato visual com os doentes, proporcionando uma vigilância contínua (ACSS, 2013). Possui uma central de monitorização localizada na sala maior que possibilita o controlo em tempo real dos parâmetros hemodinâmicos do doente.

A equipa interdisciplinar é constituída por 6 médicos, com um elemento em permanência física vinte e quatro horas por dia (MS, 2013); dez assistentes operacionais, 1 assistente administrativo e vinte e um enfermeiros. A equipa de enfermagem encontra-se dividida em equipas de 3 elementos com um coordenador de equipa. A atribuição das funções de coordenação é efetuada pela enfermeira chefe tendo como critério a antiguidade no serviço e/ou ter especialidade. O enfermeiro responsável deve conhecer a cultura organizacional do serviço e reunir um conjunto de competências técnicas, científicas e comunicacionais de forma a intervir precocemente, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017a). No Parecer Conjunto n.º 01/2017 a designação do enfermeiro responsável de turno deve ser clara, equitativa, sendo o enfermeiro especialista o profissional mais bem preparado com competências para a área de gestão, contudo face à sua ausência ou inadaptação para o cargo, poderá ser indicado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que possua competências para o cargo (OE, 2017a).

A distribuição dos enfermeiros é realizada semanalmente pela enfermeira chefe, sendo alocados 4 enfermeiros no turno da manhã, 3 enfermeiros no turno da tarde e da noite.

Na equipa de enfermagem existem 7 enfermeiros especialistas, dos quais 3 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 4 em Enfermagem de Reabilitação. Evidencio que para além destes enfermeiros especialistas mais 3 enfermeiros do serviço estão a fazer o seu processo formativo para obtenção do título de especialista na área da PSC. O Parecer n.º 15/2018 da OE preconiza uma dotação segura de 50% de Enfermeiros Especialistas

em Enfermagem Médico-Cirúrgica, coerente com o cálculo da carga de trabalho calculada diariamente através de instrumentos validados e aceites (OE, 2018a).

O ensino clínico opcional foi realizado na UCIC do CHL, o qual presta cuidados de saúde diferenciados, promovendo a articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do SNS, colabora na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegura condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores. Fazem parte integrante do CHL, o Hospital de Santo André (Leiria), Hospital Distrital de Pombal e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (Alcobaça) que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes residentes nos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Ourém e parte do concelho de Soure (CHL, 2020).

A UCIC foi inaugurada em 2010, integra o serviço de Cardiologia do Hospital de Santo André, onde também exerce funções, e possui 5 camas, com uma elevada taxa de ocupação. Recebe doentes que necessitam de vigilância hemodinâmica contínua e intervenção terapêutica avançada como por exemplo angioplastia coronária. Os doentes admitidos na UCIC podem ser provenientes do Serviço de Internamento, da Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV), SU ou outra unidade hospitalar, após referenciação do doente, sendo que a patologia mais frequente é o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). A organização do espaço foi elaborada em *open space*, permitindo aos profissionais o contacto visual permanente com todos os doentes.

O serviço de Cardiologia apresenta uma tipologia enquadrável no nível II dado que dispõe de UHICV em funcionamento, com recursos próprios, com prevenção de vinte e quatro horas (DGS, 2015a).

Na UCIC a equipa interdisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, técnicos de cardiopneumologia, assistentes operacionais e uma administrativa. Na altura em que foi realizado o ensino clínico, a UCIC só tinha médico Cardiologista em presença física permanente no período das 9 horas às vinte e quatro horas, sendo o restante horário assegurado pelo médico do Serviço de Medicina Intensiva. Esta situação sofreu alterações desde julho de 2020, com médico Cardiologista de presença física o dia todo.

A equipa de enfermagem da UCIC é composta por onze enfermeiros, distribuídos 2 por cada turno, em que um dos elementos acumula a função de coordenador de turno. A atribuição da

função de coordenador de turno é feita pela enfermeira chefe e aparece assinalado no horário. Todos os elementos da equipa assumem a função de coordenação de turno, o que favorece o trabalho de equipa, pois detém uma visão mais ampla do serviço.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns ao Enfermeiro Especialista estão explanadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro e dizem: respeito à responsabilidade profissional, ética e legal; concebe, melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento de competências nas aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No que concerne ao desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, uma adequada integração desenvolve e estimula o interesse inicial, proporcionando momentos de análise e reflexão, resultando no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Carvalho, 2016).

O conhecimento que resulta da reflexão é crucial na formação dos enfermeiros, já que os orienta a readaptar cognitiva e emocionalmente os conteúdos, ideias e crenças, de forma a construir novos saberes e ações (Lopes et al., 2015). Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, segundo a filosofia do processo de enfermagem, numa perspetiva holística, foi essencial a integração nas diferentes equipas multidisciplinares, conhecer a sua estrutura física, a dinâmica e a organização dos cuidados de enfermagem, a metodologia adotada e a articulação com outros serviços de saúde.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em instituições hospitalares diferentes, com culturas organizacionais diferentes, o que exigiu um esforço acrescido da minha parte, no que respeita à integração na equipa multidisciplinar. O facto de possuir dez anos de experiência profissional em contexto de unidade de cuidados intensivos, permitiu-me orientar a minha aprendizagem na UCI do HDS não tanto para novas práticas, mas particularmente para a reflexão das mesmas. Tendo em conta que trabalho diariamente com monitorização eletrocardiográfica numa UCI, o ensino clínico realizado na UCIC permitiu o aprofundamento do conhecimento sobre o utente cardíaco e monitorização eletrocardiográfica.

Recordo que o ensino clínico realizado no SUMC foi o mais desafiante, dada a especificidade do serviço, “sempre de porta aberta” o que concerne numa dinâmica constante, com doentes com diversas patologias em situações pouco urgentes, urgentes ou emergentes o que exige uma grande capacidade de inovar, antecipação, intuição e sensibilidade, consolidados numa prática baseada na evidência, sem esquecer a humanização dos cuidados. O foco de atenção dos meus cuidados de enfermagem sofreu alterações, porém a prática de cuidados individualizados,

personalizados e de qualidade, a comunicação com a PSC e a família, o trabalho em equipa e a abordagem global das necessidades dos utentes nas diferentes vertentes física, social, psicológica e espiritual estiveram sempre presentes.

Os enfermeiros no exercício das suas funções devem agir de acordo com o artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, devendo “adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.101-102). Nesta perspetiva, ao longo dos diversos ensinamentos clínicos procurei orientar a minha prática no respeito pela individualidade, pela diferença, pela autonomia e pela privacidade da PSC e da sua família, desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Na sociedade atual, em que os cidadãos estão mais conscientes sobre os seus direitos, os enfermeiros deparam-se na sua prática diária, com dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, que devem ser conscientes, baseadas em valores e princípios ético-deontológicos, respeitando os direitos humanos e garantindo a segurança, privacidade e dignidade dos doentes. Considero que durante os ensinamentos clínicos desenvolvi uma prática em conformidade com o Código Deontológico, assente no respeito pelos direitos da PSC, identifiquei práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos mesmos.

No SUMC existem vários fatores que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, comprometendo a segurança e os direitos da PSC, tais como: a elevada carga de trabalho; a carência de recursos humanos; problemas de sobrelotação; a pressão constante para reduzir o tempo para o atendimento; existência de conflitos e presença de obras de reestruturação o que obriga a deslocações frequentes de utentes, nas diferentes áreas do serviço, surgindo a necessidade de colocar doentes em locais menos apropriados como sejam zonas de passagem, gabinetes médicos ou locais menos acessíveis, o que faz que estes estejam mais expostos e vulneráveis.

A sobrelotação ameaça a segurança do utente, coloca a sua privacidade em causa, provoca atrasos no atendimento, aumenta a taxa de mortalidade e é fonte geradora de *stress* nas equipas hospitalares (McKenna et al., 2019). No SUMC existem doentes com perfil de internamento, isto é, internados no serviço de urgência em maca, que aguardam cama na enfermaria. Estes doentes necessitam de cuidados de enfermagem, mas estão sujeitos a condições de espaço

limitado, privacidade limitada, e restritos de um período alargado de visita. Os enfermeiros são por vezes insuficientes para prestar cuidados a estes utentes, e em simultâneo dar resposta aos utentes urgentes/emergentes que recorrem ao SUMC. Estes enfermeiros necessitam de ter um domínio profundo de saberes, capacidade de lidar com o imprevisto, de observação e de análise para definição de prioridades.

Considero que as urgências não estão preparadas para gerir cuidados de saúde de rotina, pelo que os profissionais que trabalham nestes serviços têm de cuidar inúmeras situações não urgentes e crónicas, levando à disseminação dos cuidados especializados por pessoas que não necessitam deles.

As UCI desempenham um papel crucial no tratamento e manutenção da vida da PSC, em que os enfermeiros se deparam com decisões éticas. A decisão de suspensão *versus* a persistência de medidas terapêuticas fúteis podem ser decisões moralmente perturbadoras para os profissionais de saúde, família e doentes, conduzindo a dilemas.

A prática de atos terapêuticos considerados fúteis que acrescentam sofrimento, ao sofrimento da PSC colide com os princípios éticos e está condenada deontologicamente quando se trata de decisões de fim de vida, tendo em conta que a utilização de uma terapêutica inútil, apenas adia a morte e transforma a fase final da vida num longo e doloroso processo para a PSC e para a sua família (Vilhena, 2013). Estas questões são particularmente desafiadoras para os enfermeiros quando existem vários graus de incerteza em relação ao prognóstico e estão intimamente ligados à tensão no trabalho e ao *burnout*, ameaçando a qualidade dos cuidados prestados (*International Nurses' End-of-Life Decision-Making in Intensive Care Research Group et al., 2015*).

Cuidar a PSC em processo de morte deve ser igualmente gratificante, tal como aquando de situações de ressuscitação cardiopulmonar (Silva, Campos, et al., 2011), não significando deixar o doente morrer, mas sim aceitar o processo de morte inevitável, em que o enfermeiro desempenha um papel crucial na manutenção da qualidade de vida e dignidade humana (Carvalho & Lunardi, 2009). O enfermeiro surge como advogado da família fornecendo suporte e conforto quando esta se prepara para encarar o sofrimento devido à perda do seu ente querido e a incerteza do futuro (Reid et al., 2011).

Durante o ensino clínico na UCI tive a oportunidade de vivenciar uma situação em que foram suspensas as medidas terapêuticas consideradas fúteis, dada a irreversibilidade do quadro clínico. Denotei que o médico teve a preocupação de falar com a família sobre o quadro clínico

da PSC e questionou os enfermeiros sobre os seus sentimentos/opiniões face às decisões tomadas, revelando a existência de comunicação entre equipa interdisciplinar, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados. Para que a comunicação seja eficaz e a família se expresse é crucial que a equipe médica, neste caso interdisciplinar, aperfeiçoe a comunicação de más notícias e se encontrem preparados para suportar as demandas que surgem, respeitando sempre as necessidades dos pacientes e da família (Rodriguez, 2014).

Na UCIC a tomada de decisão geralmente é feita em equipa, de forma a garantir a melhor opção terapêutica possível para o doente, tendo em conta a sua situação e avaliando o envolvimento da família. Observei que antes da PSC realizar qualquer procedimento ou ato cirúrgico, é informado acerca da sua situação clínica, do procedimento a realizar e são esclarecidas as dúvidas para que possa tomar uma decisão refletida, consciente, livre e informada (DGS, 2015b), sendo entregue o consentimento informado para assinar.

Constatarei que nos diferentes ensinamentos clínicos para que a comunicação seja eficaz e facilite a tomada de decisão é essencial fazer um esforço constante para manter os canais de comunicação abertos entre os diferentes elementos da equipa, os doentes e as famílias, que vai encontro ao objetivo garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ciente das dificuldades intrínsecas ao processo de tomada de decisão procurei desenvolver um conjunto de competências que me permitiram respeitar a autonomia dos doentes e cimentar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, respeitando as crenças e valores de cada pessoa.

O enfermeiro no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, deve proteger permanentemente a privacidade e a intimidade da pessoa (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, 2015). A privacidade da PSC no SUMC nem sempre é fácil de respeitar devido à elevada afluência de doentes, em que muitos permanecem em macas, lado a lado, sem barreiras físicas, sendo a realização dos cuidados de higiene e conforto um dos momentos mais perturbadores para a doentes e profissionais. Apesar da limitação das infraestruturas e dos recursos materiais constatei que a equipa de enfermagem se preocupa em salvaguardar a privacidade e intimidade da PSC, deslocando-a para a sala de tratamentos, banho assistido ou gabinetes médicos, fazendo a melhor gestão possível dos biombos disponíveis.

A privacidade física da pessoa internada na UCI ou UCIC poderá ser posta em causa pelo facto destes serviços serem em *open space*. Os profissionais destas unidades têm o cuidado de

assegurar a privacidade da PSC, visível no uso de cortinas que circundam a cama, salvaguardando os direitos do doente. Apesar de na UCI os doentes não usarem pijama a privacidade continua a ser assegurada, com recurso a lençóis para tapar o corpo aquando a prestação de cuidados.

A OE indica que os locais de passagem de informação são geridos, em função de cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, desde que sejam salvaguardados os direitos dos doentes como a privacidade e a confidencialidade (OE, 2001). A passagem de turno no SUMC e na UCI é realizada numa sala afastada das unidades dos doentes, enquanto que na UCIC é efetuada no balcão central em frente às unidades dos doentes. Dadas as condições estruturais dos diferentes locais de ensino clínico, o local escolhido para a passagem de turno parece ser o mais adequado, no entanto numa organização em *open space*, como é o caso da UCIC, é necessário ter muito cuidado para que as informações confidenciais fiquem apenas entre a equipa interdisciplinar. Verifiquei que as informações transmitidas durante a passagem de turno, são efetuadas em tom baixo, sendo notório o cuidado dos profissionais em assegurar a confidencialidade das mesmas.

Na minha opinião, as passagens de turno num espaço *open space* constituem momentos de transição de cuidados que podem conduzir ao compromisso da segurança do doente, pois não existem paredes ou portas a separar o espaço de trabalho das unidades dos doentes. Apesar dos cuidados existentes, devido às condicionantes físicas é difícil conseguir que um doente consciente e acordado não ouça as informações o que pode gerar quadros de ansiedade por má interpretação da informação.

Relativamente ao domínio, concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, a sociedade atual tem assistido a uma mudança de comportamentos em que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a crescente melhoria do desempenho dos profissionais e a monitorização sistemática das atividades desenvolvidas pelas instituições de saúde, potenciam a qualidade dos cuidados prestados (Programa Nacional de Acreditação em Saúde, 2013) sendo que a intervenção dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde é imprescindível na promoção desta qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 fevereiro, 2019).

Existem diversos modelos de acreditação da qualidade das organizações de saúde, que solicitam junto das instituições de saúde uma nova filosofia e a incorporação de normas e procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados. O CHL encontra-se acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), por meio da implementação de uma política de gestão

da qualidade e segurança do utente com padrões de qualidade e segurança bem definidos, assentes em 6 metas internacionais: doentes corretamente identificados, melhoria da comunicação eficaz, melhoria da segurança dos medicamentos, cirurgias e procedimentos invasivos seguros, redução do risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e redução do risco de lesões resultantes de queda (CHL, 2015). Estas metas fazem parte da minha prática desde a sua implementação e são transversais a todo o centro hospitalar, incluindo a UCIC. O CHL se encontra muito bem organizado no que respeita a normas e protocolos instituídos nos serviços. É evidente a uniformização dos cuidados existente na instituição, quando passamos por diversos serviços e de naturezas diversas.

Refletindo acerca deste tema e tendo como termo de comparação os diferentes serviços onde realizei o ensino clínico, considero a acreditação da instituição de saúde, pela JCI, institui um clima de empenho nos profissionais de saúde tendo, em vista a melhoria continua dos cuidados prestados, aumento da segurança e redução dos riscos, o que me fez questionar sobre algumas práticas existentes no SMUC e na UCI, integrados em hospitais sem processo de acreditação em curso. Nestes serviços os concentrados de eletrólitos ou a medicação de alto risco não está sinalizada e encontra-se armazenada no mesmo local que a restante terapêutica, uma vez que a organização é feita por ordem alfabética. Será que o fato de não existir essa sinalização o erro terapêutico é mais frequente? A verdade é que cada vez é dada mais importância a esta temática e algumas melhorias tem vindo a ser feitas. Seria necessário realizar estudos nos serviços que demonstrem que a forma de organização da medicação contribui para o erro terapêutico.

A Organização Mundial de Saúde estima que 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos sofrem incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros para os sistemas de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015). Neste sentido foi criada a plataforma *Notifica*, em que os profissionais de saúde podem reportar os incidentes e as reações adversas a medicamentos. O desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes facilita a aprendizagem e a implementação de medidas de melhoria da segurança do doente (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015).

O *Notifica* é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde que engloba incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, violência contra os profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e utilização de dispositivos médicos cortopuncentes (DGS, 2020).

No CHL podemos encontrar o *Health Event & Risk Management* que é um programa disponível na intranet onde os profissionais devem registar todo o tipo de incidentes que ocorrem nos serviços. Estes incluem quedas, erros de medicação, o aparecimento de úlceras de pressão, entre outros. Já na UCI os profissionais do HDS podem aceder ao *Notifica*, através da intranet, contudo, a sua utilização ainda é pouco visível, existindo pouca adesão.

Para Alves et al. (2019) a subnotificação ocorre por medo ou receio, desconhecimento do tema, da forma de notificar ou quando advém de situações graves. O erro terapêutico assume a forma de um fantasma, ele existe, mas ninguém parece vê-lo ou ter coragem de o assumir, pois vivemos numa cultura de medo e culpa. Os profissionais de saúde não querem causar dano ao doente, mas acabam por fazer isso mesmo, pelo que não devemos permitir que se instale o medo de notificar os incidentes para que assim seja possível aumentar a segurança do medicamento e promover a prestação de cuidados de saúde mais segura.

No SUMC e na UCI o processo clínico do doente é informatizado, em que o *SClínico* é o sistema de informação usado para consulta e partilha de informações relativas ao doente. Este é um sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do SNS sendo uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde centradas no doente (SNS, 2018). O uso de um sistema de informação informatizado melhora a eficiência e o tempo de interação entre o enfermeiro e o doente o que possibilita a melhoria dos cuidados prestados, pelo que não existe desperdícios de tempo com documentos (Bailas, 2016). Confesso que tive imensas dificuldades na adaptação ao sistema informático em vigor nestes serviços, o que numa fase inicial dificultou a consulta do processo do doente bem como o registo das intervenções, porém com o avançar do ensino clínico essa dificuldade foi-se desvanecendo.

