

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 6ª Edição

Desafios na Aquisição de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
vertente Pessoa em Situação Crítica

Mariana Silveirinha Santo

Leiria, abril de 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 6ª Edição

Desafios na Aquisição de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
vertente Pessoa em Situação Crítica

Mariana Silveirinha Santo, nº5170007

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Docente Orientador: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, abril de 2020

*Não se iluda, pois só atingirá o pico da montanha
se estiver decidido a enfrentar o esforço da caminhada.*

Hudson Menezes

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Não me pretendo alongar, mas a gratidão é muita!

À Prof.^a Doutora Maria dos Anjos Dixe pela infindável compreensão, apoio, incentivo e disponibilidade, principalmente nos momentos de desânimo, além do rigor exigido e os constantes conhecimentos e orientações que me transmitiu, sempre com imensa dedicação, sendo um exemplo para mim.

À Prof. Doutora Carla Damásio, Prof.^a Doutora Catarina Lobão e Prof. Pedro Sousa pelo acompanhamento ao longo dos ensinamentos clínicos, que tanto enriqueceu a minha aprendizagem.

Aos enfermeiros especialistas supervisores, Enf.^a Inês Pereira, Enf. Dinis Santiago, Enf. Rúben Fidalgo e Enf.^a Cristina Correia, bem como as respetivas equipas multidisciplinares, por toda a ajuda, amabilidade e partilha de conhecimentos.

Ao Centro Hospitalar de Leiria por permitir que tudo isto fosse possível.

A toda a Equipa da Ortopedia I do Centro Hospitalar de Leiria (a melhor equipa) pela ajuda, companheirismo e paciência ao longo desta caminhada, nos bons e maus momentos, tornando possível alcançar o sucesso, além do que me ensinam todos os dias.

Aos meus colegas de Mestrado, especialmente a Joana Susano (uma inspiração!), Tiago Sousa e João Prior, pela amizade, apoio e por todos os momentos que para sempre guardarei comigo.

Aos meus grandes amigos (eles sabem quem são!), pela imensa compreensão, carinho e lealdade, apesar dos inúmeros encontros perdidos.

Aos meus familiares, pelo incentivo e compreensão nas minhas ausências.

Aos meus pais e irmã Inês, por tudo, pela constante motivação, pelo porto seguro de sempre, por sempre me terem ensinado a não desistir, por não ligarem às minhas alterações de humor, por cuidarem da Laura sempre que foi necessário, por todo o apoio incondicional, sem eles nada disto teria sido possível!

Ao Hugo, pela infinita tolerância e incentivo, pela presença (mesmo sem falar), pelo ombro onde tanto chorei, pelos momentos em que foi pai e mãe da Laura, por me lembrar da guerreira que consigo ser.

À minha Laurinha, que nasceu no meio deste desafio e, sem saber, se tornou na maior fonte de inspiração, por bastar um olhar para que recuperasse as energias e arregaçasse as mangas... por ti, meu amor, tudo!!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO – Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

EVA – Escala Visual Analógica

HSA – Hospital Santo André

IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

MeSH – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Pneumonia Associada à Comunidade

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Sedation Agitation Scale*

RENTEV - Registo Nacional de Testamento Vital

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Operações

STAI - *State-Trait Anxiety Inventory*

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computarizada

TET – Tubo Endotraqueal

TISS-28- *Therapeutic Intervention Scoring System*²⁸

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVS – Via Verde Sepsis

VVT – Via Verde Trauma

RESUMO

O presente relatório representa o culminar do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, visando a abordagem crítico-reflexiva das experiências vividas que contribuíram para a aquisição de competências no decurso de três ensinamentos clínicos entre 2018 e 2019 realizados no Centro Hospitalar de Leiria, no Serviço de Urgência Geral, Serviços de Medicina Intensiva e Bloco Operatório.

Nesse sentido, na Parte I deste relatório consta a descrição de situações conducentes à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica mediante diferentes domínios, bem como a reflexão que motivou.

Na Parte II do relatório consta uma Revisão Sistemática da Literatura com temática subordinada às Intervenções de Enfermagem efetivas na diminuição dos níveis de ansiedade de familiares de utentes internados nas Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos/Cirúrgicos.

Atualmente, é inegável o papel crucial que os familiares assumem aquando da hospitalização de entes queridos, pelo que se torna imprescindível os enfermeiros reconhecerem o momento de fragilidade e, conseqüentemente, executar intervenções que permitam reduzir esse stress e ansiedade gerados pela necessidade de intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, competências, enfermeiro especialista, enfermagem, ansiedade, família, doente cirúrgico

ABSTRACT

This report represents the culmination of the course for the Master Degree in Medical-Surgery Nursing, with the concentration in Nursing for Critical Situation Person from Escola Superior de Saúde de Leiria of Instituto Politécnico de Leiria, focusing in the critical reflective aspect of the lived experiences that contributed to the acquisition of competencies during the three clinical Studies, between 2018 and 2019, at Centro Hospitalar de Leiria, in Emergency Service, Intensive Care Unit and Operating Room.

In reference to the above, Part I of this report encompasses the description of situations that led to the acquisition of common and specific competencies of a Nurse specialist in Medical-Surgery Nursing under different circumstances, and the inherent reflections caused by it.

Part II of this report encompasses the systematic review of Literature covering the subjects related to the effective Nursing Interventions to reduce the level of anxiety of the family members of patients hospitalized in the Pos-anesthetic/ Surgical Care Units.

Currently, it is undeniable that the crucial role played by the family during an hospitalization of a family member, therefore it is imperative that the Nurses recognize the fragility moments, and are capable of executing Interventions to induce the reduction of stress and anxiety associated with the need for Surgical Interventions.