Os sistemas informáticos são uma ferramenta essencial na prática diária do enfermeiro, promovem a continuidade de cuidados através dos processos de enfermagem individualizados, facilitam a comunicação entre a equipa e oferecem maior segurança e integram uma linguagem padronizada (Tareco, 2015). Na minha prática diária e na UCIC está instituído outro sistema, o *BSimple*. Admito que o interface do *BSimple* é mais atrativo e mais intuitivo pelo que é mais fácil a sua adesão, sendo mais fácil introduzir alterações ao programa decorrentes da prática.

Com base nos padrões de qualidade o enfermeiro especialista deve conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para responder às necessidades da PSC e/ou famílias garantindo a qualidade dos cuidados prestados salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no

processo (OE, 2017b), pelo que é essencial a busca constante pelo conhecimento atualizado. Observei uma preocupação nas diferentes equipas sobre a qualidade dos cuidados prestados demonstrada pela realização de ações formativas, pesquisa bibliográfica recente e atualização dos protocolos e procedimentos dos respetivos serviços. Todos as equipas tinham o plano de formação atualizado, sendo que no decorrer dos ensinamentos clínicos assisti a uma ação de formação ministrada no SUMC sobre catástrofe e na UCIC intitulada “Doenças Infeciosas do Coração”.

Na minha opinião a formação é essencial para o desenvolvimento profissional, para melhoria dos cuidados, e possibilita o crescimento e afirmação da profissão de enfermagem, uma vez que é imperativo a constante atualização tendo em vista a qualidade. A UCIC possui um manual de procedimentos bastante completo sobre as várias intervenções autónomas e interdependentes do serviço, que constitui uma linha orientadora para a prestação de cuidados, facilitando a integração de novos elementos. Denoto que os enfermeiros procuraram manter o manual atualizado, sempre que possível, tendo em conta as normativas mais recentes.

Cerca de 21% dos enfermeiros do SUMC que constituem a equipa são detentores do título de enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, o que constitui um aumento de 80% face a 2010. Desde então tem-se desenvolvido inúmeros projetos de melhoria do serviço. A reestruturação e orgânica da SR faz parte desses projetos. É feita a verificação do material e do equipamento da sala diariamente garantindo a operacionalidade da mesma. Para que nunca falte material existe uma *check-list* que permite confirmar o bom funcionamento dos equipamentos, material e fármacos existentes, e a sua realização promove o conhecimento aprofundado da localização dos mesmos o que numa situação de *stress* é de extrema importância, para não perder tempo na procura de material. Aqui pude colaborar com a equipa na admissão e estabilização do doente crítico, de forma a tomar decisões fundamentadas assentes em evidência científica.

O SUMC tem apenas instituído o protocolo de Via Verde Sépsis, todavia ainda se encontra em desenvolvimento o protocolo Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde do EAM. Segundo a Norma n.º 010/2016 de 16 maio, atualizada em 2017 a Via Verde da Sépsis no Adulto, tal como para o AVC e para o EAM, é uma intervenção precoce e adequada, na Sépsis pode melhorar significativamente o prognóstico e reduzir a morbimortalidade (DGS, 2017a). Durante o ensino clínico pude assistir à ativação desta via verde em que foram prestados todos os cuidados ao doente, monitorização, rastreio séptico, realização de exames complementares de diagnóstico, início de antibioterapia de forma atempada e posterior transferência do doente para uma unidade diferenciada.

A comunicação entre os profissionais de saúde é essencial para a segurança do doente, em especial quando existe a transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como as transferências ou altas dos doentes. Assim constatei que os enfermeiros na UCI e UCIC usam a técnica ISBAR, que é uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017b, p.4). A mnemónica ISBAR permite de forma simples auxiliar a passagem de informação em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação e R: às Recomendações.

A prevenção das úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, que para além de causarem sofrimento diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro, 2015). O enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção e avaliação do risco de úlcera de pressão. No SUMC, apesar de não avaliarem a escala de *Braden* os enfermeiros apostam essencialmente em medidas de prevenção como a alteração da frequência dos posicionamentos no leito, tendo em conta o risco, avaliação das necessidades nutricionais da PSC, entre outros. Na UCIC, até à normalização ou redução do valor das enzimas cardíacas os doentes não podem fazer levantar, pelo que todas as camas possuem colchões de pressão alterna. É feita a avaliação da escala de *Braden* e adotadas as intervenções consoante o risco. Segundo o grau de dependência os doentes são incentivados a alternar o decúbito no leito ou auxiliados, e é realizada massagem de conforto.

A prevenção da queda é uma prática diária nos EC preconizada através da avaliação da escala de *Morse* e adequando as intervenções ao risco, o que vai de encontro ao preconizado na Norma n.º 008/2019 de 9 dezembro (DGS, 2019a).

Na UCI para o desenvolvimento desta competência também desenvolvi vários momentos de reflexão conjuntamente com a enfermeira orientadora sobre as diferentes estratégias que se poderiam implementar na UCI tendo em vista a melhoria dos cuidados, e realizei pesquisas sobre a literatura mais recente. Estes momentos permitiram refletir sobre as nossas práticas, tendo em vista a construção do conhecimento e melhoria da qualidade dos cuidados.

O HDS possui um sistema de segurança do ato transfusional denominado Sistema *verIDhemos* que evita trocas relativas à administração de hemoderivados, isto é, após a colheita de sangue para tipagem é colocada no doente uma pulseira com um *chip*. A unidade de hemoderivado chega ao serviço acondicionada numa caixa hermética própria para o efeito que só abre em

contacto com chip da respetiva pulseira. Encaro este sistema como sendo seguro, o que contribui para a redução dos riscos associados ao ato transfusional, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Por vezes, devido à conjuntura atual, cultura organizacional ou resistência à mudança, o trabalho desenvolvido pelas equipas de trabalho permanece no papel. A resistência à mudança pode manifestar-se de várias formas com atitudes e comportamentos, que podem influenciar negativamente o funcionamento da organização (Antunes, 2012). O mais curioso é que esta situação é transversal aos vários ensinamentos clínicos, pelo que depreendo que é necessário difundir e sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança na prestação de cuidados.

Na gestão de cuidados, o enfermeiro enfrenta diariamente paradoxos presentes no planeamento dos cuidados, nos momentos dos conflitos éticos, na supervisão dos cuidados, na capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança, e na gestão de recursos humanos (Gelbckel et al., 2009).

A liderança está diretamente relacionada com a capacidade de inspirar e influenciar as pessoas, para o alcance dos objetivos desempenhando um papel fundamental para o sucesso e realização das metas e do propósito da instituição. Um bom líder deve possuir capacidades comunicacionais, favorecer o trabalho e o espírito de equipa, conhecer as habilidades e potencialidades da sua equipa e utilizá-las da melhor forma possível, e possuir capacidades para delegar responsabilidade e autoridade (Silva, Peixoto, et al., 2011), o que gera um impacto positivo no desempenho das equipas de enfermagem e a comunicação assume um papel crucial (Ntieku, 2014).

O SUMC, a UCI e a UCIC são serviços dinâmicos em que a motivação e o envolvimento da equipa determina a competência funcional de resposta, na qual a liderança assume um papel fundamental, dado que permite a sincronia do trabalho em equipa, diminuição dos erros e garantia de melhores resultados para a PSC, em que o enfermeiro coordenador assume um papel de extrema importância.

A responsabilidade da gestão e organização da equipa de Enfermagem, nos 3 ensinamentos clínicos, é do enfermeiro chefe, que delega funções ao enfermeiro coordenador. As funções do enfermeiro coordenador variam consoante o serviço em questão. Os enfermeiros subordinados reconhecem competências nos enfermeiros chefe que tendem a ter uma orientação para o

atingimento de metas, permanecendo numa lógica de prioridades centradas na planificação e clarificação de objetivos (Sousa, 2012).

No SUMC e na UCI existe um segundo elemento, que não está diretamente envolvido na prestação de cuidados e que apoia o enfermeiro chefe na gestão dos turnos, materiais e equipamentos, tendo em vista o cuidado atempado e adequado à PSC. Tive consciência de que uma equipa bem coordenada e bem liderada apresenta maior fluidez e segurança na prestação dos cuidados.

A equipa do SUMC dispõe de dezasseis enfermeiros que assumem a função de coordenador de turno, dos quais 6 possuem a especialidade médico-cirúrgica e os restantes são peritos, isto é, foram-lhe reconhecidas capacidades de coordenação pela chefia e pelos pares, mediante a formação e experiência que detém.

Apercebi-me que os principais desafios face ao SUMC estão relacionados com os tempos de espera dos doentes, excesso de doentes, principalmente doentes sem critério de gravidade e dificuldades de meios e recursos humanos insuficientes. Perante esta realidade destaco o papel do enfermeiro coordenador do SUMC que tem de gerir e priorizar os recursos existentes, estabelece uma dinâmica de grupo interativa e participativa com todos os membros da equipa, promove um clima harmonioso e de respeito nas relações interpessoais da equipa e de trabalho e faz a gestão de conflitos. No ensino clínico tive a oportunidade de acompanhar o meu orientador no desempenho destas funções, tive consciência de que uma equipa bem coordenada e bem liderada, apresenta maior fluidez e segurança na prestação de cuidados, ao interferir na motivação e organização.

Entendo o trabalho num serviço de urgência, como dinâmico em que a motivação e o envolvimento da equipa é o que determina a competência funcional de resposta, na qual a liderança assume um papel fundamental, pois permite a sincronia do trabalho em equipa, diminuição dos erros e garantia de melhores resultados para a PSC, sendo o papel do enfermeiro coordenador determinante.

A média de doentes admitidos no SUMC em dezembro de 2017 foi de cento e vinte e um doentes por dia. Destes utentes, 0,48% foram triados com a cor vermelha, 14,05% de laranja, 55,20% amarelo, 28,50% verde, 0,27% azul e 1,52% de branco (Relatório de Auditoria Interna, 2017).

A SR é a área de atendimento ao utente em situação emergente, sendo que quando em uso requer normalmente um número de 2 a 3 enfermeiros e 1 a 2 assistentes operacionais conforme a orgânica desenvolvida pelo grupo de trabalho. Dada a prioridade e especificidade destas situações, os locais a que estavam alocados os profissionais de saúde ficam desprovidos de cuidadores até à estabilização da PSC.

Diariamente são transferidos para outras unidades de saúde doentes para continuidade de cuidados. Alguns destes necessitam de transporte com acompanhamento de enfermagem. Pode observar que na maioria dos turnos em que estive no SUMC existiram transferências de doentes acompanhados de enfermagem, inclusive mais que uma em simultâneo. Perante este cenário o enfermeiro coordenador tem a sua missão dificultada, porque tem que gerir os recursos tendo em conta as transferências e os doentes alocados ao SUMC, garantindo a qualidade de cuidados e segurança dos doentes. O enfermeiro coordenador faz a gestão dos recursos tendo em conta a dinâmica do serviço.

O método de trabalho nos diferentes EC é o método individual de trabalho, sendo a responsabilidade de todos os cuidados ao doente de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena esses cuidados (Kron & Gray, 1989 citado por Costa, 2004). Com este método, o enfermeiro é detentor de um conhecimento mais vasto sobre o doente, porém esta metodologia não invalida o trabalho em equipa e entreajuda. Todos os elementos da equipa de enfermagem assistem à passagem de turno de todos os doentes, integrando-se no processo de cada um.

Relembro que o nível de cuidados quer na UCI, na UCIC e principalmente no SUMC varia ao longo do turno, dependendo da instabilidade da PSC, do fluxo de doentes pelo que o trabalho de equipa nestas situações é crucial. Existe um espírito de interajuda entre os diferentes elementos que contribui para o aumento da segurança dos cuidados (Reader et al., 2011).

Acompanhei o enfermeiro coordenador nos vários ensinamentos clínicos em todas as suas funções, as quais destaco: gestão de pedidos de farmácia e de material de consumo clínico e equipamentos; controlo de estupefacientes; gestão de vagas; resolução de problemas e conflitos na equipa; e gestão de recursos humanos.

As equipas da UCI que dispõem de enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, devem ter em consideração a nomeação destes elementos para exercer funções de chefia/coordenação e devem estar distribuídos de forma equitativa nos vários turnos (OE, 2018). O domínio da gestão é uma das competências comuns do enfermeiro especialista, no entanto acredito que dada à especificidade das unidades de cuidados intensivos

é importante que o enfermeiro também seja perito uma vez que determinadas capacidades só são desenvolvidas com o tempo e a experiência.

O Parecer nº 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros preconiza uma dotação segura de 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, coerente com o cálculo da carga de trabalho calculada diariamente através de instrumentos validados e aceites (OE, 2018), pelo que o número de enfermeiros especialistas ainda é insuficiente para garantir a qualidade dos cuidados prestados na UCI uma vez que existem 7 enfermeiros especialistas, dos quais 3 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 4 em Enfermagem de Reabilitação. Evidencio que para além destes enfermeiros especialistas mais 3 enfermeiros do serviço estão a fazer o seu processo formativo para obtenção do título de especialista na área da PSC.

Um dos focos de atenção dos enfermeiros prende-se com a gestão de cuidados de enfermagem com qualidade e em tempo oportuno. Na UCI a gestão dos cuidados é realizada através da escala *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), um instrumento que avalia a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, dentro de um período de vinte e quatro horas, em atividades de assistência direta aos doentes, sem incluir tarefas administrativas. O TISS divide-se em 7 categorias de intervenções terapêuticas denominadas: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005).

Esta escala não é uma novidade para mim, dado que é um índice que uso na minha prática diária. Considero que este apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo despendido no acolhimento à família, ou apoio ao doente. Em conversas informais com a equipa, notei que partilham a mesma opinião que eu e que apesar de fazerem o preenchimento do TISS, o tratamento e interpretação dos dados obtidos acaba por não ser realizado. Concluimos que a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS) seria mais vantajoso uma vez que integra o suporte e cuidados aos doentes e familiares. O NAS surge como uma ferramenta essencial na gestão de cuidados intensivos resultando de uma revisão e atualização do TISS. Em Portugal continua a aplicar-se o TISS mensurando apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI (Macedo, 2017).

O Regulamento n.º 743/2019 de 25 setembro (2019) define com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos que o rácio enfermeiro/doente seja estabelecido de acordo com a tipologia da unidade. Neste caso sendo a UCI do HDS tipologia

III o rácio estipulado é 1 enfermeiro para cada 1 doente, que não se verifica. Na UCIC o rácio enfermeiro/doente é de um enfermeiro para 2 ou 3 doentes. De forma a assegurar os rácios, existem enfermeiros que estão integrados nas 3 valências da Cardiologia que também exercem funções na UCIC.

Devido ao aumento da área de influência e funcionamento da UHICV durante 24 horas a UCIC é caracterizada por um elevado número de transferências (programadas ou urgentes) de doentes, que necessitam de cuidados assegurados pelo enfermeiro do serviço, de acordo com o preenchimento da escala de estratificação do risco em transporte de doentes, segundo Graça et al. (2017), o que compromete o rácio enfermeiro/doente. Caso haja necessidade, um elemento do internamento sempre que possível presta ajuda.

A equipa da UCIC é constituída maioritariamente por enfermeiros generalistas detentores de conhecimentos e experiência na abordagem ao doente cardíaco, que são reconhecidos pelos seus pares, procuram manter-se atualizados de acordo com as normativas, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados que está em concordância com Cunha (2017). O facto de um enfermeiro deter o título de Enfermeiro Especialista pode não ser significativo para que seja perito em determinada área de cuidados.

Na UCIC os enfermeiros delegam tarefas as assistentes operacionais, como por exemplo o acompanhamento do doente na realização de exames complementares, assumindo essa responsabilidade de acordo com a Lei nº 156/2015 de 16 setembro (2015). Relativamente à equipa de assistentes operacionais pareceu-me escasso o seu número por turno, ou seja, um para cada valência (internamento, UCIC e UHICV), o que por vezes causa constrangimentos na equipa, face ao apoio necessário.

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos adquiri novos conhecimentos motivados pela observação, colocação de questões, reflexão e pesquisa bibliográfica realizada tendo em vista a prestação de cuidados adequados e baseados na evidência científica.

Admito que o conhecimento que temos sobre nós mesmos, a gestão das emoções e do *stress* é preponderante na prestação de cuidados, em especial em ambientes geradores de emoções, *stress* e cansaço como o caso do SUMC. Monteiro et al. (2015) aludem que as emoções são um elemento estruturante, quer pessoal quer profissionalmente, na vida de um indivíduo, em particular na prestação de cuidados em saúde, uma vez que se lida diariamente com a condição humana, o que gera a necessidade dos profissionais de saúde serem capazes de se autorreconhecer e controlar as próprias emoções.

A assertividade é um estilo de comunicação assente no expressar de pensamentos e sentimentos sem contestar o direito do outro, que possibilita a transmissão de informação de maneira eficaz, sem ofender os outros. Quando os enfermeiros agem de forma assertiva, eles são mais propensos a fornecer aos utentes cuidados adequados e, ao fazê-lo, melhoram a qualidade dos cuidados (Okuyama et al., 2014).

Confesso que fui assolada por emoções contraditórias que me deixaram muito apreensiva. Por um lado, estava entusiasmada com o fato de conhecer novas realidades, novos contextos clínicos de prestação de cuidados, diferentes culturas organizacionais, mas por outro sentia receio por esta nova condição de estudante, por sair da minha zona de conforto. O apoio dos enfermeiros orientadores foi fundamental neste percurso, demonstraram-se sempre disponíveis para ouvir as minhas preocupações, ajudando-me a trilhar o meu caminho, que nem sempre foi fácil, é verdade, mas de crescimento pessoal e profissional.

No SUMC, tendo em vista o desenvolver desta competência de basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, foi abordado o enfermeiro coordenador no sentido de me ajudar a identificar uma necessidade formativa. Dado que a equipa de enfermagem do SUMC apresenta elementos novos, com pouca experiência na área da Ventilação Não Invasiva (VNI), foi decidido, em conjunto a realização de uma ação de formação sobre esta temática, cujo objetivo era fornecer as bases para fundamentar as linhas orientadoras para a implementação de um protocolo de atuação da VNI no doente em contexto de SU, de forma a permitir a promoção de boas práticas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Ao SUMC, diariamente, recorrem utentes a que é instituída a VNI que é considerada uma opção terapêutica eficaz e segura, sem necessidade de recorrer a técnicas invasivas (Scala & Pisani, 2018). Esta pode ser instituída logo na SR ou posteriormente. Perante esta problemática era imperioso a realização de uma formação nesta área. Com o objetivo a longo prazo de elaboração de um protocolo, foi convidada uma médica de Medicina Interna para participar, de modo a garantir a implementação do mesmo. A formação teve a duração de 4 horas em que foram abordados temas sobre insuficiência respiratória, critérios de inclusão e gasometrias por uma médica do SUMC. Eu abordei os temas relacionados com objetivos, ventiladores e modos ventilatórios, interfaces e material adjuvante, e os cuidados de Enfermagem ao doente com VNI (preparação do doente, monitorização e complicações). Por fim foram apresentados casos clínicos para sedimentar os conteúdos e refletir sobre a prática. Foi igualmente elaborada uma

instrução de trabalho sobre esta temática com o objetivo de uniformizar as práticas e um póster que faz a síntese de todos os pontos abordados e que permite a consulta em caso de dúvidas.