Keywords: Critical Situation Person, skills, specialist nurse, nursing, anxiety, family, surgical patient

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	15
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	17
1.3. BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	18
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	20
2.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM PROCESSO COMPLEXO DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	20
2.2. PROMOÇÃO DA RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS	39
2.3. MAXIMIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS	44
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	49
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	49
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	53
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	58
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	62
PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	64
RESUMO	65
ABSTRACT	66
INTRODUÇÃO	67

1. METODOLOGIA	70
1.1 OBJETIVOS	70
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	70
1.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	71
1.3.1. População	71
1.3.2. Intervenções	71
1.3.3. Comparador	72
1.3.4. Resultados/ Outcomes	72
1.3.5. Tipos de Estudo	72
1.4. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA	73
1.5. SELEÇÃO DE ESTUDOS	73
1.6. AVALIAÇÃO DE QUALIDADE METODOLÓGICA	75
1.7. EXTRAÇÃO DOS DADOS	76
1.8. SÍNTESE DOS DADOS	77
2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	78
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	85
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICE I – FORMAÇÃO SOBRE COMUNICAÇÃO – <i>HANDOVER</i>	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA PARA ESTUDOS QUASI-EXPERIMENTAIS	74
QUADRO 2 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA PARA ESTUDOS RANDOMIZADOS CONTROLADOS	74
QUADRO 3 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS: MÉTODO PICOD	80

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA PRISMA DO PROCESSO DE INCLUSÃO DE ARTIGOS	73
---	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Relatório de Estágio”, inserida no 2º ano do curso de 6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, cuja conclusão e consequente defesa conduzem ao grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tal como consta no Despacho n.º 9128/2012 de 5 de julho.

Nesse sentido, a realização do presente relatório visa abordar de forma crítico-reflexiva as intervenções realizadas no decurso de três ensinamentos clínicos que contribuíram para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018), bem como a perceção dos cuidados de saúde segundo os padrões de qualidade (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015).

Efetivamente o Enfermeiro Especialista (EE) é enfermeiro que detém vastos conhecimentos e capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, deve igualmente estar munido das competências comuns que favoreçam a conceção, gestão e supervisão de cuidados, definidas segundo diferentes domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados; Aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Por outro lado, do EEEMC na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) é esperada prática de cuidados à pessoa e família/cuidadores em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua elaboração à concretização e, por último, a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e/ou falência, considerando a situação em causa e a carência de respostas oportunas e ajustadas (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018). Complementar a isso, exige-se ao EEEMC o cumprimento de cuidados qualificados mediante maximização da capacidade de observação, colheita de dados contínua e aprofundada, controlo de complicações e execução de intervenções (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015).

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em duas partes, constando na Parte I o percurso e experiências vivenciadas em cada ensino clínico (EC) alvo de análise reflexiva, subdividida em

três subcapítulos: apresentação dos três serviços, referência às competências comuns desenvolvidas pelo EE e, por último, descrição das competências específicas do EEEMC, vertente de Enfermagem à PSC.

No que concerne à Parte II, esta é composta pela Revisão Sistemática da Literatura (RSL), onde é retratado o percurso metodológico, enumerados os resultados e discutidos os mesmos, partindo do objetivo de rever sistematicamente a eficácia das intervenções de enfermagem na diminuição da ansiedade dos familiares de doentes submetidos a cirurgia.

Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015), a família vivencia continuamente quaisquer alterações do estado clínico do doente com bastante intensidade e emoção, traduzindo-se numa evidente ansiedade, o que implica que os enfermeiros adotem várias estratégias aquando da interação com os familiares da PSC, nomeadamente a promoção da sua presença, a comunicação eficaz, apoio no luto e incentivo à sua participação nos cuidados.

O presente trabalho foi redigido respeitando o Guia de elaboração de trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) e cumprindo o novo acordo ortográfico.

Ao longo do documento, estão presentes fontes bibliográficas de base científica, além de manuais, artigos científicos, regulamentos e documentos institucionais consultados para a elaboração do mesmo.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Nesta parte serão abordados os ensinamentos clínicos que decorreram no Centro Hospitalar de Leiria (CHL), o qual constitui uma entidade pública empresarial, cuja denominação foi concretizada no Decreto-Lei nº 157/2013, de 13 de Novembro e engloba o Hospital Santo André (HSA), o Hospital Distrital de Pombal e o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, tendo uma área de influência que abrange aproximadamente 400000 habitantes (Centro Hospitalar de Leiria, 2018).

Inicialmente, decorreu um ensino clínico no Serviço de Urgência Geral (SUG) do HSA, num período compreendido entre 13 de Setembro e 24 de Novembro de 2018, com uma duração de 180 horas.

De seguida, decorreu o ensino clínico II no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HSA, num período compreendido entre 27 de Novembro de 2018 e 8 de Fevereiro de 2019, com uma duração de 180 horas.

Para terminar, o ensino clínico III decorreu no Bloco Operatório (BO) do HSA, num período compreendido entre 11 de Fevereiro de 2019 e 12 de abril de 2019, com uma duração de 180 horas.

Nesse sentido, pretende-se realizar uma análise crítico-reflexiva sobre os aspetos positivos e negativos dos ensinamentos clínicos, tal como as competências adquiridas nos mesmos.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

No presente capítulo, procede-se à descrição sucinta de cada local ensino clínico, nomeadamente do SUG, SMI e BO, integrados no HSA do CHL.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG do HSA do CHL constitui um serviço que se pauta pela missão de prestar cuidados de saúde técnicos e humanos, garantindo o suporte de funções vitais e revertendo possível falência que coloca em risco a vida dos doentes, mediante intervenção contínua aos doentes críticos para evitar complicações e restaurar a sua saúde, vigilância e estabilização das funções vitais, bem como prevenção da morte, recorrendo a medidas artificiais em caso de necessidade (Centro Hospitalar de Leiria, 2017a).