O meio envolvente dos cuidados intensivos é familiar, devido à minha experiência nesta área, porém saliento que a UCI do HDS é diferente da minha prática profissional. Ao longo do meu EC tracei como objetivo conhecer uma dinâmica diferente, estabelecer momentos de partilha de experiências e de reflexões para enriquecimento mútuo. É ao refletir sobre a ação, que se toma consciência do conhecimento tácito, se identificam crenças erróneas e se reformula o pensamento (Rua, 2011), isto é, com o decorrer do ensino clínico apercebi-me que podem existir diferentes formas de organização e prestação de cuidados ao doente, desde que sejam cumpridos os princípios orientadores, não existindo uma verdade absoluta.

Recordo que os orientadores desempenham um papel crucial nesta minha aprendizagem ao me “obrigar” a pensar, refletir e pesquisar a literatura científica mais atualizada. Por exemplo, o protocolo de administração de insulina endovenosa ao doente crítico existente na UCI é bastante diferente do que estou a usar na minha prática diária, contudo obedece aos mesmos princípios de manter os valores de glicémia do doente crítico estáveis dentro do alvo 120-160 mg/dL e prevenir hipoglicémias.

O cuidar não se restringe à execução de atividades técnicas, mas engloba o doente na sua plenitude, com histórias, sentimentos, medos, expectativas (Pott et al., 2013). Não podemos deixar que o excesso de carga de trabalho, a desmotivação e a falta de reconhecimento remetam para segundo plano o cuidar na sua essência.

Na UCIC uma questão que me suscitou muito interesse prende-se com a abordagem que é feita ao doente crítico, com EAM submetido a Intervenção Coronária Percutânea (ICP). Neste sentido desenvolvi inúmeras pesquisas sobre esta temática e partilhei momentos de reflexão com a equipa de forma a prestar cuidados seguros, de qualidade e detetar precocemente complicações que possam advir.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica englobam: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018).

Para desenvolver a competência cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica a prestação de cuidados ao doente crítico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018), a minha ação assentou na identificação dos focos de instabilidade, agindo de forma antecipatória. Assim, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018, p.19363).

Considero que no exercício da sua prática os enfermeiros que prestam cuidados no SUMC, UCI e UCIC devem de possuir um conhecimento abrangente sobre o cuidar da PSC com falência orgânica, iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, tendo como objetivo principal suportar e recuperar estas funções.

Todas as áreas assistenciais que constituem o SUMC são potenciais locais de aprendizagem não só pela diversidade das situações clínicas, como também pelo nível de complexidade e imprevisibilidade que essas situações podem atingir. Pela minha experiência estas situações, muitas vezes envolvem uma abordagem rápida, inserida num ambiente cheio de emoções, sentimentos e incertezas tanto para o doente como para a família. Senti que consegui trilhar o meu caminho de crescimento pessoal e profissional ao longo do ensino clínico prestando cuidados nos vários cenários, apesar das dificuldades inerentes ao processo de integração e adaptação.

No SUMC, o contacto com a PSC surge habitualmente durante os períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença em que tais mudanças, podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como, nas pessoas que os rodeiam, tendo complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010). O

enfermeiro especialista necessita de ter uma visão ampla, sensibilidade, conhecimento e experiência de forma a conhecer todo o meio envolvente de forma a intervir como facilitador do processo de transição.

Na SR, a prestação e cuidados à PSC vítima de trauma exige aos enfermeiros um conjunto de competências, conhecimentos científicos e habilidades técnicas que lhe permitam cuidar do doente com qualidade e segurança. No Parecer n.º 14/2018 da OE (2018b: p.3) dada a complexidade dos utentes que entram na SR a “equipa adstrita à sala de emergência deve ser detentora de formação especializada, da responsabilidade da instituição, específica, de forma a responder com prontidão às situações” na qual o “Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (OE, 2018b: p.2). No SUMC os enfermeiros alocados à SR possuem um vasto conhecimento e experiência em urgência/ emergência, que fazem a diferença na equipa que integram, podendo ser especialistas ou não.

Aquando a entrada de um doente de trauma na SR é feita uma avaliação primária rápida e sequencial utilizando a metodologia ABCDE (A- Via Aérea; B-Respiração; C- Circulação; D- Disfunção Neurológica; E-Exposição). Após a estabilização é efetuada uma avaliação secundária FGHI (F-avaliação de todos os sinais vitais/intervenções focalizadas/presença da família; G-proporcionar medidas de conforto, H-história e avaliação cefalo-caudal; I-inspeção de superfícies posteriores), assegurando as suas funções vitais, através da monitorização e vigilância contínua dos sinais vitais, estabilização e execução de procedimentos necessários.

Vivenciei vários momentos no SUMC de aprendizagem que me proporcionaram muitos momentos de reflexão e introspeção. Destaco uma situação em particular referente à admissão na SR de uma doente politraumatizada, vítima de atropelamento com projeção. Após a avaliação ABCDE, estabilização do quadro e avaliação secundária foi acompanhada na realização de exames complementares de diagnóstico, que mostraram que a PSC necessitava de cuidados diferenciados pelo que foi decidida a transferência para o Hospital de Santa Maria (hospital de referência). Perante o quadro de instabilidade da PSC a decisão sobre o acompanhamento durante a transferência foi complicado. Numa circunstância tão crítica, denotei que não existiu trabalho em equipa entre as diferentes especialidades e houve perda de tempo nas decisões o que pode ter atrasado o tratamento diferenciado. Perante esta situação penso que a criação de um Protocolo de atuação em Trauma seria benéfico pois pouparia tempo,

que neste tipo de situações é essencial, permitindo um tratamento em tempo útil. A criação de um protocolo iria permitir uma articulação entre os diversos serviços do hospital (imagiologia, serviço de sangue) e com o hospital de referência (centro trauma), e salientar a importância que tem o trabalho de equipa, como é no caso da Via Verde Trauma.

O Despacho n.º 8977/2017 de 11 outubro (2017) constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros que tem como funções incentivar e prever a melhor interação entre a emergência pré-hospitalar e a intra-hospitalar, na referenciação de utentes, na integração de protocolos de atuação e na gestão da informação clínica, para a melhor continuidade de cuidados, garantindo a implementação eficaz da Via Verde do Trauma. Cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (Sá et al., 2015, p.31).

A UCI deve ser dotada de enfermeiros, qualificados e treinados para intervir em situações críticas, 24 horas por dia, mencionando a importância da formação complementar e a necessidade destes profissionais serem providos de uma experiência singular no domínio de atuação, prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência tal como e referido no parecer n.º 15/2018 (OE, 2018a).

No EC da UCI de HDS, prestei cuidados à PSC na sua globalidade, com distintos graus de gravidade e instabilidade, desde a admissão na unidade; monitorização e vigilância hemodinâmica detetando sinais de instabilidade hemodinâmica o mais precocemente possível através da monitorização invasiva; elaboração do plano de cuidados; transporte intra-hospitalar para realização de complementares de diagnóstico; execução de técnicas e procedimentos complexos como aspiração de secreções brônquicas; técnicas de substituição renal, avaliação e interpretação da pressão venosa central, da pressão intra-abdominal e do índice bispectral, colaboração na colocação de cateter venoso, entubação orotraqueal. Prestei ainda cuidados à PSC sob ventilação invasiva e não-invasiva, com medicação vasoativa e sob protocolos terapêuticos complexos. Tendo em linha de conta que já conheço esta realidade, a adaptação a todas estas técnicas foi fácil, porém na UCI os protocolos e equipamentos existentes são diferentes. Para concretizar este objetivo foi fundamental mobilizar conhecimentos teóricos e práticos prévios decorrentes da experiência profissional e/ou adquiridos na componente letiva do mestrado e realizar pesquisa bibliográfica oportuna para aprofundar ou adquirir novos conhecimentos, assim como questionar sistematicamente a enfermeira orientadora, bem como outros elementos da equipa de enfermagem da UCI.

Os doentes internados na UCIC do CHL tem monitorização cardiorrespiratória contínua, o que permite uma intervenção precoce com medicação, cardioversão ou desfibrilhação, melhorando o prognóstico dos pacientes com doenças cardiovasculares graves (Kasaoka, 2017). Na UCIC a imprevisibilidade impõe um nível diferenciado de resposta. O acolhimento da PSC é realizado pelo enfermeiro que recebe o doente. Este principia por se apresentar, descrever as regras e normas da UCIC, entregar o guia do utente e realizar uma colheita de dados completa.

A preparação para a alta começa aquando a admissão, em que é realizada logo educação para a saúde, à medida que se processa a colheita de dados, aproveitando o estado de elevada motivação para a aprendizagem e mudança de comportamentos, como nos refere Silveira e Abreu (2016). Devo realçar a importância, dada às condições sociais e económicas dos doentes, uma vez que desde a admissão do doente nesta unidade se começa a preparar a sua alta fazendo um reconhecimento do apoio familiar que a pessoa tem, e sempre que necessário é feito o encaminhamento para o Serviço Social.

Considero que a satisfação das necessidades da família em contextos críticos são frequentemente um desafio para os enfermeiros, em especial para mim. Porém sempre que a situação o permitiu, a minha atenção focou-se na família promovendo o estabelecimento de uma relação de ajuda, de forma a compreender a situação que está a vivenciar e qual o suporte que esta possui. Para as famílias a situação do seu ente querido enquanto não for resolvida ou esclarecida será sempre a mais crítica (Sá et al., 2015). Assim, sempre que possível após estabilizada a situação da PSC na SR a família estabelece contato com o seu familiar com o intuito de tranquilizar ambos, em que apenas uma palavra de conforto ou simplesmente a presença era suficiente. Os locais onde a presença de familiares é um hábito profissional adquirem benefícios para todos (Batista et al., 2017) dado que a qualidade dos cuidados assenta nas relações que são desenvolvidas e fortalecidas entre ambos (Guedes et al., 2013).

No SUMC, devido a sobrelotação, a Lei n.º 15/2014 de 21 março (2014) que possibilita o acompanhamento de um familiar não é cumprida na sua totalidade, no entanto existe uma diretiva interna que estabelece 2 períodos de visita ao longo do dia e mais 2 horários em que são dadas informações à família pelo médico, quando solicitado previamente, mediante a formalização de um pedido para esse efeito no gabinete de admissão.

Reparei que o enfermeiro coordenador no SUMC acolhe a família e desenvolve ações totalmente autónomas, fornecendo informações gerais ou específicas, acompanha o familiar junto do doente, construindo uma ponte entre o doente e o seu familiar, o que me despertou

muito interesse, pela constatação da sua importância para a gestão de emoções por parte da família ou acompanhantes, assim como do doente. Confesso que me senti um pouco desconfortável dado que este momento por vezes é efetuado à porta da entrada do serviço, devido à inexistência de um espaço físico disponível para esse efeito, tal como preconiza a ACSS (2015). Na entrada existe ruído e uma agitação característica onde circulam vários profissionais de saúde e doentes, que dificulta a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família. Para fazer face a esta situação o enfermeiro coordenador recorre a gabinetes médicos disponíveis ou ao posto de triagem 2 para dar as informações num ambiente mais reservado permitindo o expressar de sentimentos. Com as obras de remodelação do SUMC está projetado um espaço para informações e más notícias.

O ambiente da UCI do HDS caracteriza-se como sendo um contexto fechado, complexo, tecnológico, que presta cuidados especializados ao doente crítico submetido a ventilação mecânica, sob sedação, com alterações do estado de consciência, cujas dificuldades no processo de comunicação estão bem evidentes. O internamento na UCI tem impacto na PSC assim como na dinâmica familiar, provocando mudanças do ciclo de vida familiar. A ansiedade e a insegurança da família estão relacionadas como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar com o familiar (Saiote, 2010).

O horário das visitas na UCI é restrito, uma hora durante o turno da manhã e meia hora no turno da tarde, podendo apenas entrar 2 acompanhantes, alternadamente. O familiar sente-se fragilizado pelo medo de uma possível perda e pela aflição de ver o familiar em situação crítica, pelo que o enfermeiro deve integrar a família no processo de cuidados. A comunicação estabelecida entre o enfermeiro e a família deve ser honesta, clara, eficaz e feita com veracidade reduzindo situações de conflito (Sá et al., 2015).

Observei que o enfermeiro acolhe prepara, acompanha, comunica, identifica e esclarece todas as dúvidas que possam surgir, tendo a sensibilidade de observar as reações e compreender seus sentimentos. Verifiquei algumas barreiras e resistências de alguns elementos em comunicar com a família, sendo que a estratégia adotada frequentemente consistia em encaminhar os familiares para falar com o médico após o término da visita.

Para muitos de nós, comunicar nem sempre é fácil. Recordo uma situação que vivenciei durante o ensino clínico, que me marcou. Uma mãe que perdeu o seu filho de 32 anos na semana anterior vítima de doença cardíaca súbita, tinha o filho de 28 internado na UCI com um prognóstico muito reservado, com várias abordagens terapêuticas sem resultados. Confesso que senti muitas

dificuldades em apoiar aquela mãe, quando esta me perguntou se o filho estava melhor e a situação caminhava a passos largos para o abismo. Identifiquei-me muito com a história desta senhora. Também sou mãe e o meu maior medo é não poder ver a minha filha a crescer. Na altura não consegui dizer nada, mas fiquei ali a ouvi-la. Após uns momentos de reflexão percebi que afinal eu tinha contribuído para amenizar o sofrimento daquela mãe, ao dar-lhe o meu tempo e espaço para que pudesse transmitir as suas angústias e medos. Sugiro assim a reflexão individual e coletiva da equipa sobre as suas limitações na área da comunicação, como forma de desenvolver competências e ultrapassar barreiras. Para Fulbrook et al. (2007) citado por Sá et al. (2015), as necessidades da família são colocadas para segundo plano, uma vez que em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam.

Durante o ensino clínico na UCIC apercebi-me que os doentes vivenciam sentimentos de medo, angústias e incertezas exacerbados com a necessidade de internamento, chegando a verbalizar medo de morrer. Procurei acolher o doente e a família, esclarecendo as dúvidas e estabelecer uma relação de confiança, que promovesse a diminuição da ansiedade. Em todos os ensinamentos de educação efetuados envolvi sempre que possível, os familiares, nomeadamente nas alterações de estilos de vida que terão de ocorrer após a alta. Existe uma preocupação por parte da equipa em garantir algum apoio psicológico à família.

À semelhança do que acontece na UCI o horário também é restrito. Ressalto que um horário mais alargado e flexível poderia contribuir para a diminuição da ansiedade do doente e familiares (Lopes et al., 2017). Esta tipologia de horário tem inúmeras vantagens porque melhora a satisfação dos familiares, reduz o stress, ansiedade e favorece a colaboração dos familiares em alguns cuidados, permitindo a preparação para a alta (Errasti-Ibarrondo & Tricas-Sauras, 2012). Partilho a mesma opinião, esta tipologia de horário é uma barreira geradora de ansiedade, podendo existir outros horários de visita adaptados a cada família e previamente combinados com a equipa de enfermagem.

As UCIs são responsáveis por todas as decisões relativamente ao doente crítico, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, tratamento do doente e, evidentemente, da participação de doente e família na definição da estratégia terapêutica, em que os profissionais são desafiados a acompanhar a evolução da Medicina Intensiva (Paiva et al., 2017).

As vivências das pessoas internadas na UCI estão associadas a sentimentos negativos, tais como o medo da morte e a dificuldade em adormecer, a sonhos e a alguma incapacidade em orientar-se no espaço e no tempo (Castro et al., 2011). Uma grande preocupação que me acompanha diariamente e não foi exceção no EC diz respeito à necessidade de compreender o doente ventilado, impossibilitado de comunicar oralmente. A comunicação não verbal assume um papel de extrema importância. O enfermeiro que presta cuidados na UCI deve avaliar a capacidade do doente em comunicar, envolver a família nessa estratégia, ser amável, e estar fisicamente presente incentivando a família a comunicar com o doente. Tive oportunidade de comunicar com o doente através da leitura dos lábios e servir de intérprete na interação com a família. Martinho et al. (2016) referem que a família ao não conseguir descodificar o que o seu familiar deseja comunicar, vivencia sentimentos de impotência e frustração.

Na minha opinião, pequenas atitudes, com o uso de expressões faciais, à linguagem gestual, à linguagem escrita, a visualização de cartões com imagens, bem como todas as intervenções que promovem a manutenção de um ambiente terapêutico adquirem um valor exponenciado e facilitam a comunicação entre o enfermeiro e o doente ventilado. A humanização do ambiente de cuidados intensivos só é possível se o enfermeiro tiver com enfoque a comunicação, a família, a espiritualidade e as crenças religiosas como estratégias de apoio à PSC. A música demonstrou ser uma ferramenta eficaz à terapêutica do indivíduo internado na UCI permitindo um cuidar sensível, criativo e humanizado (Araújo & Silva 2013).

A dor é uma constante na PSC, no entanto esta nem sempre é valorizada na medida da sua importância, dadas as prioridades de intervenção, porém esta tem um impacto significativo no aumento da instabilidade clínica e diminuição do conforto e bem-estar (Teixeira, 2016). O enfermeiro especialista à PSC deve ter como foco de atenção a pessoa no seu todo, incluindo a dor. Assim, nos diferentes ensinamentos clínicos procurei fazer uma correta avaliação da pessoa com dor, com recurso da escala mais adequada a cada situação fazendo uma gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor e promoção do conforto do doente.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.), após a realização de um estudo a nível nacional sobre a avaliação da dor em várias UCI 's indica o recurso à *Behavioral Pain Scale* (BPS) para a avaliação da dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados. Na UCI não é feita essa avaliação dado que o sistema informático *SClínico*, não integra essa escala e não é possível fazer alterações ao programa. As escalas contempladas na UCI são 5, no entanto nenhuma escala é adequada para a avaliação da dor em doentes sedados e ventilados, tendo em

conta que estes não conseguem verbalizar a sua dor. Assim, procurei fazer uma correta avaliação da pessoa com dor com recurso da escala numérica ou a Escala Visual Analógica (EVA) embora acredite que essa avaliação não fosse fidedigna.

A avaliação da dor na UCIC é de fulcral importância, dado que a dor torácica pode ser indicativa de EAM, sendo essencial uma vigilância apertada (Vieira et al., 2016). A dor é um sinal vital muito valorizado em todos os utentes admitidos na UCIC, em que para além da sua quantificação é importante a sua descrição como “uma opressão”; “aperto tipo facada”. A avaliação da dor é feita regularmente, duas vezes por turno, se o doente não tem dor, com recurso à escala EVA ou escala numérica e adequadas medidas farmacológicas. O ambiente da UCIC é silencioso, possui luz natural, o que desde logo proporciona um conforto, no entanto também recorri ao uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, tais como a massagem de conforto, o posicionamento do doente.

Acompanhei vários doentes que ao detetar um dos sinais de alerta do EAM contactaram o 112. Após o contacto o Instituto Nacional de emergência médica encaminha as vítimas de EAM para os hospitais adequados através da Via Verde Coronária, permitindo um tratamento mais rápido e eficaz. O tratamento dos doentes através desta via verde é feito com base em critérios clínicos específicos, visando o rápido tratamento de determinados tipos de enfarte agudo do miocárdio em que há necessidade da realização de cateterismo cardíaco. O tempo que decorre desde o início da sintomatologia do EAM até ao tratamento é a janela temporal que vai garantir a eficácia do mesmo, condicionando o prognóstico (SNS, 2017).

O CHL, está dotado de UHICV e recebe doentes da Via Verde Coronária. A minha passagem pela UHICV enquadrou-se numa perspetiva observacional, estando presente em diversas intervenções como Cateterismo Cardíaco, ICP, colocação e substituição de pacemaker.

Destaco a oportunidade de realizar o SAV em 2 doentes que por instabilidade hemodinâmica durante o procedimento entraram em paragem cardiorrespiratória. Perante esta situação é ativada a Equipa de Emergência Interna, sediada no Serviço de Medicina Intensiva. Colaborei em todo o algoritmo, nomeadamente na entubação orotraqueal do doente, para manutenção da via aérea nas compressões torácicas. Após os procedimentos foi realizado um *debriefing* que nos permitiu identificar os aspetos a melhorar, indo de encontro ao preconizado por Kessler et al. (2015). A experiência de poder colaborar na UHICV foi extremamente importante para o meu desenvolvimento profissional.

O EAM continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo (World Health Organization, 2016), em que o conhecimento, sobre este e os fatores de risco, pela população possibilita que estes compreendam a importância na sua prevenção e o impacto consequentemente na sua saúde (DGS, 2017c). Motivar, ensinar e capacitar são aptidões que os enfermeiros que trabalham na UCIC possuem, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e diminuir o risco de recorrências de complicações cardíacas, tal como a morte prematura.

Existe um estado de elevada motivação para a aprendizagem e mudança de comportamentos na fase intrahospitalar (Silveira & Abreu, 2016). Assisti a uma sessão de educação para a saúde, com recurso a material didático, realizada em grupo, na unidade, sobre a doença cardíaca e fatores de risco cardiovascular estimulada pelo fato de naquele dia todos os doentes internados presentes partilharem o mesmo diagnóstico, de EAM. Para mim as sessões de educação são de extrema importância e fazem parte da essência do cuidar. Alguns doentes verbalizaram que ao recuperar de um enfarte sentiram que a vida lhe estava a dar uma nova oportunidade, pelo que aproveitei essa motivação para realizar ensinamentos sobre a doença cardíaca, fatores de risco cardiovascular e adoção de um estilo de vida mais saudável.

Com base no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares de 2017 publicado pela DGS o número de episódio de internamento, em 2016, por enfarte agudo do miocárdio foi de 11 510, ocorrendo um decréscimo face a 2011, que era de 12 093 (DGS, 2017c). Apesar dos esforços que tem vindo a ser desenvolvidos, as doenças cardiovasculares estão associadas a um aumento da morbilidade, incapacidade e invalidez e perda de potenciais anos de vida. Perante este cenário, diversas organizações dedicadas à área da saúde em diferentes países iniciaram uma intervenção de prevenção e reabilitação ao nível da saúde cardiovascular, sendo uma destas intervenções a reabilitação cardíaca (DGS, 2017c). A reabilitação cardíaca é um processo multidisciplinar de recuperação do doente após um evento cardíaco agudo ou no contexto de doença cardíaca crónica (Abreu et al., 2018) que engloba um conjunto de intervenções coordenadas com ênfase na prevenção da incapacidade resultante da doença coronária, otimização da capacidade física, psicológica e/ou social do doente (Carrageta, 2018).

Tive oportunidade de participar no Programa de Reabilitação Cardíaca presenciando uma sessão de educação para a saúde sobre alimentação saudável, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, realizada por uma enfermeira da Cardiologia e pela Nutricionista. Esta sessão de educação teve a presença de 6 doentes que se encontravam a frequentar o programa e que

sofreram de EAM. Foi deveras interessante observar a recetividade, disponibilidade, partilha de conhecimentos e experiências entre ambos.

Atualmente, os programas de reabilitação cardíaca constituem uma estratégia no combate às elevadas taxas de mortalidade e/ou comorbidades associadas às doenças cardiovasculares (Abreu et al., 2018; Pipoli et al., 2016). É essencial reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco cardiovascular modificáveis com particular enfoque na hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, atividade física, Diabetes *Mellitus* e garantir a terapêutica adequada nos eventos cardíacos de modo a estabelecer um plano integrado nos centros de reabilitação cardíaca constituindo uma componente fundamental da melhoria da qualidade de vida (DGS, 2017c).

Na minha opinião, o programa capacita o utente para o seu autocuidado, tornando-o mais consciente da sua doença, bem como dos fatores que a propiciam, e saberá o que fazer para que não volte a ter uma recidiva. Nem todos os doentes tem essa predisposição, motivados pela modificação do estilo de vida e a manutenção destas mudanças são objetivos difíceis de alcançar porque vão obrigar ao abandono de hábitos enraizados em doentes e famílias, muitas vezes com baixo nível socioeconómico, frequentemente assintomáticos, que não sentem nem compreendem a necessidade de mudança (Mendes, 2013).

Recordo um homem de 31 anos que foi admitido na UCIC com o diagnóstico de EAM, com antecedentes pessoais de EAM e hábitos tabágicos. Destaco o papel dos enfermeiros da UCIC no desenvolvimento de estratégias para incrementar a motivação para mudanças de hábitos de vida considerados de risco e para a manutenção de estilos de vida saudáveis, permitindo assim a prevenção de complicações e aparecimento de novos eventos.

Todos os doentes que tem alta da UCIC levam carta de alta, com os cuidados a ter na prevenção da doença cardíaca, no entanto o contacto com o enfermeiro de família do doente para assegurar a continuidade de cuidados ainda não é realizado. Penso que existe um trabalho a realizar neste sentido, não só nesta área. Numa das muitas reflexões com o enfermeiro orientador, acredito que a criação de uma consulta de enfermagem de avaliação posterior também seria benéfica.

Nos vários ensinamentos clínicos tive oportunidade de vivenciar outras situações que requerem uma sensibilidade pertinente e uma conduta responsável e ética de atuação no respeito pelos direitos humanos, que tem a ver com a assistência a doentes em processos de fim de vida, à não utilização de medidas invasivas infrutíferas que iriam apenas prolongar o sofrimento. Os doentes em fim de vida necessitam de cuidados centrados no alívio dos sintomas descontrolados

e na promoção do conforto em que os seus familiares estão igualmente fragilizados e a necessitar de cuidados (Pedreirinho et al., 2015).

Na interação enfermeiro - doente em fim de vida, a gestão de sentimentos acontece numa escalada progressiva, sendo muito condicionada pela gestão da informação, pela cultura curativa, pela falta de trabalho em equipa, pelas características do doente e família e pelo desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro (Sapeta & Lopes, 2012). Esta competência foi colocada à prova em várias situações, pelo que procurei responder às necessidades dos utentes e das famílias, embora seja uma situação incómoda, visto no SUMC não existir um espaço físico reservado ao doente em processo de fim de vida, onde possa estar acompanhado. Muitas vezes estes utentes são colocados num “cantinho” da urgência ou então transferidos para o serviço de Observação, para promoção do conforto, caso exista cama disponível, o que nem sempre é possível dada a sobrelotação do serviço. Sempre que foi possível foi permitida a presença da família/pessoa significativa.

No que concerne à competência dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018) a DGS recomenda que as Unidades do Sistema Nacional de Saúde elaborem de um plano de emergência, estabelecendo regras de atuação, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde” e que realizem periodicamente uma análise da situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, (DGS, 2010). O Plano de emergência permite organizar, orientar, facilitar e uniformizar as ações necessárias a uma resposta adequada perante uma situação de exceção e catástrofe (Divisão de Planeamento de Proteção Civil, 2018).

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (Instituto Nacional Emergência Médica [INEM], 2012).

Em situações de catástrofe os serviços de urgência são uma das primeiras linhas de resposta, proporcionando atendimento adequado (Whetzel et al., 2013). Tendo em conta a realidade nacional, com hospitais assoberbados a funcionar diariamente no limite máximo das suas capacidades, a resposta a uma situação complexa, como uma catástrofe, sem um plano prévio pode conduzir a uma situação de ineficácia e conjeturar uma segunda catástrofe, a nível hospitalar.

Não existem planos perfeitos, mas é necessário estar preparado para agir, face às constantes mutações e realidade hospitalar. Assim, deve existir uma organização interna clara e objetiva, com uma estrutura de comando e controlo que permitirá uma melhor coordenação durante os incidentes, tendo em vista a redução da morbilidade e mortalidade resultantes da situação de catástrofe (Wachira et al., 2014).

A triagem perante uma catástrofe sofre transformações de forma a triar de forma mais rápida o maior número de sobreviventes. A triagem primária que possibilita uma categorização rápida tendo em conta o critério de gravidade da PSC, baseando-se no “*Simple Triage And Rapid Treatment*” com recurso a apenas a 3 discriminadores (1-Vítima anda? Ferida?; 2 Respira (frequência respiratória); 3 – frequência cardíaca). Seguidamente as vítimas são categorizadas com base nestes discriminadores, sendo atribuído a prioridade: emergente (cor vermelha); grave (amarelo); não grave (verde) e morto (preto) (INEM, 2012).

A triagem secundária é um processo contínuo baseada no método de triagem *Triage Revised Trauma Score*, que consiste numa avaliação contínua baseada em 3 variáveis fisiológicas (frequência respiratória, estado de consciência, com a utilização de escala de coma de Glasgow e pressão arterial sistólica). A cada uma destas variáveis é atribuída uma pontuação que varia entre zero e 4. O resultado da soma das parcelas (0-12), determina a prioridade, sendo que, quanto maior for o valor, menor é a prioridade (INEM, 2012).

Segundo o Protocolo da Triagem de *Manchester* em vigor no SUMC para a capacidade do serviço, são considerados o número de profissionais disponíveis, pelo que cada vítima triada como “vermelha” necessita da assistência de um médico e de um enfermeiro, para cada 4 vítimas triadas como “amarelas” são necessários um médico e um enfermeiro e, por fim, cada zona de vítimas triadas como “verdes” poderá ficar ao encargo de um médico e um enfermeiro. No SUMC, o limite considera-se atingido com a admissão de 5 a quinze vítimas graves/hora ou o equivalente a 30% das urgências diárias em uma a 3 horas. O gabinete de crise, nomeado pela comissão de catástrofe, deverá ser ativado pelo Chefe de Equipa de Urgência, assim que seja confirmado o alerta de catástrofe.

O plano de catástrofe tem 3 fases de ativação: Alerta, Alarme e Execução. Assim, a fase de Alerta surge aquando a notícia de uma catástrofe, em que se prevê que o hospital tenha de intervir. Na fase de alarme ocorre uma reunião do gabinete de crise, em zona previamente determinada, na qual são identificadas as necessidades e desencadeado o nível de resposta adequado à situação.

O nível de resposta um pressupõe que o hospital consegue resolver a situação com os meios habituais e permanentemente disponíveis no mesmo. Por conseguinte, o nível 2 pressupõe que o hospital consegue resolver a situação com todos os seus recursos, incluindo aqueles considerados ativáveis apenas em situações de exceção, sendo que devem ser tomadas medidas para localização e mobilização do pessoal, derivação dos utentes, ampliação do hospital e informação das autoridades. No nível de resposta 3 o hospital apenas consegue resposta acionando a totalidade dos recursos mobilizáveis em situações de emergência, incluindo os recursos externos ao hospital.

Na fase de execução o gabinete de crise após avaliar a situação desencadeia nível de resposta adequada à situação.

Na SR do SUMC existe um armário onde existe toda a documentação essencial aquando à ativação do plano de catástrofe, em que os registos deixam de ser informatizados e passam a ser em papel e o posto de triagem é deslocado para o exterior. Nesse armário existem 50 *Kits* com requisições de pedidos de sangue e exames complementares, tubos de sangue e impresso para avaliação secundária. Também existem cartões de ação com a descrição das funções de cada elemento durante a ativação do plano de catástrofe.

O plano do SUMC, na minha opinião, encontra-se bem estruturado tendo em conta as necessidades e recursos existentes no hospital e a população. Face ao exposto, considero que a preparação do SUMC bem como dos profissionais que neles trabalham constitui a pedra basilar na resposta a todas as situações de emergência multivítima.

A UCI e a UCIC também se encontram contemplados nos planos de emergência do respetivo hospital, adquirindo uma função à medida que o plano é ativado de forma graduada e sequencial dependendo da gravidade da situação. Os planos de emergências de ambos os hospitais encontram disponíveis para consulta na intranet. A implementação de um plano de emergência reforça a importância de uma cultura de prevenção, planificação das ações de modo coordenado, rapidez de atuação dos profissionais e diminuição dos prejuízos caso as instituições venham a estar afetada por uma situação de crise.

Para que o plano seja executado de uma forma eficaz é necessário que todas as pessoas intervenientes estejam corretamente formadas de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada e se identifiquem como elemento fundamental e necessário. Apesar deste se encontrar disponível para consulta na internet denotei que existia um grande desconhecimento face a esta temática. Quando surgir uma situação de catástrofe, será que estão preparados?

É importante que cada profissional se identifique como elemento fundamental e necessário, e possa conhecer a sua missão, o seu papel e a sua ação. O enfermeiro especialista deve substantificar estes planos, através do planeamento de ações de formação e realização de simulacros, para operacionalizar todos os conteúdos, uma vez que uma equipa treinada, com conhecimentos desempenha melhor as suas funções e diminui as situações de stress. A realização de simulacros constitui um elemento essencial do processo de aprendizagem, permite testar o Plano de Emergência do hospital, identificar as dificuldades e elaborar ações corretivas, com vista à criação de rotinas e comportamentos de atuação internos, conjuntamente com as autoridades externas (Moreira, 2014).

A ocorrência de incêndios, mais ou menos importantes, em edifícios levou à perda de um grande número de vidas humanas imprimindo a existência de uma atitude preventiva na qual está inerente a importância do planeamento. No CHL existe um plano de prevenção contra incêndios, que integra um conjunto de medidas com o objetivo de diminuir a probabilidade de ocorrência de incêndios e diminuição das suas consequências visando preservar as pessoas, o ambiente, os bens materiais e a operacionalidade da instituição (CHL, 2019). Na UCIC é visível na entrada do serviço o plano estrutural do mesmo e o plano de evacuação. O plano de formação de 2019 da UCIC contemplou uma ação de formação sobre a prevenção contra incêndios (CHL, 2017).

Denoto que, cada vez se olha mais para esta temática com maior cuidado, através da existência de uma atitude preventiva na qual está inerente a importância do planeamento. Considero que, o conhecimento do plano de prevenção contra incêndios é uma medida de autoproteção para os profissionais e para os doentes, possibilita salvaguardar os equipamentos e o abandono do serviço em segurança, em caso de emergência. Neste sentido, as ações de formação e simulacros devem ser realizadas periodicamente de forma a fomentar esta cultura, para que cada um se consciencialize do seu papel e perceba o que fazer em situação de emergência.

À semelhança do que acontece na UCIC, a UCI também tem instituído um plano de prevenção contra incêndios, contudo este serviço é mais antigo, fica localizado na ponta de um corredor, sendo o acesso feito através de uma única porta, que é a mesma para a entrada e saída do serviço e as janelas são estreitas. Pensar na evacuação de doentes, em caso de emergência, é um verdadeiro quebra cabeças, caso o incêndio deflagre no meio do corredor ou nas áreas de apoio à prestação de cuidados contíguas à sala *open space*.

Apesar de não ter tido a oportunidade de participar na conceção e ação de uma resposta a uma situação de exceção e catástrofe, dada a não ocorrência das mesmas, face ao exposto anteriormente, considero ter atingido a presente competência na sua globalidade.

Para o desenvolvimento da competência de intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018) foi realizada uma reflexão aprofundada sobre as IACS, nomeadamente sobre a sua prevenção.

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos constituem um problema de saúde com aumento da mortalidade e morbidade. Face ao panorama da infeção é de realçar que as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior importância, dado que prolongam o tempo de internamento e o aumento de custos em saúde, e neste sentido, há que adotar medidas para as prevenir e reduzir (Programa de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], 2018).

As IACS são uma infeção adquirida pelos doentes como consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar os profissionais de saúde no exercício da sua atividade (DGS, 2007).

As IACS mais frequentes pela sua taxa de prevalência e mais preocupantes são: Pneumonia associadas a Ventilação; Infeção do trato urinário; Infeção do Local cirúrgico; Infeção por *Clostridium difficile*; e Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (*European Centre for Disease Prevention and Control* [ECDC], 2016). As principais medidas de prevenção e controlo assentam em pilares fundamentais como a promoção de boas práticas a nível Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e na implementação de Feixes de Intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos.

A implementação das PBCI, aplicadas a todos os doentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso, permitem garantir a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde (PPCIRA, 2018).

Deste modo, procurei sempre ter em conta a aplicação das PBCI preconizadas pelas DGS (2012) cujo objetivo assenta na prevenção da transmissão da cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, contudo reconheço que no SUMC o controlo de infeção é um desafio face à sobrelotação, em que as macas dos doentes estão relativamente próximas e ocupam locais de passagem. No contexto de urgência é difícil gerir a infeção devido às situações

de doença grave das pessoas, à escassez de profissionais, a sobrelotação de utentes e a constante mobilização destes, que só por si promove mais a infeção, do que propriamente o incumprimento de medidas de prevenção (Figueira, 2013).

Observei que os profissionais de saúde se encontram sensibilizados para esta problemática, respeitam o uso de equipamentos de proteção individual e cumprem os momentos de higienização das mãos. Existem soluções antissépticas de base alcoólica, dispersas pelos serviços em pontos de fácil acesso e de passagem, contentores de resíduos hospitalares (grupo III) e contentor corto-perfurantes de modo a facilitar o seu acesso pelos profissionais.