Em termos estruturais, o SUG é constituído por dois postos de triagem que determinam a prioridade dos doentes para, conseqüentemente, serem encaminhados para cinco possíveis áreas funcionais em *open-space*: área verde, área amarela, área laranja, área vermelha e área roxa. Além disso, existem situações emergentes que entram diretamente do exterior para a sala de emergência com triagem feita à posteriori ou quando a situação clínica de algum doente de outras áreas assim o justifique. Para doentes autónomos com prioridade verde ou azul, existe ainda uma área para observação, designada de Verdes 2.

A área verde permite uma lotação de 18 doentes, 13 em macas e 5 em cadeirões, com 2 gabinetes médicos afetos. Trata-se de uma área para doentes com menor gravidade, não urgentes.

Relativamente à área amarela, esta dispõe de 37 postos de atendimento, 23 em maca e 14 em cadeirão, com 3 gabinetes médicos (um deles de Psiquiatria). Esta área possibilita a observação por parte de médicos de várias especialidades, nomeadamente de Medicina, Cirurgia, Ortopedia e Psiquiatria. Os doentes que se encontram nesta área têm prioridade pouco urgente.

Quanto à área laranja, esta engloba 23 postos de atendimento, 14 em maca, 8 em cadeirão e 1 em quarto de isolamento. Constitui uma área para doentes com prioridade urgente.

A área vermelha, sala de emergência, destina-se à observação e tratamento de 5 doentes críticos, do foro médico, cirúrgico ou traumatológico, em risco ou em falência das suas funções vitais e, portanto, de prioridade emergente. É de ressaltar que esta área se encontra equipada para possível reanimação e estabilização dos doentes até serem encaminhados para as respetivas áreas, de acordo

com a situação clínica. Ao enfermeiro aí distribuído é acrescida a função de verificar o material e os equipamentos, tais como monitores, ventiladores e desfibriladores.

Por último, na área roxa, de ortotrauma, existem 4 divisões para observação temporária de doentes de Cirurgia e Ortopedia, sendo depois encaminhados para a respetiva área resultante da triagem. Adjacente a esta área, existe uma sala de Imagiologia, para realização de RX.

É de salientar que o SUG respeita o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto pela existência de fluxos de doentes pré-estabelecidos, com clareza e sinalização, distinguindo-se por prioridade de observação, para além da indicação das atividades que são realizadas em cada área.

Por turno, prestam cuidados 2 enfermeiros na área verde, 4 enfermeiros na área amarela, 3 enfermeiros na área laranja e 1 enfermeiro para cada uma das áreas de emergência, ortotrauma e verdes 2. Destaca-se a importância do enfermeiro coordenador, cujas funções são descritas posteriormente.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

No que diz respeito ao SMI, este constitui um serviço provido de recursos humanos qualificados e tecnológicos avançados, sendo direcionado para doentes em situação de disfunção ou falência orgânica aguda e potencialmente reversível e que impliquem meios artificiais de suporte de vida, como suporte ventilatório mecânico, técnicas de reposição renal, administração de terapêuticas ativas, entre outras (Centro Hospitalar de Leiria, 2017b).

Efetivamente, no SMI do HSA – CHL são prestados cuidados a doentes críticos do foro médico e cirúrgico, enquadrando-se no Nível II por permitir a monitorização invasiva e suporte de funções vitais, com presença permanente de médico qualificado durante as 24 horas, não assegurando especialidades diferenciadas como Neurocirurgia, Cirurgia Torácica, Vascular, entre outras (Penedo et al., 2013).

Em termos estruturais, a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é composta por 10 camas, 4 em quartos individuais com antecâmara e 6 em *open space* dispostas em linha. Este serviço admite doentes que provêm do SU, do BO, de serviços de internamento ou de outras instituições hospitalares.

Noutro âmbito, este serviço destaca-se pelo facto de cada unidade estar munida de um vasto número de recursos materiais e técnicos, nomeadamente: equipamento de monitorização hemodinâmica

(invasiva e não invasiva), meios de suporte ventilatório, sistema de aspiração, rampas de Oxigénio e ar respirável, coluna com bombas e seringas perfusoras para administração de fármacos, fluidoterapia, alimentação entérica ou parentérica, bem como um módulo de apoio com diversos materiais.

No centro do *open space* encontra-se um posto de vigilância, local de permanência constante dos enfermeiros, onde existe um monitor com registo implantado a transmitir a monitorização hemodinâmica a partir da unidade de cada doente, possibilitando permanentemente uma rápida consulta dos sinais vitais e alarmes quando estes são acionados. Nesse mesmo monitor consta igualmente datas de colocação de dispositivos médicos invasivos.

Este posto de vigilância favorece a visualização e o acesso imediato aos doentes internados, indo ao encontro das Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

1.3. BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Conceptualmente, considera-se o BO um serviço de elevada complexidade e imprevisibilidade, onde são prestados cuidados diferenciados aos doentes em ambiente de stress, implicando extrema atenção em todos os processos relacionados com os doentes para garantir a sua segurança (Lima, Sousa & Cunha, 2013), não descurando o facto de se tratar de uma unidade bastante exigente e dinâmica com recurso a técnicas cirúrgicas, de diagnóstico e anestésicas, em constante evolução, com implementação de cuidados especializados médicos e de enfermagem (Martins, 2004).