A DGS (2019) reforça a importância da higienização adequada das mãos nos 5 momentos e preconiza a remoção de adornos e a manutenção das unhas naturais, curtas e limpas, sem verniz, gel ou extensores de unha. A grande maioria dos elementos das diferentes equipas cumpre estas recomendações, contudo é essencial difundir uma cultura de prevenção e adoção destas recomendações, para uma adesão de 100%, dado que pequenas mudanças de comportamentos fazem toda a diferença.

No relatório anual do Programa Prioritário do PPCIRA (2018) é dada ênfase à necessidade de melhorar a vigilância epidemiológica e investir na informação transmitida aos profissionais de saúde e aos cidadãos em geral. Assim, a monitorização da higienização das mãos deve ser efetuada anualmente por todas as unidades de saúde, utilizando o Formulário para Observação da Higiene das Mãos, através do desafio *Clean Care is Safer Care* e posteriormente divulgar os resultados aos profissionais de saúde (DGS, 2019b). No CHL, o grupo de coordenação local do PPCIRA faz a monitorização da higienização das mãos, utilizando o Formulário para Observação da Higiene das Mãos e divulga os resultados. Existe uma enfermeira (elo) de ligação, na UCIC, que colabora nas atividades de prevenção e controlo de infeção. Em ambos os ensinamentos clínicos existem cartazes dispersos alusivos à lavagem e desinfeção das mãos, e uso adequado de equipamentos de proteção individual.

O grupo de coordenação local do PPCIRA assume um papel fundamental na divulgação, implementação e verificação de medidas eficazes para prevenir e controlar as IACS, uma vez que estas estão associadas ao aumento da mortalidade e morbilidade, aumento dos custos e diminuição da qualidade de vida. Estas podem surgir nos doentes hospitalizados ou atingir os profissionais de saúde.

Ao longo do tempo tem surgido um número crescente de intervenções baseadas em conjuntos de medidas dirigidas a determinado objetivo. Os *bundles*, foram traduzidas pela DGS para

“feixes” e designam um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5), baseados na evidência que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado do que cada uma das intervenções individualmente, traduzindo-se na diminuição das infeções (DGS, 2017e).

As UCI são um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde à PSC com falência de funções orgânicas vitais são assistidos por meio de suporte avançado de vida. Em 2016, 8,4% dos doentes internados na UCI por mais de 2 dias apresentaram pelo menos uma IACS adquirida na UCI. Assim, verificaram que: 6% doentes tiveram Pneumonia, em que 97% dos casos estava associada à intubação; 4% apresentaram infeção da corrente sanguínea, dos quais 44% dos casos associados à presença do Cateter Venoso Central (CVC) e 2% apresentaram infeção do trato urinário, com 99% dos casos relacionados com a presença de cateter urinário (ECDC, 2018).

Os microrganismos mais frequentes identificados nas UCI foram: *Pseudomonas Aeruginosa*, nas Pneumonias adquiridas na UCI; *Estafilococos* nas infeções da corrente sanguínea e *Echerichia Coli* nas infeções do trato urinário (ECDC, 2018).

A Pneumonia associada à intubação (PAI) é uma infeção respiratória nosocomial que surge em pessoas com tubo orotraqueal há mais de 48 horas ou em pessoas extubadas há menos de 48 horas responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento no SMI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e da mortalidade (DGS, 2017d).

Em Portugal, esta infeção é monitorizada pelo *Healthcare- Associated Infections in Intensive Care Units* da ECDC, sendo que os valores de incidência diminuíram de 11,2 para 7,1 por mil dias de entubação, entre 2008 e 2014 com aplicação dos Feixes de Intervenções elaborados pela DGS (DGS, 2017d).

A PAI é uma infeção adquirida na UCI em doentes submetidos a entubação endotraqueal e ventilação mecânica, sendo a infeção associada aos cuidados de saúde que apresenta maior mortalidade (DGS, 2017d), pelo que é imperioso que se cumpram as medidas emanadas pela DGS baseadas na melhor evidência científica, sendo essencial preveni-la com o cumprimento de medidas simples. A aplicação destas medidas simples permite a adesão dos profissionais de saúde na procura da excelência de cuidados essenciais à prevenção da PAI. Para além disso é importante avaliar os indicadores de saúde neste domínio, nomeadamente a taxa de PAI nos doentes internados na UCI. Não foi possível ter acesso a estes dados.

Em sintonia com a minha determinação de prestar cuidados de qualidade e seguros, tendo em conta a implementação do feixe de intervenção da PAI foi realizado na UCI do HDS, um do Procedimento sobre a Prevenção da PAI, com o objetivo de definir um conjunto de intervenções/procedimentos relacionados com PAI, baseadas na evidência científica de modo a sensibilizar os profissionais de saúde para o desenvolvimento e implementação das intervenções referidas.

A DGS recomenda a aplicação do feixe de intervenção: “Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central” (DGS, 2015c) e “Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, (DGS, 2017e) para redução da infecção associada a estes dispositivos. Tendo em vista o desenvolver desta competência foi realizada uma formação na UCIC intitulada “Infecção Aqui Não!” com objetivo de sistematizar os procedimentos relacionados com a prevenção e o controle de Infecção associada ao cateter vesical e infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC de forma a implementar medidas de prevenção.

Esta formação, destinada a todos os elementos da equipa, resultou de uma parceria conjunta com a PPCIRA fundamental para a sensibilização dos profissionais de saúde, dado que foram adaptadas as intervenções à especificidade do serviço e de cada grupo profissional. O envolvimento do PPCIRA promoveu um aumento da cultura de segurança e confiança dos profissionais, para partilha de conhecimento. O *feedback* foi muito positivo e todos juntos começaram a delinear estratégias para os problemas encontrados, aumentando a comunicação entre ambos.

A DGS (2017e) também recomenda que na implementação dos Feixes de Intervenção (*bundles*), haja uma especial atenção ao caráter multidisciplinar, agregador e motivacional da equipa de trabalho. Esta equipa deverá ser capaz de monitorizar os resultados da aplicação dos Feixes de Intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas dos Feixes de Intervenção, tendo em vista a melhoria dos indicadores.

No relatório da ECDC (2018) na UCI, 30% dos *Staphylococcus aureus* identificados eram resistentes à metilcilina e 11% *Klebsiella Pneumoniae* resistentes aos carbapenemes. Aquando a admissão dos doentes na UCI do HDS durante os primeiros 5 dias são prestados cuidados de higiene com cloroheixidina a 2% em toalhetes, incluindo o couro cabeludo (excetuando a face) em que é aplicando uma touca impregnada com cloroheixidina a 2%, com intuito de prevenir a colonização e infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (DGS, 2015d).

A *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*, é uma bactéria resistente os antibióticos mais potentes/recentes, pelo que existe poucas opções para a combater. Neste sentido a DGS (2017f) preconiza o rastreio microbiológico de todos os doentes admitidos nas unidades de elevado risco. Neste sentido é efetuado o rastreio a todos os doentes que são admitidos na UCI. Sempre que é identificado um microrganismo multirresistente, a PSC é mobilizada para sala de isolamento (sala menor) que possui uma separação em vidro. Já no SUMC, quando é identificado um microrganismo multirresistente, o doente é colocado no quarto de isolamento, caso esteja disponível ou é alocado estrategicamente num local do SUMC de forma a prevenir a transmissão da infeção. A monitorização dos microrganismos é fundamental para o acompanhamento e avaliação do impacto das medidas implementadas.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório foi de extrema importância, pois conduziu-me à reflexão sobre os progressos e dificuldades sentidas no decurso deste EC. Seria de todo impossível, face ao limite de páginas, descrever todo o percurso realizado bem como o significado atribuído, pelo que importa realçar que a ausência da descrição de determinadas atividades, não representa de todo a desvalorização das mesmas.

Considero ter atingido os objetivos propostos o que me permitiu desenvolver capacidades no cuidado ao doente crítico, sendo uma experiência muito enriquecedora quer a nível profissional, quer a nível pessoal uma vez que foi possível consolidar conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do Mestrado em Enfermagem à PSC.

A elaboração do presente relatório tornou-se assim, num momento de formação muito importante, uma vez que me permitiu olhar para o percurso realizado, discernir as pequenas e as grandes conquistas.

Todos os processos de aprendizagem e desenvolvimento, tem frequentemente, implicadas determinadas dificuldades. Destaco por exemplo a adaptação ao papel de estudante e a dificuldade em conciliar o EC com a minha atividade profissional e pessoal. No entanto, o desenvolvimento que se perspetiva em todo esse percurso reside na capacidade de ultrapassar essas dificuldades.

Os aspetos facilitadores da minha aprendizagem centram-se na disponibilidade, flexibilidade e apoio transmitido pelas equipas e enfermeiros orientadores dos diversos ensinamentos clínicos.

Como responsável pela minha formação e aprendizagem, constato a importância deste EC, o que possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao doente crítico e família através da reflexão sobre a prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira C., Fontes P., Teixeira M, Santa Clara, H. & Morais J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (5), 363-373. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COM-PLETO.PDF>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-82. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Alves, M. de F. T., Carvalho, D. S. de, & Albuquerque, G. S. C. de. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <http://doi:10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Antunes, S. M. G. (2012). *A Mudança Organizacional e a Gestão da Mudança* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego). <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4452/1/A%20mudan%c3%a7a%20organizacional%20e%20a%20Gest%c3%a3o%20da%20Mudan%c3%a7a.pdf>
- Araújo, T. C. & Silva, L. W. S. (2013). Música: Estratégica Cuidativa para pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem*, 7 (5), 1319-25. <https://doi:10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201309>
- Bailas, C. M.M. O. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17135/1/Tese%20Marisa%20Bailas.pdf>
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (13), 83-92. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16085>
- Carrageta, M. (14 fevereiro 2018). *Reabilitação Cardíaca*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. <http://www.fpcardiologia.pt/a-reabilitacao-cardiaca/>
- Carvalho, A.I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf
- Carvalho, K. K. de & Lunardi, V. L. (2009). Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 308–313. <https://doi:10.1590/s0104-11692009000300005>
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M.A. R. (2011). A Experiência Vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 15 (2). [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)
- Centro Hospitalar de Leiria. (2015). *Guia Prático de Preparação para as Auditorias*. Leiria. FI.CHL.154.01
- Centro Hospitalar de Leiria. (2017). *Plano de Emergência Externo (Catástrofe)*. Leiria. PLN.CHL.074.00
- Centro Hospitalar de Leiria. (2019). *Plano de prevenção contra incêndios*. Leiria. PLN.CHL.009.01
- Centro Hospitalar de Leiria. (2020). *Área de Influência*. <http://www.chleiria.pt/o-hospital/area-de-influencia-54/>

- Centro Hospitalar do Oeste. (2020). *Missão, Visão, Valores e Princípios Objetivos*. <https://www.choeste.min-saude.pt/choeste/index.php/o-cho/missao-e-valores>
- Costa, J. D. S. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Millenium, 234-251. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Cunha, S.M.F. (2017). *Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo) http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- Decreto-Lei n.º 44/2018 de 18 junho (2018). Constituição do Centro Hospitalar do Oeste. Diário da República n.º 115/2018: 1.ª série, N.º 44, 2533-2536 <https://dre.pt/application/conteudo/115524263>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto (2014). Diário da República: 2.ª Série, N.º 153, 20673 – 20678. <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República: 2.ª série, N.º 28, 3882(2) -3882-(10). <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 8977/2017 de 11 outubro (2017). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. Diário da República, 2.ª Série. N.º 196. <https://dre.pt/home/-/dre/108286678/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. <http://dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Norma 007/2010. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma 029/2012. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Rede de Referência de Cardiologia. http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito: Norma n.º 015/2013. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma 022/2015. Lisboa. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015d). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados: Norma 018/2014. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma N.º 010/2016 de 30 setembro de 2016 atualizada a 16 maio 2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares 2017. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/DGS_PNDCCV_V11%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/DGS_PNDCCV_V11%20(4).pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma N.º 021/2015. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017e). Feixes de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical: Norma 019/2015 atualizada a 30/05/2017. Ministério da Saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017f). Recomendação prevenção da transmissão de enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma nº 008/2019 de 09 de dezembro. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16 de outubro de 2019. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Divisão de Planeamento de Proteção Civil. (2018). Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos. Autoridade Nacional de Proteção Civil / Direção Nacional de Planeamento de Emergência ISBN: 978-989-96121-3-6. http://www.prociiv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT_7_Manual_Planos-Emergencia-Externos_2Edicao-JAN2018.pdf
- Errasti-Ibarrondo, B., & Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 179–188. <http://doi:10.1016/j.enfi.2012.08.001>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2016). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 5.3. Stockholm: ECDC; 2016. Stockholm, October 2016 ISBN 978-92-9193-993-0. <http://doi:10.2900/374985TQ-04-16-903-EN-N>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Annual Epidemiological Report for 2016 Healthcare-associated infections in intensive care units*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf
- Figueira, A. (2013). *Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Urgência*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6100>
- Gelbckel, F. L., Souza, L. A., Sasso, G. M. D., Nascimento, E., Bulb, M. B. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 136-139. <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019601020.pdf>
- Graça, A. C. G., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G., & Martins, M. D. S. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (15), 133-144. <http://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Grupo Português de Triagem. http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Guedes, M. V. C., Henriques, A. C. P. T., e Lima, M. M. N. (2013). Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 31-37. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672013000100005&lng=en&nrm=iso
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção. Manual de TAS, Versão 3.0 1ª Edição* ISBN 978-989-8646-08-8 <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- International Nurses' End-of-Life Decision-Making in Intensive Care Research Group, Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Abu-El-Noor, N. I., Cox, A., Haas, M., Arber, A., Abu-El-Noor, M. K., Baliza, M. F., & Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International journal of nursing studies*, 52(4), 794–803. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Kasaoka S. (2017). Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (CICU). *Journal of intensive care*, 5, 72. <http://doi:10.1186/s40560-017-0271-7>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690- 698. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25455910>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série. N.º 57, 2127-2131 <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Lei n.º156/2015 de 16 setembro (2015). Diário da república: 2º série, N.º 181, 8059 - 8105. https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eviw16va
- Lopes, A., Dias, A., Ferreira, D., Veladeiro, E., Cartaxo, J., Maia, M., Claro, L., Vidinha, P. & Fonseca, C. (2017) The experiences of the patient for the period of visit in the Coronary Intensive Care Unit (UTIC), *Journal of Aging & Innovation*, 6 (2): 66 – 75. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/7-The-experiences-of-the-patient-for-the-period-of-visit-in-the-Coronary-Intensive-Care-Unit.pdf>
- Lopes, R. E., Silva, A.C., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2015). Formação reflexiva no ensino da enfermagem: discussão à luz de Schön. *Cadernos de Pesquisa*, 22(1), 47-58. <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/3393/1442>
- Macedo, R.P.A. (2017). *Nursing Activities Score, NAS: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu) <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/RuiPedroAntunesMacedo%20DM.pdf>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2). <https://doi:10.5935/0103-507x.20160027>.
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., & Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clinical and experimental emergency medicine*, 6(3), 189–195. <https://doi.org/10.15441/ceem.18.022>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories In Nursing Research and Practice*. Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6. <https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions-theory-middle-range-and-situation-specific-theories-in-nursing-research-and-practice.pdf>
- Mendes, M. (2013). Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio: uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32 (3), 201-204. <https://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.002>.
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Monteiro, P. V., Almeida, A. N.S., Pereira, M. L., Freitas, M. C., Guedes, M. V. C. & Silva, L. F. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem* 20 (e957). <https://doi:10.5935/14152762.20160026>
- Moreira, F.J. (2014). *Análise da emergência em estabelecimentos hospitalares*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76758/2/32864.pdf>

- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1). <http://doi:10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Ntioku, K. N. (2017). *O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem*. (dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa). http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1862/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20KAIM%20FINAL%2003_04_2015.pdf
- Okuyama, A., Wagner, C. & Bijnen, B. (2014). How We Can Enhance Nurses' Assertiveness: A Literature Review. *Journal of Nursing & Care* 3, 194. <https://doi:10.4172/2167-1168.1000194>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Conselho jurisdicional, Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_sit_e.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer Conjunto N.º 01/2017 – Atribuição de Responsável de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, sessão extraordinária. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer N.º 15/2018- Funções Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer n.º 14/2018. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala De Reanimação – Posto De Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. de, Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. de A. L. M. da, Vattimo, M. de F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. da, Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229-233. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J.J., Vaz José & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J.M. Nóbrega, J.J., Vaz José & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pedreirinho, A., Godinho, H., Crilo, C., Correia, P., Rosa, L., Santos, S & Fonseca, A. (2015). Cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência - uma necessidade em evolução. *Onc.News Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica* 30, 16-22. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18237/1/AEOP%20%20revista%20n%C2%BA%2030%20jul-out%202015.pdf>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F., Løchen, M. L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Verschuren, W. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the

- European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*, 252, 207–274. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037>
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J. & Meier, M. (2013). Comfort and communication measures in nursing caring actions for critically ill patients. *Revista brasileira de enfermagem*. 66. 174-9. <https://doi:10.1590/S0034-71672013000200004>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário. Ministério da Saúde. Direção Geral Saúde. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PPCIRA+RelAnual+2018_v3.2+15112018.pdf
- Programa Nacional de Acreditação em Saúde. (2013). *Manual de Standards -Hospitais*. Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde ISBN 978-972-675-198-4. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i022214%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i022214%20(2).pdf)
- Reader, T. W., & Cuthbertson, B. H. (2011). Teamwork and team training in the ICU: where do the similarities with aviation end? *Critical care (London, England)*, 15(6), 313. <https://doi:10.1186/cc10353>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: 2ª série, N.º 184, 128-155. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da república: 2.ª série. N.º 26, 4744- 4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: 2.ª série, N.º 135, 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Relatório Auditoria Interna. (2017). Relatório de Auditoria Interna da Triagem de Manchester do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica das Caldas da Rainha.
- Reid, M., McDowell, J., & Hoskins, R. (2011). Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*, 20(12), 737–742. <https://doi:10.12968/bjon.2011.20.12.737>
- Rodriguez, M. I. F. (2014). Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente–cúmplices da conspiração do silêncio. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, 23(2), 261-272. <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/22771>
- Rua, M. (2011). Reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de Ensino Clínico. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/REFLEXOCOMOESTRATEGIADEDESENVOLVIMEN%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/REFLEXOCOMOESTRATEGIADEDESENVOLVIMEN%20(1).pdf)
- Sá, F. L. R. G., Botelho, A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* 19 (1), 31-46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. (Dissertação de mestrado. Instituto Universitário de Lisboa) <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2613/1/Tese.pdf>
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2012). *A gestão de sentimentos no processo de interação enfermeiro-doente em fim de vida* (Resumo. Instituto Politécnico de Castelo Branco). <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1284>
- Scala, R., & Pisani, L. (2018). Noninvasive ventilation in acute respiratory failure: which recipe for success? *European Respiratory Review*, 27(149), 180029. <http://doi:10.1183/16000617.0029-2018>.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Via Verde Coronária*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/15/via-verde-coronaria/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *SClínico Hospitalar*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/10/08/sclinico-hospitalar/>

- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Hospital de Santarém E.P.E.* <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-de-santarem-epe/>
- Silva, C. M. C., Peixoto R. R. & Batista, J. M. R. (2011). A influência da liderança na motivação da equipe. *Revista Electrónica Novo Enfoque*, 13 (13), 195-206. http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/webroot/files/13/artigos/17_RobertaCaroline_ProfRuiz_VF.pdf
- Silva, R. S., Campos, A. E. R., & Pereira, Á. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 738–744. <http://doi:10.1590/s0080-62342011000300027>
- Silveira, C. & Abreu, A. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35 (12), 637-718. <http://www.revportcardiol.org/pt-reabilitacao-cardiaca-em-portugal-ponto-da-situacao-em-articulo-S087025511630302X>.
- Simões, J. F., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, II série, nº 6, 91-108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf.
- Sousa, T. A. D. (2012). Competências de liderança nas chefias de enfermagem (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto) file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Teofilo_Angelo_Dias_de_Sousa.pdf
- Tareco, E. S. R. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia) <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7670/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Teixeira, J. M. F. (2016). *A pessoa em situação crítica com dor - Intervenção especializada de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16487/1/Relat%c3%b3rio_mestrado_Joana%20ferreira_vers%c3%a3o%207.pdf
- Vieira, A. C., Bertencello, K. C. G., Girondi, J. B. R., Nascimento, E. R. P. do, Hammerschmidt, K. S. de A., & Zeferinho, M. T. (2016). Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). <https://doi:10.1590/0104-07072016001830014>.
- Vilhena, R. R. V. S. M. (2013). *Cuidados paliativos e obstinação terapêutica decisões em fim de vida*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16391/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Wachira, B., Abdalla, R., & Wallis, L. (2014). Westgate Shootings: An Emergency Department Approach to a Mass-casualty Incident. *Prehospital and disastermedicine*, 29 (5), 538–41. <http://doi.org/10.1017/S1049023X1400096X>
- Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39 (1), 46 – 52. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.005>
- World Health Organization. (2016). The top 10 causes of death - Major causes of death. World Health Organization Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

PARTE II

EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SÍNDROME PÓS INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Contexto: O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) integra um conjunto de disfunções físicas, psicológicas e cognitivas que permanecem após o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivos: Sintetizar as melhores evidências sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção do SPICI.

Metodologia de Investigação: Utilizando como referência uma questão PICOD, realizou-se a revisão dos artigos publicados entre 2010 e 2020, que avaliaram a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção do SPICI dos doentes com internamento na UCI, com idade superior ou igual a 18 anos. Pesquisou-se nas bases de dados: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE, PubMed e na Web of Science. Foram considerados os artigos redigidos em português, espanhol ou inglês e completos. A qualidade metodológica foi avaliada segundo as recomendações do Instituto Joanna Briggs.

Resultados: Foram incluídos cinco estudos que sustentam a eficácia das intervenções na prevenção do SPICI fazendo referência ao *bundle* ABCDE que integra: coordenação do despertar usando sedação leve ou mínima; testes de respiração espontânea; coordenação entre sedação e respiração; prevenção, avaliação e gestão do delírio e mobilidade precoce/exercícios físico.

Conclusão: Os programas/intervenções de enfermagem contribuem para a prevenção do SPICI. Recomenda-se o reforço da investigação para fortalecer os resultados encontrados.

Palavras Chave: Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos; Intervenções; Programas; Prevenção; Enfermagem.

ABSTRACT:

Context: The Post-Intensive Care Syndrome (PICS) integrates a set of physical, psychological and cognitive disorders that remain after admission to an Intensive Care Unit (ICU).

Objectives: To synthesize the best evidence on the effectiveness of nursing interventions in preventing PICS.

Research Methodology: Using a PICOD question as a reference, the articles published between 2010 and 2020 were reviewed, evaluating the effectiveness of nursing interventions in preventing PICS of patients with ICU admission, aged 18 or over years. We searched the databases: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE, PubMed and the Web of Science. Articles written in Portuguese, Spanish or English and complete were considered. Methodological quality was assessed according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute.

Results: Five studies were included supporting the effectiveness of interventions in the prevention of PICS by referring to the bundle ABCDE that integrates: awakening coordination using light or minimal sedation; spontaneous breathing tests; coordination between sedation and breathing; prevention, assessment and management of delirium and early mobility / physical exercise.

Conclusion: Nursing programs / interventions contribute to the prevention of PICS. Reinforcement of the investigation is recommended to strengthen the results found.

Keywords: Post Intensive Care Syndrome; Interventions; Programs; Prevention; Nursing.

INTRODUÇÃO

A Medicina Intensiva intervém na “prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais” (Paiva et al., 2017, p.6). A instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica leva a que os avanços e recuos no processo de recuperação sejam frequentes, realçando a fragilidade da vida humana.

Para a World Health Organization (WHO) a segurança assenta na redução de risco de danos evitáveis ao mínimo aceitável (WHO, 2007). Na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) a segurança e a qualidade dos cuidados assumem um papel primordial pois o doente crítico encontra-se mais vulnerável, com terapia de suporte de órgãos, sujeito a *stress* desencadeado pela doença e pelo internamento, o que tem um enorme impacto social e económico.

Após o internamento numa UCI muitos doentes podem sofrer sequelas físicas, cognitivas e mentais que podem afetar a sua qualidade de vida, sendo reconhecido como *Post Intensive Care Syndrome* (PICS) ou Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). A saúde mental dos familiares também pode ser adversamente afetada sendo denominada de *PICS-Family* (Needham et al., 2012).

O termo PICS surgiu em 2010 na Conferência *Critical Care Medicine* de forma a aumentar a consciencialização, educação, compreensão e abordagem para melhorar a qualidade de vida dos doentes e da família, prevenindo ou atenuando as sequelas decorrentes do internamento em UCI (Elliot et al., 2014; Needham et al., 2012). Neste sentido, têm sido desenvolvidos inúmeros estudos para delinear a magnitude deste síndrome e intervir precocemente.

Apesar de não existir uma definição oficial para o SPICI a maioria dos investigadores reconhece que este síndrome designa um comprometimento novo ou agravado do estado de saúde físico, cognitivo e mental decorrente de uma doença crítica e persistindo após a alta. Geralmente é considerado distinto das alterações provocadas pela lesão cerebral traumática e pelo acidente vascular cerebral (Needham et al., 2012).

Marra et al. (2018) num estudo de coorte prospetivo elucidaram que 6 em cada dez doentes que sobreviveram ao internamento em UCI, apresentaram compromisso de um ou mais domínios, que pode ser projetado no tempo, até um ano após a alta da UCI.

Vários estudos relataram a incidência de disfunção física, cognitiva e mental após doenças críticas (Figura 1).

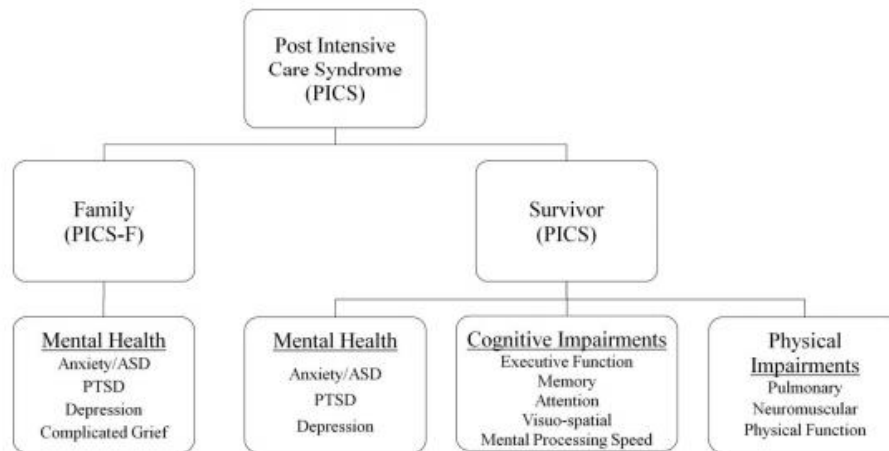


Figura 1: Diagrama conceitual do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

Fonte: Needham et al. (2012)

No que diz respeito à disfunção física, verificou-se que a fraqueza muscular adquirida na UCI durante o internamento está presente em 25% dos doentes sobreviventes e é a forma mais comum de comprometimento físico. Esta está relacionada com a imobilidade a longo prazo, ventilação, sedação profunda e sépsis (Needham et al., 2012).

Heydon et al. (2019) realizaram um estudo observacional na qual verificaram que a dependência física nos doentes sobreviventes aumentou de 8 para 54% um mês após a alta da UCI. Já Jackson et al. (2014) verificaram que 32% dos doentes aos 3 meses após a alta apresentavam dificuldades na realização das atividades quotidianas e 27% dos doentes aos doze meses. A recuperação destes doentes é lenta e por vezes incompleta e relaciona-se com a ausência de retorno ao trabalho (Heydon et al., 2019).

O comprometimento cognitivo após a doença crítica inclui os défices de memória, atenção, processamento mental e resolução de problemas (Needham et al., 2012). Num estudo realizado por Granja et al. (2008) 73% dos doentes não tinham memórias do internamento, 39% apresentava memórias ilusórias e 23% lembranças intrusivas.

Os principais fatores de risco que potenciam o aparecimento deste compromisso são a duração do delírio durante o internamento, a disfunção cerebral aguda, a hipoxia, a hipotensão, sépsis grave e síndrome de dificuldade aguda respiratória (Iwashyna et al., 2010; Hopkins et al., 2005)

Em relação à disfunção mental Needham et al. (2012) verificam que a ansiedade, a perturbação de stress pós-traumático (PSPT) e a depressão constituem os problemas de saúde mental mais comuns entre os doentes com SPICI. Torres et al. (2015) apuraram que 30% dos doentes 3 meses após a alta mantinham o SPICI, na qual 14% dos doentes tinha depressão e/ou ansiedade e 8% risco de stress pós-traumático. Estas alterações foram atribuídas à gravidade da doença, tempo de sedação e ventilação e à presença de delírio. A imobilidade a longo prazo, a sedação profunda e a presença do delírio desempenham um papel crucial no desenvolvimento de problemas de saúde mental associados ao SPICI (Bienvenu et al., 2015).

Os sintomas de ansiedade, depressão ou PSPT tendiam a coocorrer entre os diferentes domínios, após a alta da UCI, isto é, à medida que se verificava a recuperação física, ocorreu remissão subsequente de ansiedade geral e dos sintomas de PSPT (Bienvenu et al., 2015).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da SPICI não estão totalmente definidos, podendo variar de acordo o domínio afetado. Estes podem ser classificados em preexistentes (por exemplo compromisso cognitivo, doença psiquiátrica) ou serem devidos ao internamento na UCI (ventilação mecânica, delírio, sedação profunda, sépsis) (Mara et al., 2018).

Os sintomas comuns incluem fraqueza generalizada, fadiga, diminuição da mobilidade, humor ansioso ou deprimido, disfunção sexual, distúrbios do sono e problemas cognitivos (distúrbio/perda de memória, processamento mental lento) e podem durar de alguns meses a muitos anos após a recuperação (Needham et al., 2012; Pandharipande et al., 2013).

A prevalência dos problemas físicos, cognitivos e mentais resultantes do internamento UCI podem perpetuar após a alta o que acarreta diminuição da qualidade de vida do doente e da família e aumentos dos custos de saúde. A mobilização precoce dos doentes melhora a força muscular, a função física e as complicações associadas ao SPICI (Parker et al., 2013).

Para prevenir e minimizar a probabilidade de desenvolver o SPICI em doentes críticos, especificamente doentes sedados, entubados e ventilados é aconselhada a abordagem ABCDEF. Na metodologia ABCDEF, o A, B e C dizem respeito à coordenação do despertar e da respiração com interrupção diária da sedação e desmame ventilatório e realização de testes de ventilação espontânea, se possível. O D refere -se à monitorização do delírio; o E à deambulação precoce na UCI sempre que possível e o F ao empoderamento e envolvimento da família (Morandi et al.2011; Pandharipande et al., 2010).

Aquando da admissão dos doentes na UCI deve ser realizada a avaliação do doente com recurso à história clínica, antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual, histórico de medicamentos, atual estado mental e clínico e avaliação dos fatores de stress ambiental (Rawal et al., 2017).

Um dos papéis mais importantes dos enfermeiros é o contínuo da implementação das medidas para prevenir o SPICI, incluindo o ABCDEF. É importante que os enfermeiros reconheçam o stress desencadeado pela doença crítica, pelo internamento na UCI e tenham consciência do seu papel na prevenção e identificação do SPICI, dado que são os profissionais que passam mais tempo junto do doente (Nagaya & Kaga, 2018).

A implementação de diretrizes práticas para a gestão da dor, agitação e delírio na UCI permite melhorias na qualidade de vida, saúde física, mental e cognitiva do doente. Cada vez mais existe a consciencialização de que estar acordado e móvel ajuda a reduzir o impacto de consequências negativas a longo prazo (Davidson et al, 2013).

Júnior e Park (2016) afirmam que os efeitos deletérios da sedação profunda podem ser minimizados com recurso a protocolos de sedação, com níveis definidos, em que sejam estabelecidos níveis de sedação que permitam a interação do doente e adaptação ventilatória bem como com a interrupção diária da infusão de sedação.

A *Richmond Agitation-Sedation Scale* é a ferramenta utilizada para avaliação da sedação. É considerada por Barr et al. (2013) uma das mais válidas e confiáveis para medir a qualidade e a profundidade da sedação em doentes internados em UCI. A interrupção da sedação e a mobilização precoce dos doentes nos doentes internados em UCI é segura e bem tolerada e proporciona melhores resultados funcionais aquando a alta hospitalar, permite a redução do delírio e do número de dias de ventilação (Kress, 2013)

As vivências dos doentes internados em UCI estão geralmente associadas a sentimentos negativos, tais como medo da morte, ansiedade, terror, incapacidade de distinguir o tempo e dificuldade em comunicar (Castro et al., 2011). Neste sentido, é urgente desenvolver estratégias para mitigar o risco de alterações neuropsicológicas e funcionais após a doença crítica, de modo a preparar e apoiar os doentes sobreviventes no caminho da recuperação.

Os diários, conjuntamente com outras intervenções psicológicas permitem compreender o significado da experiência vivida face ao internamento na UCI, sendo considerados um meio de reduzir os problemas mentais e complicações após doença crítica (Parker et al., 2013).

Os diários surgiram para colmatar as memórias escassas ou distorcidas, por vezes agravadas com alucinações ou pesadelos dos doentes internados na UCI. Para a elaboração do diário são colocadas fotografias e relatados factos, eventos e emoções desse período temporal, por aqueles que acompanham o doente, sejam eles médicos, enfermeiros ou família. Os diários permitem ao doente atribuir significado, coerência e ordenar cronologicamente o período de tempo em que as memórias estão ausentes ou distorcidas (Tavares et al., 2019).

Uma nova estratégia que recorre a grupos de apoio de pares poderia atender mais efetivamente às necessidades do doente e atenuar o risco pós intensivo. O suporte de pares é um modelo de ajuda mútua, centrado no doente em que o papel dos clínicos é ajudar a fornecer um espaço seguro em que os sobreviventes através da experiência compartilhada de doença e recuperação com benefícios na esperança e otimismo (Parker et al., 2013).

METODOLOGIA

A questão de investigação deve ser clara, precisa e respondível, de forma a orientar o processo de revisão, auxiliar na tomada de decisão sobre a pertinência do assunto e facilitar a indexação em bases de dados (Apóstolo, 2017). A realização desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL), foi elaborada a partir da seguinte questão de investigação: **São as intervenções de Enfermagem eficazes na Prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na pessoa doente?**

Para a realização deste estudo, a questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia PICOD- População, Intervenção, Comparação, *Outcome e Design*. Esta estratégia mostra-se como uma ferramenta especializada para a formulação de questões de investigação, servindo igualmente de guia para a pesquisa.

Os objetivos da presente RSL são: Sintetizar as melhores evidências sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção SPICI.

A definição dos critérios de inclusão teve como finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função dos resultados pretendidos e da questão formulada. Os critérios de seleção e inclusão de acordo com a estratégia PICOD encontram-se no quadro que se segue:

Quadro 1: Critérios de seleção e inclusão de acordo com a estratégia PICOD

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
Participantes	Pessoas com idade superior ou igual a 18 anos com internamento numa UCI.
Intervenções	Estudos que analisem programas/intervenções de enfermagem aplicadas durante o internamento em cuidados intensivos.
Comparações	Não se aplica.
Resultados	Diminuição das complicações (fraqueza generalizada, fadiga, diminuição da mobilidade, humor ansioso ou deprimido, disfunção sexual, distúrbios do sono, problemas cognitivos, distúrbio/perda de memória e processamento mental lento) do SPICI e melhoria da qualidade de vida.
Desenho do estudo	Esta revisão considera qualquer estudo que se centre nas intervenções de enfermagem para a prevenção do SPICI: Clínicos randomizados e não randomizados.

Para além dos critérios apresentados no quadro tivemos em conta a data da publicação: janeiro 2010 a agosto 2020, considerando a origem do tema SPICI na Conferência *Critical Care Medicine*, o idioma (Português, Inglês ou Espanhol) e a disponibilidade do artigo.

Numa primeira fase, definido o problema, foi realizada uma pesquisa livre em motores de busca (EBSCO, B-On e Google académico) a fim de se identificar bibliografia de relevo da área em questão.

A pesquisa foi efetuada eletronicamente, durante o mês de julho e agosto, na CINAHL; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection, que inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews e Database of Abstracts of Reviews of Effects; MedicLatina e MEDLINE que inclui o International Nursing Index, na PubMed e na Web of Science.

Para determinar os termos de pesquisa recorreremos ao *Medical Subject Heading* (MeSH). A estratégia de pesquisa procurou uma lógica que combinasse os termos de busca, os operadores booleanos e os componentes da estratégia PICOD.