O BO do HSA é utilizado por diversas especialidades, sendo realizadas cirurgias eletivas, urgentes ou emergentes a doentes vindos do Serviço de Urgência, do internamento ou de serviços ambulatoriais, além de se proceder a exames que exijam um nível elevado de assépsia e/ou anestesia, bem como de instalações adequadas para o efeito (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

Comparativamente a outros serviços, o BO distingue-se por se tratar de um serviço fechado e isolado do exterior, dividindo-se em três áreas: livre (zonas de acolhimento e transferência dos doentes e materiais, tal como a circulação de profissionais e desinfeção de camas), semi-restrita (obrigatório o uso de farda do BO e touca, espaço de prestação de cuidados pré e pós-operatórios, armazenamento de material e equipamentos, salas afetas aos profissionais) e restrita (acresce o uso

de máscara, inclui Salas de Operações (SO), área de desinfecção dos profissionais e sala dos sujeitos), além da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), respeitando as normas da Administração Central do Sistema de Saúde (2011).

Contudo, nesta última área restrita, as Recomendações Técnicas para Bloco Operatório preconizam a existência de uma sala de preparação (para abrir as embalagens e preparar ou montar o material esterilizado para a cirurgia) e uma sala de anestesia (para anestésiar o doente enquanto se procede à limpeza e preparação da sala de operações). Esta diferenciação não se verifica no BO do HSA, uma vez que é tudo realizado nas SO apesar de todas terem uma sala de anestesia contígua.

Em termos estruturais, o BO é composto por 10 salas de operações, atribuindo-se a sala 6 para Obstetria e as salas 7, 8 e 9 para Urgências, sendo a 7 preferencialmente para Cirurgia Geral e a 8 para Ortopedia. Além das SO, existem duas UCPA para onde são encaminhados os doentes após as cirurgias, dispondo de um total de 10 camas.

Saliente-se que em todas as SO é comum a existência da base onde encaixa a maca de transporte do doente, um módulo com ventilador, aspirador, monitor e gases medicinais, uma mesa e armário móveis afetos a material de anestesia, um carro com material esterilizado, um armário para outros materiais (tais como material para sutura, pensos, drenagem e luvas esterilizadas), aparadeiras e sacos para resíduos. Uma vez por turno procede-se à verificação da existência e funcionamento desses itens, a qual pode realizar frequentemente neste ensino clínico, sendo fundamental a existência de uma *checklist* para garantir a existência dos recursos necessários às cirurgias, detectar falhas e prevenir eventos adversos (Lima, Sousa & Cunha, 2013).

Funcionalmente, intervém neste BO uma vasta equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos (cirurgiões e anestesiólogos), assistentes operacionais, técnicos e secretária.

No que diz respeito aos enfermeiros, estes assumem papéis distintos: circulação, instrumentação, anestesia e UCPA, sendo transversal a avaliação das necessidades dos doentes, definição dos diagnósticos e respetivas ações de enfermagem, culminando na avaliação dos seus resultados, tal como defende a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006).

Além das funções supracitadas, os profissionais de enfermagem do BO da equipa de Anestesia realizam consultas de enfermagem de anestesia, consulta de controlo da dor pós-cirúrgica com idas aos serviços onde os doentes estão internados, além do apoio noutros serviços.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No presente capítulo, será realizada uma reflexão crítica relativamente às competências específicas do EE que teve oportunidade de desenvolver no decurso dos ensinos clínicos, no âmbito de três domínios: Prestação de cuidados à pessoa em processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica; promoção da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas, tal como determina o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho.

À PSC, com uma ou mais funções vitais em risco, são exigidos continuamente cuidados de enfermagem altamente qualificados para colmatar as suas necessidades, manter as funções básicas de vida e prevenir complicações e incapacidades. Estes cuidados multiplicam-se nas situações de emergência, exceção e catástrofe, cuja vida da pessoa está em risco. Nesse sentido, o papel dos enfermeiros, dotados de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, reveste-se de grande importância no que concerne à pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

2.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM PROCESSO COMPLEXO DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Neste âmbito, a complexidade das situações e respetivas respostas necessárias perante a PSC e familiares/pessoas significativas implica inúmeros conhecimentos e habilidades para agir de forma eficiente e holística (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

De facto, os autores Baggio, Dorneles Callegaro e Erdmann (2008) defendem que os enfermeiros que prestam cuidados a doentes críticos devem munir-se de destreza, agilidade, habilidade e capacidade de priorização e intervenção consciente e segura, mesmo em contextos de emergência.

Assim sendo, tratando-se do âmago das competências do EE e dada a multiplicidade de situações geradoras de reflexão comum aos três serviços em causa, são de seguida destacados esses momentos e contextos com abordagem às competências desenvolvidas.

No sentido de desenvolver esta competência, é crucial identificar e responder prontamente a focos de instabilidade, bem como realizar cuidados técnicos de elevada complexidade e evidenciar

conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV) e trauma (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

Assim sendo, comum aos três serviços de EC, a imprevisibilidade inerente a cada um potenciou o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Para isto, impera reconhecer a PSC como o indivíduo cuja vida se encontra ameaçada no decurso de falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, implicando meios qualificados para vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver. Consequentemente, estes doentes encontram-se comprometidos no seu autocuidado, pelo que se torna pertinente invocar a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que aborda a relação entre as capacidades de ação do doente e as suas necessidades de autocuidado (função que regula o que o indivíduo executa por si próprio ou por outros no sentido de preservar a vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar) (Tomey & Alligood, 2004).