Para a pesquisa foi usada a seguinte operação de pesquisa: ((Post intensive care syndrome OR PICS) AND (muscle weakness OR Asthenia OR fatigue OR Quality of life OR Life Style OR Sickness Impact Profile OR Depression OR Depressive Symptoms OR Emotional Depression OR Anxiety OR Anxiety Disorders OR Post-Traumatic Stress Disorders OR PTSD OR Posttraumatic Stress Disorders OR Stress Disorder, Post Traumatic OR Stress Disorders, Posttraumatic OR Memory disorders OR Memory Deficits OR Memory Loss OR Attention OR Focus of Attention OR Sleep disorders OR Long Sleeper Syndrome OR Short Sleep Phenotype Short OR Sleeper Syndrome OR Sexual dysfunction OR Decreased mobility OR Slow mental

processing) AND ((Nursing Care OR Nurses OR Nurse OR advance practice nursing OR prevention programs)).

Aos 140 artigos identificados nas bases de dados, foram adicionados mais 3 artigos obtidos através da bibliografia de artigos usados na contextualização do tema. Dos 143 artigos excluímos 38 por serem artigos duplicados e 15 artigos após aplicados critérios de inclusão, ficando disponíveis 90 artigos. Assim, desses 90 artigos, através da leitura do título excluíram-se 43 artigos e 26 após a leitura crítica e reflexiva dos resumos. Após a leitura na íntegra dos restantes 21 artigos, 15 artigos foram excluídos dado não apresentarem relevância para a presente RSL. Restam seis artigos.

Nesta revisão, 2 revisores avaliaram a qualidade metodológica dos estudos utilizando os instrumentos preconizados pela Joanna Briggs Institute (JBI). No caso dos estudos de coorte, foi utilizada a ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies* (JBI, 2020a) e para a avaliação do estudo quasi-experimental a ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* (JBI, 2020b).

Os artigos foram analisados de forma independente por cada um dos revisores, tendo sido obtido consenso quanto aos que foram incluídos para análise. No decorrer deste processo, foi excluído um artigo por défice de qualidade metodológica. Foram assim para a análise final 5 estudos, 4 estudos de coorte e um estudo quasi-experimental.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os procedimentos descritos, os resultados da pesquisa foram sendo refinados ao longo do processo, em função dos critérios estabelecidos, até se chegar ao número final de artigos incluídos nesta revisão (Figura 2).

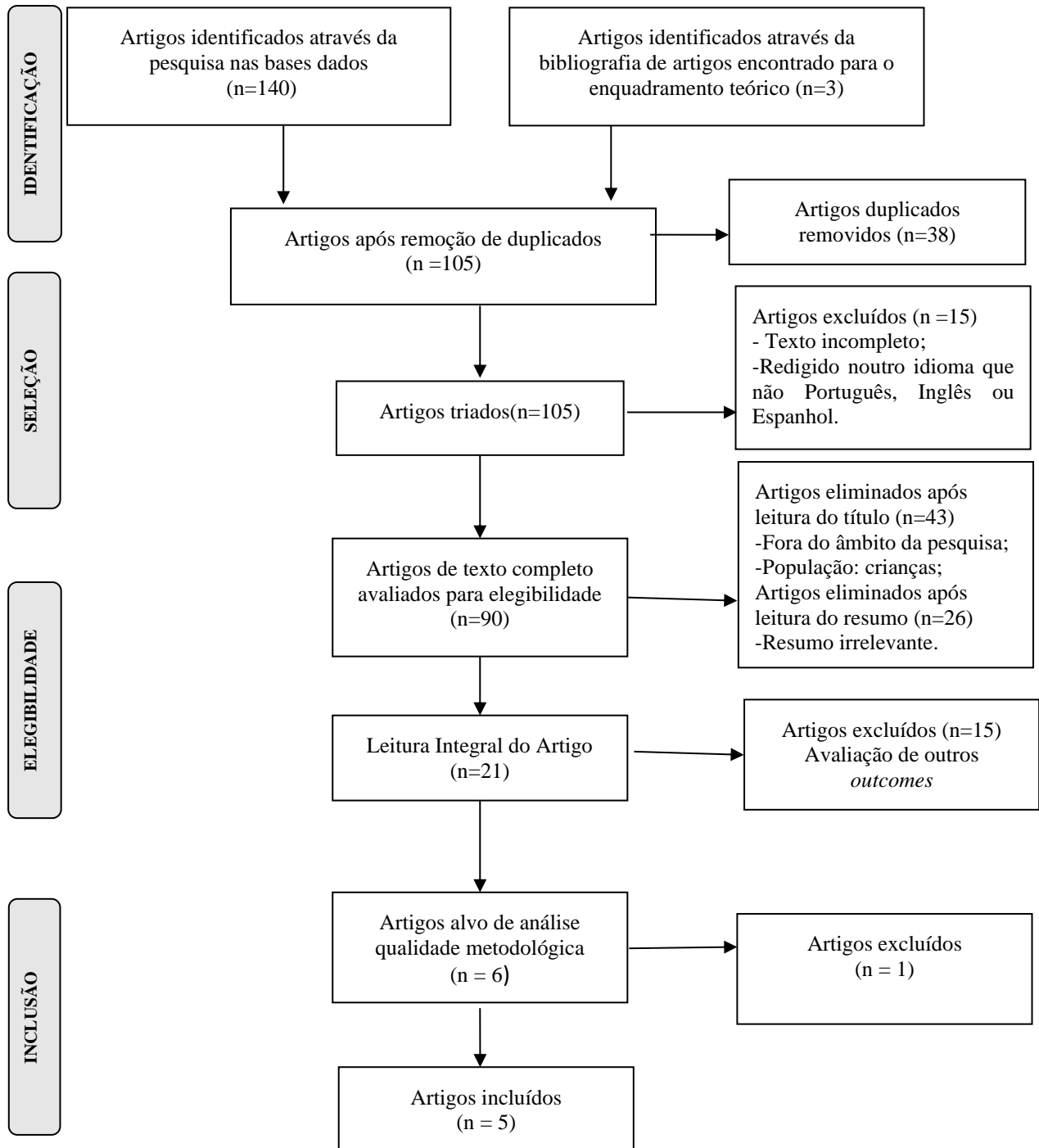


Figura 2: Diagrama Prisma

Procedeu-se à descrição geral dos artigos, o desenho do estudo, os objetivos e participantes, a intervenção, os resultados e as conclusões, sumarizados no Quadro 2.

Foram realizados 3 estudos nos Estados Unidos da América, 1 estudo em Itália e 1 na Coréia do Sul, demonstrando uma escassa variedade geográfica, sendo um indicador da importância atribuída por estes países a esta problemática. Os artigos distribuem-se entre 2014 e 2019.

Várias intervenções têm sido encontradas para prevenir o desenvolvimento de consequências psicológicas, cognitivas e físicas associadas ao internamento na UCI, sendo o foco dessas diretrizes adaptado para o pacote ABCDE, um guia baseado em evidências para direcionar o tratamento para prevenir o prejuízo cognitivo a longo prazo, delírio e dependência física (Balas et al., 2014 & Venni et al., 2018).

No estudo de Balas et al. (2014) existiam duzentos e noventa e seis doentes, cento e quarenta e seis na pré-intervenção e cento e cinquenta na pós-intervenção do pacote de medidas ABCDE. Os doentes eram mais velhos no grupo pré intervenção ($p=0,05$) mas com características semelhantes. A gravidade da doença e a morbidade dos doentes foi avaliada pelo *Score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II e Índice de Charlson (Balas et al., 2014).

Nos doentes com ventilação mecânica ($n=187$) foi avaliada a associação entre a implementação do *bundle* ABCDE e os dias sem ventilação. Para todos os doentes foi quantificada: a relação entre o despertar; a coordenação da respiração; monitorização e gestão do delírio; implementação de um pacote de exercícios físicos/mobilidade precoce; prevalência e duração do delírio; mortalidade; tempo de alta e mudança de residência, sendo sempre definidos e supervisionados os resultados de segurança e adesão ao pacote de medidas (Balas et al., 2014). Foram estudadas mais variáveis do que as usadas nesta RSL.

Neste estudo, eventuais fatores com influência nos resultados não foram avaliados como: as mudanças temporais; determinação da causa do coma ou a avaliação da dor com recurso a uma ferramenta válida e confiável, sendo indicados pelos próprios autores como sugestões.

Já Bounds et al. (2016) num estudo retrospectivo de cento e cinquenta e nove doentes em que foram constituídas duas amostras ($n=80$ doentes na fase pré ABCDE e $n=79$ doentes na fase pós), apesar de não serem os mesmos doentes não havia diferenças com significado estatístico nas suas características, principalmente diagnóstico de admissão. Os diagnósticos foram categorizados em disfunções respiratórias, cardiovasculares, neurológicas e/ou gastrointestinais.

Daniels et al. (2018) desenharam um estudo misto em que numa primeira fase foram identificadas as barreiras associadas à diminuição da qualidade de vida em doentes com risco de SPICI com recurso ao questionário de *Short-Form Health Status Survey* (SF-36) para avaliação da capacidade física e mental, na qual adicionaram questões relacionadas com o regresso a casa e ao trabalho. Com base nas barreiras identificadas e em consonância com a literatura conceberam e implementaram um conjunto de intervenções em que a análise qualitativa pós-intervenção incluiu doentes e cuidadores que participaram das intervenções, através da realização de entrevistas e a análise quantitativa, doentes internados em UCI em que foram colhidos dados do processo clínico e pesquisa de doentes (Daniels et al., 2018).

Neste estudo na fase pré intervenção, foram identificados alguns fatores como a falta de consciencialização e de compreensão do SPICI por parte dos profissionais de saúde, doentes e cuidadores que interferiram na qualidade de vida dos doentes após o internamento numa UCI (Daniels et al., 2018).

De modo a identificar os efeitos de cada intervenção do *bundle* ABCDE, Lee et al. (2019) desenharam um estudo de coorte retrospectivo. À semelhança do que acontecia no estudo realizado por Balas et al. (2014) as intervenções relacionadas com o domínio A e B eram efetuadas consoante a experiência clínica. As intervenções realizadas no ABCDE inicial (pré) relativas ao domínio D, delírio, não sofreram alterações e as restantes foram ajustadas no ABCDE modificado (pós) (Lee et al., 2019).

O último estudo selecionado para esta RSL é o de Venni et al. (2018) em que foi elaborado um programa estruturado com base na sedação, analgesia e tratamento do delírio adequados durante o internamento na UCI e posterior acompanhamento a médio prazo, após a alta de modo a reduzir o risco de deterioração da qualidade de vida nestes doentes. Não é mencionado o tipo estudo, mas pela análise parece ser quasi experimental sem grupo de controle, dado que são os mesmos doentes antes e após os 6 meses.

Foram definidos critérios de segurança e de exclusão para aplicação das intervenções para garantir a confiança do estudo e bem-estar do doente em todos os estudos (Balas et al., 2014; Bounds et al., 2016; Daniels et al., 2018; Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018).

Após a apresentação do Quadro 2 (Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos), descrevem-se as intervenções apontadas nos estudos analisados.

Quadro 2: Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos
(continua)

Tipo de estudo	Estudo	Autor (es)	Objetivos e participantes	Intervenção	Resultados	Conclusões
Coorte prospetivo	<i>Effectiveness and Safety of the Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring/Management, and Early Exercise/Mobility Bundle*</i>	Balas et al. (2014)	Avaliar a eficácia e segurança da implementação da Coordenação do Despertar e da Respiração, monitorização, e gestão do delírio e exercício/mobilidade precoce; determinar se a implementação dos componentes do <i>bundle</i> ABCDE são seguros e eficazes, quando aplicados a todos os doentes críticos, todos os dias, independentemente da forma de ventilação do doente. n= 296 (n=146 grupo pré intervenção do pacote ABCDE <i>versus</i> n=150 no grupo pós intervenção do pacote ABCDE).	Coordenação do despertar e da respiração, monitorização e gestão do delírio e exercício/mobilidade precoce.	Diminuição do delírio e tempo de ventilação mecânica e mobilidade no grupo em que foi implementado o pacote de medidas face aos doentes com o tratamento usual.	A implementação do pacote de medidas demonstrou ser eficaz.
Coorte retrospectivo	<i>Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients</i>	Bounds et al. (2016)	Quantificar a prevalência e duração de delírio em doentes internados na UCI antes e após a implementação do pacote ABCDE. n= 159 doentes (n= 80 grupo pré intervenção ABCDE <i>versus</i> n=79 no grupo pós intervenção)	Implementação do pacote de medidas ABCDEF (A, avaliar, prevenir e gerir a dor; B, tentativas de despertar espontâneo e tentativas de respiração espontânea; C, escolha de analgesia e sedação; D, avaliar, prevenir e controlar o delírio; E, mobilidade precoce e exercícios; e F, envolvimento e autonomia da família.	Após a implementação do pacote de medidas ABCDE o delírio diminuiu significativamente (de 3,8 para 1,72 dias)	A implementação do pacote ABCDE conduziu a diminuições significativas na prevalência e duração de delírio em doentes internados na UCI.

Quadro 2: Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos
(continuação)

Tipo de estudo	Estudo	Autor(es)	Objetivos e participantes	Intervenção	Resultados	Conclusões
Método misto, prospetivo, observacional pré e pós intervencionista	<i>Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post Intensive Care Syndrome</i>	Daniels et al. (2018)	Melhorar a qualidade de vida (QV) em doentes com risco de SPICI n=258 doentes no grupo pré intervenção <i>versus</i> n=282 doentes no grupo pós intervenção (38,8% dos inquiridos foram devolvidos no grupo pré e 33,0% no grupo pós). A fase de pré-intervenção incluiu doentes internados de 1 de outubro a 31 de outubro de 2016 e a fase de pós-intervenção incluiu doentes admitidos de 15 de janeiro a 14 de fevereiro de 2017.	Identificação das barreiras associadas à diminuição da QV. Foram implementadas intervenções, vídeos educacionais, material educacional, suporte online e presencial e grupos de educação e tratamento.	Melhorias da QV após a alta hospitalar.	A falta de conhecimento e compreensão do SPICI são uma barreira na melhoria da QV dos doentes.
Coorte retrospectivo	<i>Effects of the ABCDE bundle on the prevention of Post-intensive care syndrome: A retrospective study</i>	Lee et al. (2020)	Identificar os efeitos de cada medida do pacote ABCDE inicial e modificado no SPICI. n= 185 doentes (n= 91 grupo ABCDE inicial ABCDE <i>versus</i> n=94 no grupo ABCDE modificado).	Implementação de um conjunto de medidas de monitorização do pacote de coordenação do despertar e Respiração; monitorização e gestão do delírio; e exercício/mobilidade precoce.	Aumento significativo da percentagem de doentes com níveis de sedação alerta (de 58,2% no ABCDE inicial e 72,4% no ABCDE modificado). Prevalência de coma diminuiu significativamente (de 45,1% ABCDE inicial para 28,7% no modificado). Aumento significativo de doentes com mobilização precoce (de 11% usando o pacote ABCDE inicial para 54,3% no pacote ABCDE modificado).	O pacote de medidas ABCDE modificado ajudou a prevenir o SPICI, reduzindo a profundidade de sedação e imobilização

Quadro 2: Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos
(conclusão)

Tipo de estudo	Estudo	Autor (es)	Objetivos e participantes	Intervenção	Resultados	Conclusões
Estudo quasi-experimental	<i>Clinical Utility of a Structured Program to Reduce the Risk of Health-Related Quality of Life Impairment after Discharge from Intensive Care Unit: A Real-World Experience</i>	Venni et al. (2018)	Explorar os efeitos de um programa estruturado para melhorar a QVRS pós-alta da UCI e reduzir o risco SPICI PICS. n=159 doentes hospitalizados na UCI com tempo de internamento superior a 72 horas	Protocolo de sedação Protocolo de analgesia Prevenção do delírio Acompanhamento e planeamento após a alta.	A maioria dos doentes avaliou positivamente a sua saúde aos 6 meses de acompanhamento e não teve nenhum prejuízo significativo no estado de saúde física ou mental.	Doentes submetidos a um programa que visa minimizar o risco de deterioração da QVRS e SPICI melhorou a QV e diminuiu a prevalência de SPICI.

Bundle ABCDE

O pacote ABCDE é um pequeno conjunto de práticas baseadas em evidências que, quando realizadas de forma coletiva e confiável, melhoram os resultados dos doentes (Balas et al., 2014).

A estratégia mais eficaz para prevenir o SPICI é aquela que minimiza a sedação e prioriza a reabilitação precoce durante o internamento numa UCI, seguindo o *bundle* ABCDE (Balas et al., 2014; Bounds et al., 2016; Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018).

O *bundle* ABCDE é composto por: A, coordenação do despertar, B, coordenação do respirar, testes de respiração incluído interrupções diárias da ventilação mecânica; C, escolha de analgesia e sedação, coordenação dos cuidados, comunicação; D, avaliação, prevenção e tratamento do delírio e E, mobilidade precoce e exercícios físicos (Balas et al., 2014; Venni et al., 2018).

Antes da implementação do *bundle* ABCDE o desempenho dos procedimentos, era inconsciente e identificado como uma área necessária de melhoria de qualidade. Não existia políticas de despertar ou respirar espontâneo, sendo influenciado pela prática individual de cada médico (Balas et al., 2014 & Lee et al., 2019).

ABC – Coordenação do Despertar e do Respirar

Bounds et al. (2016) defendem uma sedação mínima, para um nível de consciência minimamente deprimido que conserve a capacidade do doente em manter a via aérea patente e responder normalmente a estímulos táteis e verbais, sendo de extrema importância a correta avaliação da escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), adequação e cumprimento de protocolos, evitando a sedação excessiva (Venni et al., 2018).

Na implementação do *bundle* ABCDE verificaram que os doentes necessitam de menos tempo de ventilação mecânica em comparação com os doentes tratados com os cuidados usuais (Balas et al. 2014 & Bounds et al., 2016).

Ambos os estudos preconizam a interrupção diária de sedação mediante a avaliação da escala de RASS, obedecendo a protocolos de segurança, avaliada a cada oito horas e sempre que necessário (Balas et al., 2014; Bounds et al., 2016; Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018).

A interrupção diária da sedação consiste em suspender a sedação até que o doente desperte, podendo ser restabelecida em seguida na mesma dosagem ou em metade da dosagem ou velocidade prévia (Balas et al., 2014 & Bounds et al., 2016). Permite reduzir o tempo de ventilação mecânica e permanência na UCI (Lee et al., 2019) e reduz a incidência do delírio (Bounds et al., 2016).

No estudo de Venni et al. (2018) o protocolo de sedação engloba a titulação da sedação com base no score obtido através da escala de RASS e a interrupção diária da sedação até que o doente consiga interagir, cumprindo 3 ou 4 respostas simples ou demonstre agitação. Estes procedimentos não devem ser realizados se verificar instabilidade cardiovascular, respiratória ou neurológica, presença de convulsões, abstinência de álcool, necessidade de aumento da dose de medicação sedativa para o controlo da agitação; presença de bloqueadores neuromusculares; evidência de enfarte agudo miocárdio recente (inferior a 24 horas) e aumento da pressão intracraniana (Venni et al., 2018).

Aquando a avaliação da escala de RASS valores mais negativos indicam uma sedação mais profunda e valores mais positivos são referentes a agitação crescente, com o valor zero apontando para um estado de calma e alerta normal (Venni et al., 2018). Durante a implementação do ABCDE modificado os enfermeiros foram incentivados a fazer a interrupção diária da sedação e da analgesia em perfusão contínua de acordo com protocolo em vigor, de forma a tentar ativamente acordar os doentes (Lee et al., 2019).

A percentagem de doentes em estado de alerta e calmos aumentou significativamente de 58,2% usando o pacote ABCDE inicial para 72,4% usando o ABCDE modificado ($p < 0,001$) (Lee et al., 2019).

A avaliação da dor ganha expressão devendo ser avaliada com recurso a escalas validadas em intervalos regulares (Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018). Para os doentes com capacidade de comunicar usaram a Escala Visual Analógica e para os doentes incapazes de comunicar, foi utilizada a escala *Behavioral Pain Scale* (Venni et al., 2018).

Para maximizar os resultados dos doentes é essencial escolher cuidadosamente os sedativos e analgésicos e considerar as doses, titulação e descontinuação dos medicamentos. Assim, o propofol foi identificado como o medicamento de primeira escolha para sedação em doentes com ventilação mecânica (Bounds et al., 2016, Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018) e o Remifentanil como analgésico (Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018). O Dexmedetomidina e o Midazolam foram considerados medicamentos sedativos de segunda escolha para manter a

duração da ventilação de longo prazo o mais curta possível, contudo deve ser minimizado o uso de benzodiazepinas para prevenção do delírio (Venni et al., 2018).

O protocolo de analgesia foi baseado numa avaliação sistemática da intensidade da dor, a cada 4 horas no estudo de Bounds et al. (2016) e 3 vezes ao dia no estudo de Venni et al. (2018).

No estudo de Balas et al. (2014) os doentes em ambos os grupos estavam levemente sedados no momento de adesão ao estudo (medicação sedativa semelhante em doses idênticas) e com uma média de RASS de menos 1. Ocorreu um aumento significativo no número de doentes com infusão contínua de medicação sedativa pelo menos uma vez aquando a realização do teste de despertar espontâneo (pré ABCDE 53% versus pós 71% no pós ABCDE; $p=0,04$); o número de doentes aquando a realização do teste de despertar espontâneo com perfusão contínua de medicamentos opioides dobrou no período pós implementação (antes de 25% versus pós 50%; $p=0,001$). Os doentes do grupo pós *bundle* ABCDE eram significativamente mais propensos a serem submetidos a uma tentativa de respiração espontânea pelo menos uma vez durante sua permanência na UCI (pré 71% versus pós 84%; $p=0,03$) (Balas et al., 2014).

A prevalência de coma diminuiu significativamente de 45,1% usando o pacote ABCDE inicial para 28,7% usando o pacote ABCDE modificado ($p=0,021$) (Lee et al., 2019).

D - Avaliação, Prevenção e Gestão do delírio

Para a prevenção do delírio é importante a criação de protocolos de diagnóstico e avaliação do delírio baseados em escalas validadas e confiáveis.

Para avaliação do delírio nos doentes internados na UCI foi usada a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) (Balas et al., 2014; Lee et al., 2019 & Venni et al., 2018) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Bounds et al., 2016). Estas avaliações devem ser realizadas em intervalos regulares, em que a CAM-ICU foi avaliada a cada 8 horas e a ICDSC a cada doze horas.

A prevalência de delírio diminuiu significativamente após a implementação do *bundle* ABCDE (de 38% para 23%, $p=0,01$) e o número médio de dias com delírio também diminuiu significativamente (de 3,8 para 1,72 dias, $p<0,001$), incluindo a percentagem de doentes com ventilação mecânica sem delírio (de 31% para 69%; $p<0,001$). O número de doentes sem presença de delírio durante o internamento (de 62% para 77%; $p=0,01$) (Bounds et al., 2016). Neste estudo antes da implementação do *bundle* foram admitidos 4 doentes e no grupo pós

ABCDE 6 doentes com condições que podem ter influenciado o delírio, incluindo a abstinência de álcool, a overdose de drogas e a encefalopatia.

Após a implementação do *bundle* ABCDE os doentes avaliados apresentaram uma redução de delírio ($p=0,03$) (Balas et al., 2014), no entanto, a prevalência de delírio aumentou de 67% usando o pacote ABCDE inicial para 75,5% usando o pacote ABCDE modificado e a duração do delírio aumentou de 5,9 dias usando o pacote ABCDE inicial para 6,1 dias usando o pacote ABCDE modificado, mas nenhuma dessas diferenças foi estatisticamente significativa (Lee et al., 2019).

Foram predefinidos uma série de tratamentos não farmacológicos para a prevenção do delírio, incluindo testes de despertar diários, reorientação contínua do paciente para o ambiente, mobilização precoce, promoção de ciclos efetivos de sono e vigília e a minimização de ruído (Venni et al., 2018).

Bounds et al. (2016) acrescentaram algumas intervenções não farmacológicas usadas para prevenção e tratamento de delírio em ambiente de cuidados intensivos como: avaliação da necessidade de cateter central e remoção deste se não for necessário; gestão dos alarmes de monitorização; agrupamento dos cuidados para permitir períodos de descanso; estimulação cognitiva; cobertura de cateteres, drenos e tubos para que estes não estejam visíveis; educação da família; minimização de estímulos ambientais; avaliação da dor e exercícios de amplitude de movimento e ajudas sensoriais.

Já, Lee et al. (2019) instituíram as seguintes medidas de prevenção do delírio: avaliação da dor e fornecimento de analgesia conforme necessário; monitorização de sinais vitais; incentivo à mobilidade; fornecimento de ajuda sensorial conforme apropriado (óculos, aparelho auditivo); gerir o ambiente com iluminação apropriada para a hora do dia e diminuição da luz à noite; disponibilização de proteção para os olhos ou protetores de ouvido; usar um tom de voz calmo e gentil; dar dicas de orientação (relógio, calendário); evitar restrições de movimentos; mostrar objetos familiares ou fotos de casa; ensinar a família sobre o delírio e sugerir maneiras de a família trabalhar com o doente para reduzir os sintomas.

Conforme supracitado deve ser evitado a utilização de benzodiazepinas, dando preferência ao haloperidol, hidroxizina e antipsicóticos como olanzapina e quetiapina, como medicamentos de primeira linha para o tratamento de delírio (Venni, et al., 2018).

E – Mobilidade precoce/exercício físico

A mobilidade precoce é parte integrante do *bundle* ABCDE com efeitos comprovados na diminuição dos dias de delírio. Com a instituição de fisioterapia diária e terapia ocupacional o número de doentes na posição de sentado, seja em posição de cadeira usando a cama ou sentados na beira da cama, aumentou significativamente (de 1% a 10%, $p=0,01$) após a implantação do *bundle* ABCDE (Bounds et al., 2016).

Também no estudo de Balas et al. (2014) após a implementação do *bundle* ABCDE os doentes avaliados tiveram mais oportunidades de levantar, pelo menos uma vez durante o internamento ($p=0,003$) face aos doentes do grupo pré implementação do ABCDE.

Os doentes internados na UCI realizam diariamente exercícios passivos e ativos de movimento e alongamento 3 vezes por dia e posicionamentos no leito de duas em duas horas exceto se existir alguma contra-indicação (Bounds et al., 2016). No estudo realizado por Lee et al., (2019) as mobilizações precoces eram realizadas durante 4 horas distribuídas duas vezes por dia.

A implementação do ABCDE demonstrou minimizar o risco de deterioração da qualidade de vida dos doentes com internamento numa UCI (Daniels et al., 2018 & Venni et al., 2018).

Neste domínio, a frequência média e a duração média das intervenções de mobilidade precoce aumentaram significativamente de 11% usando o pacote ABCDE precoce para 54,3% utilizando o pacote ABCDE modificado que pode estar relacionado com várias hipóteses como a interrupção diária da sedação de acordo com o protocolo analgésico e sedativo (Lee et al., 2019).

No estudo em análise, as intervenções de mobilidade precoce no ABCDE inicial eram de 4 horas no período da manhã, passando a ser distribuídas no ABCDE para duas horas de manhã e duas horas à tarde pelo que os doentes não ficam impossibilitados de realizar estas atividades devido aos procedimentos e exames que são realizados principalmente no período da manhã (Lee et al., 2019).

Acompanhamento após a alta

O acompanhamento do doente inclui uma visita de acompanhamento após seis meses da alta em todos os doentes em que é realizado um exame detalhado e os doentes preenchem auto questionários (SF-12, questionário de memória para avaliar a sua qualidade de vida, através do

cálculo do *Physical Health Composite Score* [PCS] e o *Mental Health Composite Score* [MCS]).

A maioria dos doentes relatou boa perceção do próprio estado de saúde seis meses após o internamento na consulta de acompanhamento. Os valores de PCS e MCS sugerem um estado de saúde física e mental normal na maioria dos pacientes. Porém 18,2% dos doentes foram identificados como portadores de SPICI devido a uma deficiência física e mental simultânea.

Cerca de dois terços dos doentes tinham lembranças do seu internamento na UCI e menos de 10% atribuíram sentimentos negativos sobre isso. Quase 90% de dos doentes referiram não ter pesadelos, a maioria afirmou que conseguia descansar e mais de 80% dos doentes não necessitaram de medicamentos para dormir após a alta da UCI e afirmaram não perceber os ruídos ao redor como desagradáveis ou intoleráveis (Venni et al., 2018).

Após a implementação de várias intervenções que incluíram vídeos educacionais, materiais educacionais e grupos de apoio online e presenciais para educação e tratamento constatou-se que os doentes que participaram nas intervenções após a alta hospitalar apresentaram melhoria da qualidade de vida enquanto que a educação durante o internamento por si só, não foi eficaz (Daniels et al., 2018).

CONCLUSÃO

Uma das funções mais importantes do enfermeiro é a implementação contínua de medidas de prevenção do SPICI incluindo o *bundle* ABCDE, dado que passa a maior parte do tempo na prestação de cuidados diretos ao doente.

Consideramos que a problemática abordada na questão “São as intervenções de Enfermagem eficazes na Prevenção do Síndrome Pós internamento em Cuidados Intensivos na pessoa doente?” reveste-se de grande interesse, sendo os resultados encontrados passíveis de serem um auxílio para a prática de enfermagem.

A partir desta RSL identificaram-se algumas intervenções de enfermagem eficazes na prevenção do SPICI. O *bundle* ABCDE que integra o despertar e respirar espontâneo com interrupção diária da sedação, monitorização da dor, protocolos de sedação e analgesia, prevenção e gestão do delírio e mobilização precoce constituem medidas passíveis de ser eficazes na prevenção do SPICI na qual o enfermeiro desempenha um papel essencial na monitorização e avaliação do doente. Dos estudos incluídos emergiram resultados que sustentam a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção do SPICI com enfoque nas

intervenções não farmacológicas. O processo de recuperação pós internamento na UCI é contínuo, mesmo após a alta da UCI.

A RSL apresenta algumas limitações e fragilidades. Uma das limitações presentes é a heterogeneidade dos estudos incluídos, que dificulta a generalização dos resultados. O critério de inclusão de idioma de escrita pode ter contribuído para a perda de potenciais estudos, no entanto podemos afirmar que os objetivos propostos foram atingidos.

Dado à recente temática, ao nível da investigação são necessários a realização de mais estudos que comprovem e fortaleçam estes resultados e/ou evidenciem eficácia noutras dimensões do cuidar, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados aos doentes internados numa UCI, para prevenção do SPICI de modo a otimizar a sua qualidade de vida após a alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Ed.)
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web%20(2).pdf)
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Olsen, K. M., Schmid, K. K., Shostrom, V., Cohen, M. Z., Peitz, G., Gannon, D. E., Sisson, J., Sullivan, J., Stothert, J. C., Lazure, J., Nuss, S. L., Jawa, R. S., Freihaut, F., Ely, E. W., & Burke, W. J. (2014). Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1024–1036.
<https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000129>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bienvenu, O. J., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., Dennison-Himmelfarb, C. R., Pronovost, P. J., & Needham, D. M. (2015). Cooccurrence of and Remission From General Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms After Acute Lung Injury. *Critical Care Medicine*, 43(3), 642–653. <https://doi:10.1097/ccm.0000000000000752>
- Bounds, M., Kram, S., Speroni, K. G., Brice, K., Luschinski, M. A., Harte, S., & Daniel, M. G. (2016). Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 535–544. <https://doi:10.4037/ajcc2016209>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M.A. R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 15 (2), 41-59.
https://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf
- Daniels, L. M., Johnson, A. B., Cornelius, P. J., Bowron, C., Lehnertz, A., Moore, M., Shen, Y., Schulte, P. J., Pendegraft, R. S., Hall, K. R., & Bauer, P. R. (2018). Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 2(4), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.10.001>

- Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Smith, J. M., & Hopkins, R. O. (2013). Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and Promoting Patient Mobility to Prevent Post-Intensive Care Syndrome. *Critical Care Medicine*, 41, S136–S145. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182a24105>
- Elliott, D., Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Hopkins, R. O., Iwashyna, T. J., Wagner, J., Weinert, C., Wunsch, H., Bienvenu, O. J., Black, G., Brady, S., Brodsky, M. B., Deutschman, C., Doepf, D., Flatley, C., Fosnight, S., Gittler, M., Gomez, B. T., Hyzy, R., ... Needham, D. M. (2014). Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Critical Care Medicine*, 42(12), 2518–2526. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000525>
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A., & Costa-Pereira, A. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis*. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801–2809. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318186a3e7>
- Heydon, E., Wibrow, B., Jacques, A., Sonawane, R., & Anstey, M. (2019). The needs of patients with post-intensive care syndrome: A prospective, observational study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.04.002>
- Hopkins, R. O., Weaver, L. K., Collingridge, D., Parkinson, R. B., Chan, K. J., & Orme, J. F. (2005). Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(4), 340–347. <https://doi.org/10.1164/rccm.200406-763oc>
- Iwashyna, T. J., Ely, E. W., Smith, D. M., & Langa, K. M. (2010). Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. *JAMA*, 304(16), 1787. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1553>
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., Pun, B. T., Vasilevskis, E. E., Morandi, A., Shintani, A. K., Hopkins, R. O., Bernard, G. R., Dittus, R. S., Ely, E. W., & Bringing to light the Risk Factors And Incidence of Neuropsychological dysfunction in ICU survivors (BRAIN-ICU) study investigators (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 2(5), 369–379. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70051-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70051-7)
- Joanna Briggs Institute. (2020a). *Critical appraisal-tools*. [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2020-08/Checklist for Cohort Studies.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2020-08/Checklist%20for%20Cohort%20Studies.pdf)
- Joanna Briggs Institute. (2020b). *Critical appraisal-tools*. [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2020-08/Checklist for Quasi-Experimental Appraisal Tool.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2020-08/Checklist%20for%20Quasi-Experimental%20Appraisal%20Tool.pdf)
- Júnior, A. P. N. & Park, M. (2016). Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(4), 444–451. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20160078>
- Kress J. P. (2013). Sedation and mobility: changing the paradigm. *Critical care clinics*, 29(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2012.10.001>
- Lee, Y., Kim, K., Lim, C., & Kim, J. (2019). Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: A retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*. <http://doi.org/10.1111/jan.14267>
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical care medicine*, 46(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003218>
- Morandi, A., Brummel, N. E., & Ely, E. W. (2011). Sedation, delirium and mechanical ventilation: the “ABCDE” approach. *Current Opinion in Critical Care*, 17(1), 43–49. <https://doi.org/10.1097/mcc.0b013e3283427243>
- Nagaya, Y. & Kaga, M. (2018). Approaches to Post-Intensive Care Syndrome: Nursing Point of View. *Arch Clin Biomed Res* 2 (3), 108-112. <https://doi.org/10.26502/acbr.5017049>

- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. República Portuguesa Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S., & Ely, E. W. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical Care*, 14(3), 157. <https://doi:10.1186/cc8999>
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., Brummel, N. E., Hughes, C. G., Vasilevskis, E. E., Shintani, A. K., Moons, K. G., Geevarghese, S. K., Canonico, A., Hopkins, R. O., Bernard, G. R., Dittus, R. S., Ely, E. W., & BRAIN-ICU Study Investigators (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *The New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>
- Parker, A., Sricharoenchai, T., & Needham, D. M. (2013). Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 1(4), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0027-9>
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M. & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 164-170. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190028>
- Torres, J., Veiga, C., Pinto, F., Ferreira, A., Sousa, F., Jacinto, R., Molinos, E., Carvalho, D., Dias, C., Gomes, E., & Araújo, R. (2015). Post intensive care syndrome - from risk at ICU admission to 3 months follow-up clinic. *Intensive Care Medicine Experimental*, 3(Suppl 1), A448. <https://doi.org/10.1186/2197-425X-3-S1-A448>
- Venni, A., Ioia, F., Laviola, S., Frigieri, F., Pieri, A., Marilli, S., Balzi, D., Ballo, P., Gori, S., & Guarducci, D. (2018). Clinical Utility of a Structured Program to Reduce the Risk of Health-Related Quality of Life Impairment after Discharge from Intensive Care Unit: A Real-World Experience. *Critical care research and practice*, 2018, 3838962. <https://doi.org/10.1155/2018/3838962>
- World Health Organization. (2007). *Project to Develop the International Classification for Patient Safety Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Switzerland. https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey.pdf

REFLEXÃO FINAL SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A formação fomenta o desenvolvimento de competências e possibilita ao enfermeiro transformar-se num profissional capaz de refletir sobre os problemas com os quais se confronta diariamente. A aquisição de competências nas diversas áreas, permitiram-me uma reflexão sobre as práticas, conduzindo-me à mudança de comportamentos e atitudes transformando-me numa enfermeira capaz de mobilizar um saber filtrado face à reflexão sistematizada pela experiência clínica, numa tónica relevante na prática especializada.

As aprendizagens resultantes do meu percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pretendo transportá-las para a minha prática profissional no meu contexto de trabalho, desenvolvendo um papel ativo no seio da minha equipa, prestando cuidados de qualidade, garantindo a segurança do doente.

O desenvolvimento de competências é um processo complexo, de consolidação progressiva de competências. Ao longo deste percurso surgiram alguns obstáculos e constrangimentos como a gestão do tempo, desmotivação, constrangimentos pessoais que tornaram o percurso mais atribulado, no entanto igualmente enriquecedor.

Debruçando um olhar sobre todo o percurso realizado, é com enorme satisfação que chego ao final do mesmo.