Naturalmente, o facto do doente se apresentar incapaz ou limitado na satisfação das suas necessidades de autocuidado ou de outros de forma contínua e eficaz traduz a carência de cuidados de enfermagem (Vitor, Lopes & Araújo, 2010), mediante 5 métodos de ajuda definidos na referida teoria: executar ou agir, substituindo o doente no que não é capaz de executar; orientar e encaminhar; prestar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente favorável ao seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2004). Nesse sentido, procurei adoptar o método de ajuda que melhor se adaptasse à situação de cada doente.

Ao longo do EC no SUG, foi possível atuar perante a instalação ou agravamento de instabilidade de doentes, tais como situações de choque (séptico, anafilático e suspeita de choque neurogénico), vítimas de mono e politrauma, suspeita de rutura de aneurisma abdominal, obstrução total da via aérea, hemorragia digestiva alta, cumprimento de SAV, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) e Via Verde Coronária (VVC).

Nesses casos, pude executar a avaliação ABCDE em inúmeros doentes para assim definir prioridades e agir em conformidade, respeitando indicações médicas. Por vezes, o facto de estarem vários doentes na SE implicou o aumento da minha capacidade para a definição das prioridades, no sentido de melhor responder às necessidades de cada indivíduo.

Neste contexto, destaco um episódio com um doente admitido na SE com suspeita de choque séptico, apresentando quadro de hipotensão, palidez, prostração, dispneia, cansaço fácil, tiragem costal e oligúria. No decurso da avaliação ABCDE, o estado geral do doente foi agravando, tendo

havido necessidade de proceder a entubação endotraqueal, fluidoterapia, transfusões de concentrado de eritrócitos e diversos fármacos, bem como colocação de catéter central. Posteriormente, o doente foi transferido para o SMI do Hospital de Abrantes por ausência de vaga no SMI do HSA. Perante esta situação, necessitei de mobilizar conhecimentos e habilidades para atuar em conformidade.

Saliente-se que a fluidoterapia usada foi com soluções cristalóides, tal como consta nas diretrizes internacionais, reconhecendo-as como o fluido de eleição para a ressuscitação inicial e posterior substituição do volume intravascular nos casos de *sépsis* e choque séptico (Rhodes et al., 2017).

Ao longo deste episódio, apesar de não ter estado presente a enfermeira orientadora, tive o privilégio de ter esclarecimentos constantes por parte do médico do SMI interveniente e enfermeiros, que foi decisivo para aprimorar a minha perceção.

Recordo também a situação de uma doente na área amarela a quem detetei súbito agravamento do seu estado e aparente falência de funções vitais, que transferi com a ajuda da enfermeira responsável pelo utente para a SE, onde acabou por falecer. De igual modo, pude acompanhar doentes cujas situações evoluíram para choque séptico na área verde, implicando rápida intervenção da equipa, onde participei.

Neste serviço, foi essencialmente nas áreas laranja e vermelha que pude aprimorar esta competência, consolidando com consulta de protocolos, nomeadamente na prática da VVAVC e VVC.

De facto, se é inquestionável o facto de serem uma mais valia, não menos vantajosas serão a Via Verde *Sépsis* (VVS) e a Via Verdes Trauma (VVT), que estão a ser implementadas no SUG, acarretando inúmeros benefícios. Efetivamente, a VVS possibilita a identificação precoce e cumprimento de algoritmos básico e avançado para avaliação e administração de terapêutica, o que melhora substancialmente o prognóstico dos doentes com *sépsis* grave e choque séptico (DGS, 2017a), enquanto que uma intervenção precoce em doentes traumatizados com adoção de medidas permite rapidamente identificar e diminuir a mortalidade e morbidade (DGS, 2010a). Perante as situações deste âmbito, julgo que estas medidas terão repercussões bastante favoráveis na prática de cuidados à PSC.

No SMI, tive igualmente oportunidade de desenvolver competências perante inúmeras situações, tais como Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC); doentes politraumatizados; provas de morte cerebral e respetivos procedimentos para doação de órgãos; intoxicação por organofosforados (que

motivou um trabalho de análise reflexiva); tromboembolismo pulmonar numa puérpera, entre outros.

Por outro lado, procedi à monitorização hemodinâmica invasiva mediante avaliação da pressão venosa central e pressão arterial invasiva através do catéter venoso central e da linha arterial respetivamente e da pressão intra-abdominal; análise do traçado eletrocardiográfico; realizei intervenções inerentes a ventilação mecânica invasiva, drenagens torácicas, técnicas dialíticas e terapia nutricional entérica e parentérica; colaboração na colocação de catéter venoso central e de linha arterial; extubação endotraqueal e análise de gasimetrias, débitos urinários e glicémias capilares.

De acordo com os autores Urden, Stacy e Lough (2008), um profissional de Enfermagem em cuidados intensivos reúne competências para prestação de cuidados altamente qualificados, recorrendo às tecnologias adequadas e integrando abordagens psicossociais e holísticas, tendo em conta o tempo e situação clínica do doente.

Consequentemente, dada a complexidade inerente, senti necessidade de me adaptar a um contexto com doentes sedoanalgesiadados, sob ventilação mecânica, sujeitos às mais diversas técnicas de suporte vital, apesar da sua contribuição para enriquecer a minha experiência enquanto enfermeira, futura mestre em Enfermagem à PSC.

Recordando o modelo teórico de Virginia Henderson (2006), os profissionais de enfermagem devem ser dotados de capacidade para avaliar a carência de ajuda aos doentes nas suas 14 necessidades humanas fundamentais, sendo que respirar normalmente é primordial.

Neste sentido, destaco a ventilação mecânica invasiva como o principal repto do EC no SMI. Nesta esfera, torna-se pertinente recordar que este método permite tratar insuficiência respiratória aguda ou crónica mediante a promoção de trocas gasosas adequadas, correção de hipoxémia e acidose respiratória por hipercápnia, diminuição do consumo de Oxigénio e do desconforto respiratório, alívio do esforço muscular associado à respiração e cumprimento de terapêutica. Neste processo, verifica-se a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas através do tubo orotraqueal, nasotraqueal, traqueostomia ou máscara, existindo variados modos ventilatórios: Volume Controlado, Pressão Controlada, Volume Controlado com Pressão Regulada, Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada, Pressão Assistida com Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas e Ventilação Espontânea (Carvalho, Junior & Franca, 2007).

Consequentemente, no sentido de maximizar a minha autonomia nos cuidados inerentes, realizei pesquisa bibliográfica nomeadamente no que diz respeito a cada modo ventilatório, avaliação da adaptação do doente ao ventilador e da necessidade de proceder à aspiração de se secreções, otimização do Tudo Endotraqueal (TET) e correta higiene oral. Para isso, aproveitava as oportunidades para melhorar a interpretação dos parâmetros ventilatórios, procurando relacionar com estado do doente. De facto, foi nesta problemática que incidi a minha aprendizagem e reflexão. Ao longo do EC, duas situações díspares motivaram reflexões com colegas enfermeiros: protelamento excessivo para entubação com TET e extubação precoce.

Efetivamente, houve dois casos de doentes em que se assistiu ao adiamento de entubação com TET, o que me levou a refletir que uma decisão médica de entubar com TET é bastante subjetiva.

Em contrapartida, uma extubação corresponde ao *terminus* do desmame ventilatório (transição entre ventilação mecânica para respiração espontânea), de modo abrupto ou gradual, cumprindo um planeamento e o mais precoce possível (Pereira, Oliveira, Amâncio & Moraes, 2013).

Se por um lado, havia situações em que os enfermeiros do SMI já previam a extubação do doente, houve outras que não era expectável. Num desses casos, em que tive oportunidade de eu própria realizar a intervenção com supervisão, o estado clínico evoluiu para edema agudo do pulmão, o que implicou rápida resposta para o reverter com sucesso, contribuindo para que desenvolvesse competências.

Outro aspeto a apontar foi a inconsistência no método de desmame ventilatório em duas extubações que realizei, o que traduz o desacordo dividido entre Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada e a Pressão Assistida com Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas com recurso ao tubo T, tal como alegam os autores Pereira, Oliveira, Amâncio e Moraes (2013).

Neste procedimento, é fulcral os profissionais de enfermagem cumprirem diversos cuidados, nomeadamente a avaliação do estado de consciência, do padrão respiratório e cardiovascular, da atividade física e estado nutricional; vigilância dos valores da gasimetria arterial; gestão da dependência psicológica em relação à ventilação mecânica; otimização do posicionamento do doente; pesquisa do grau de informação do doente e familiares; controlo da pressão do cuff do TET; realização da aspiração de secreções a nível endotraqueal e despiste de sinais de paragem cardiorrespiratória (PCR) (Menezes, Carvalho & Gois, 2013).

Ao contrário do SUG e do BO, no SMI não se recorre à Capnografia, apesar dos seus notórios benefícios, nomeadamente a confirmação e avaliação de uma correta entubação traqueal e posicionamento do TET ou traqueostomia, estimativa do débito cardíaco e monitorização do suporte ventilatório e do tratamento do broncospasmo (Kerslake & Kelly, 2017).

Quando questionei sobre a desvalorização deste método pelos médicos, foi-me explicado que já tinha havido tentativa de recorrer ao mesmo, mas sem sucesso.

Assim sendo, todas as intervenções referidas relacionadas com ventilação invasiva mecânica que tive escasso contacto no SUG pude melhorar no SMI e aperfeiçoar no BO, considerando o constante uso de dispositivos avançados de via aérea (TET ou máscara laríngea) na indução, manutenção e reversão anestésica, sendo evidente no BO a possibilidade de se verificarem intercorrências a resolver imediatamente, tais como troca do dispositivo avançado de via aérea (de máscara laríngea para TET na sequência de fuga e troca de TET por *cuff* não funcionante); necessidade de conversão anestésica de bloqueio subaracnoideu para anestesia geral por bloqueio do diafragma; reação alérgica na indução anestésica.

Contudo, é inquestionável a necessidade dos profissionais de Enfermagem agirem com pensamento crítico-reflexivo e eu testemunhei uma situação que o confirmou. Tratava-se um doente com PAC diagnosticada, cujo estado clínico se agravou e a ventilação mecânica através do TET foi insuficiente, cujas saturações periféricas de Oxigénio rondavam os 87%. Perante isto, o EEEMC presente sugeriu posicionar o doente em decúbito lateral dado que tinha verificado melhoria dos valores no referido posicionamento, por favorecer a expansão da caixa torácica, o que foi novamente verificado com elevação dos valores até 99%.

Perante isto, foi ponderada a adoção de posição prono para promover a reversão da síndrome de dificuldade respiratória aguda, tal como defendem Léonet, Fontaine, Moraine e Vicent (2002). Contudo, mais tarde tive conhecimento que o doente tinha sido transferido para outra unidade hospitalar para Oxigenação por Membrana Extracorpórea, que consiste na oxigenação direta e remoção de Dióxido de Carbono do sangue (Brodie & Bacchetta, 2011) através de um método tecnológico com bypass cardiopulmonar que permite a troca de gases favorável à redução dos parâmetros do ventilador, disponibilizando tempo para os tratamentos e recuperação (Peek et. al, 2009).

Outro desafio no SMI diz respeito à técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua nos doentes que sofrem de insuficiência renal aguda, que acarreta risco significativo de morbidade e

mortalidade, exigindo dos profissionais de enfermagem constante monitorização hemodinâmica, despiste de complicações (tais como hipotensão arterial, hipertensão arterial, dispneia, hipotermia, arritmia entre outras) (Nascimento & Marques, 2005; Fava, Oliveira, Vítor, Damasceno & Libânio, 2006), além da orientação e ajuda ao doente e seus familiares perante o tratamento e limitações que surjam (Lucena et al., 2017).

Apesar de existir documentos orientadores para a prática desta técnica no serviço, pude constatar que a sua complexidade gera debates entre os profissionais, incluindo uma reflexão entre médico e EE para determinar a melhor atuação para o doente internado, enaltecendo o papel dos EE na tomada de decisão.

Efetivamente, foi evidente a inconsistência no anticoagulante usado na técnica, uma vez que tanto observei o uso de heparina como de citrato de sódio. Em discussão com o enfermeiro responsável pelo utente, concluí que se trata de uma decisão médica baseada nos riscos e benefícios para cada doente, dado que o citrato de sódio se assume como mais efetivo mas implica despiste frequente de complicações metabólicas enquanto que a heparina traduz menor risco de hemorragia e falhas no filtro ou circuito (Bai et al., 2015).

No decurso do EC, com a pesquisa bibliográfica e a aprendizagem com os enfermeiros orientadores e enfermeiros peritos na referida técnica, considero que evoluí nos cuidados inerentes apesar de reconhecer que necessitava de mais tempo para prestar cuidados de forma perfeitamente autónoma.

Ainda no SMI, foi possível colaborar num transporte intra-hospitalar de doente crítico para realização de Tomografia Axial Computarizada (TAC). Saliente-se que a sua realização implica ponderação se os benefícios forem questionáveis ou implicar demasiados riscos para os doentes, uma vez que, na sua sequência, pode ocorrer agravamento da sua situação clínica ou despoletar a sua instabilidade (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Nesta situação, tive oportunidade de confirmar a importância da comunicação efetiva entre os profissionais, destacando-se o papel dos enfermeiros para transmitir informações e vigiar as necessidades dos doentes, bem como dos equipamentos serem adequados, tal como defendem as autoras Almeida et al (2012), que alegam ser fundamental este procedimento estar definido em protocolo para a sua uniformização e promoção da capacidade dos profissionais em identificar e solucionar as intercorrências, para conseqüente diminuição de erros e aumento da segurança e satisfação dos doentes. Efetivamente, existe um protocolo em vigor no SMI, que inclui os aspetos supracitados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017a), a equipa do transporte de doente crítico deve integrar um EEEMC, tal como a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), o que não verifiquei nesta última.

De facto, pude acompanhar a EEMI com um médico e uma enfermeira generalista na sequência de um alerta dado pelo Serviço de Medicina Interna para uma situação de um doente com taquicardia supraventricular, a qual foi revertida com administração de Adenosina.

Segundo a DGS (2010b), está contemplado na norma que a EEMI deve ser composta por um médico e um enfermeiro, ambos com competências na abordagem avançada da via aérea, técnica de reanimação e, preferencialmente, com formação em emergência. No caso que acompanhei, a enfermeira tinha as competências exigidas apesar de não ser EEEMC.

Para terminar, no SMI pude observar a realização de provas de morte cerebral e respetivos procedimentos num doente potencial dador de órgãos, sendo primordial o papel dos profissionais de enfermagem no que diz respeito à manutenção da viabilidade dos órgãos para doação, mediante a avaliação minuciosa e cuidados especializados, incluindo a estabilização hemodinâmica, hidratação e proteção da córnea (Cavalcante, Ramos, Araújo, Alves & Braga, 2014).

Contudo, é de salientar que o processo de confirmação de morte cerebral conduz a diversas questões éticas e legais inerentes à sua determinação, abordagem, presença de familiares, suspensão das medidas terapêuticas e de suporte, bem como a possível colheita de órgãos para doação, sendo fundamental os profissionais do SMI estarem dotados de conhecimentos sobre o processo para alcançar uma prestação de cuidados de excelência (Agnolo et al., 2010).

Quanto à prática das provas de morte cerebral que assisti, o que destaco é o rigor com que estas foram realizadas, seguindo o respetivo protocolo e cumprida a necessidade de ser efetuadas por profissionais externos. De igual modo, recorro a exatidão com que se cumpriram os trâmites do processo, sem descuidar da presença de oficiais da Guarda Nacional Republicana para assegurar o encaminhamento das amostras colhidas.

Relembre-se que, segundo a Lei nº 22/2007 de 29 de junho, é considerado potencial dador de órgãos todo o indivíduo que cumpre os critérios definidos e que não consta do Registo Nacional de não dadores. Designadamente, a mesma lei esclarece que uma colheita de órgãos corresponde ao processo de disponibilização de órgãos, tecidos e células de origem humana dos potenciais dadores *post mortem*, com intuito terapêutico ou de transplante.

Apesar da legislação em vigor, é sempre solicitada a aceitação dos familiares, o que provavelmente causa uma perda significativa de dados.

Contudo, a aprendizagem no SMI ficou inacabada para mim, uma vez que não foi possível assistir à respetiva colheita de órgãos, tendo surgido essa oportunidade no EC no BO, em que presenciei a cirurgia para colheita de rins, fígado e córneas, sendo a experiência potenciada pela possibilidade de obter esclarecimentos com a enfermeira da equipa cirúrgica à medida que a intervenção cirúrgica foi decorrendo.

Saliente-se que é uma equipa cirúrgica externa que realiza a mesma (cirurgiões e enfermeiros). Os enfermeiros do HSA apenas cedem apoio no que for solicitado.

Efetivamente, segundo o explanado na Lei n.º 36/2013, de 12 de junho, pela sua complexidade, os profissionais envolvidos cumprem as diretrizes definidas pelas respetivas missões e responsabilidades, sendo a prestação alicerçada numa formação inicial e contínua.

Não obstante, se é inquestionável o privilégio de ter estado presente, não menos verdade foram os constantes momentos de reflexão, com o limiar entre o *eu* profissional e o *eu* pessoal bastante ténue, com questões a todos os níveis, incluindo a própria intervenção cirúrgica que é revestida por extrema complexidade. De facto, no momento em que se desligaram os meios avançados de suporte de vida, com a colheita dos órgãos praticamente terminada, contemplei a fascinante oportunidade que outras pessoas teriam com esta dádiva.

Efetivamente, a enfermagem em contexto perioperatório está presente em todo o ciclo da vida do ser humano, tendo em conta todos os avanços tecnológicos que proporcionam cirurgias desde o contexto intra-uterino à colheita de órgãos *post mortem* (AESOP, 2006).

Consequentemente, os profissionais de Enfermagem devem alicerçar a sua atuação em sólidos conhecimentos no sentido de maximizar os cuidados aos doentes cirúrgicos, garantindo a sua segurança e o sucesso anestésico (Turrini, Costa, Peniche, Bianchi & Cianciarullo, 2012), pelo que aproveitei as oportunidades para desenvolver competências e maximizar a minha segurança na vigilância hemodinâmica para despistar intercorrências e antecipar necessidades, em colaboração com o anestesiológico.

Objetivamente, desenvolvi autonomia enquanto enfermeira de anestesia, desde o preenchimento da *checklist* do material necessário para a anestesia ao acolhimento de doentes com respetiva anamnese, passando pela execução de diversas intervenções: cateterização de acesso venoso

periférico, monitorização hemodinâmica não invasiva, preparação de fármacos corretamente identificados mediante a técnica anestésica, colaboração com anestesiológico para colocação de dispositivos de via aérea avançada, entubações nasogástricas e algalias, promoção de correto posicionamento e aquecimento corporal e registos, tanto na folha de anestesia como no sistema informático SClínico. Além destas, pode colaborar em procedimentos invasivos, tais como entubação orotraqueal e colocação de cateter central.

Para terminar, manifesto alguma frustração por não ter tido oportunidade de prestar cuidados pós-PCR, uma vez que os doentes admitidos na SE nessa situação foram transferidos para o SMI de imediato, tendo apenas colaborado no transporte até esse serviço, sendo que no SMI não prestei cuidados a esse nível.

No decurso dos ensinamentos clínicos, foi possível aprimorar o cumprimento de protocolos terapêuticos complexos, traduzindo-se numa ampliação de conhecimentos, não descurando dos cuidados de monitorização e vigilância para despistar complicações.

No SUG, mais concretamente na SE, surgiu oportunidade de gerir a administração de terapêutica, alicerçada em protocolos institucionais e do serviço. Assim sendo, apesar de esporadicamente necessitar de confirmar diluições dos fármacos e de investir em pesquisa bibliográfica, pude maximizar a minha autonomia nesta prática.

Saliente-se o foco concedido à prevenção do erro na administração de medicamentos, cumprindo correta identificação do doente e confirmação do fármaco a administrar, uma vez que a administração medicamentosa consiste numa das principais intervenções de Enfermagem, pelo que urge percepcionar os tipos de erro e os fatores causais possíveis de modo a poder preveni-lo (Franco, Ribeiro, D'Innocenzo & Barros, 2010).

Tal como supracitado, está em curso a implementação da VVS no SUG, tal como preconiza a DGS (2017a), sendo crucial para uma identificação precoce e orientação adequada nas horas iniciais e conduzindo a um prognóstico mais favorável, à semelhança de casos como Enfarte Agudo do Miocárdio, AVC ou politraumatizado (Rhodes et al., 2017). Efetivamente, eventos do foro séptico podem acarretar aumento dos recursos utilizados, dos custos e da mortalidade (Angus et al., 2001), o que traduz a importância da criação de protocolos terapêuticos (Shorr et. al 2007), sendo que cada hora de atraso no início de antibioterapia acarreta uma redução de 7,6% da probabilidade de sobrevivência (Kumar et, 2006).

Durante um momento de reflexão com a enfermeira orientadora, perante os diversos casos de suspeita ou diagnóstico de *sépsis* ou choque séptico, refletimos sobre os inquestionáveis benefícios que surgirão após a implementação da VVS, tanto para os doentes como para a instituição, pela possibilidade de agilizar as intervenções realizadas, nomeadamente o início de terapêutica dirigida ao doente.

No EC no SMI, considero pertinente abordar dois protocolos que mais contacto tive: protocolo de insulino-terapia no doente crítico e o protocolo de administração de Potássio em situações de hipocaliémia.

No que diz respeito ao primeiro, baseado no protocolo de *Yale*, é cumprido o controlo das glicémias capilares, existindo na literatura alguma controvérsia. Segundo Krinsley (2003), a hiperglicémia conduz a um risco acrescido de mortalidade, enquanto que diversos autores alegam que hipoglicémias acarretam pior prognóstico (Kohl & Deutschman, 2006). Os autores Paixão et al. (2014) apontam a *sépsis*, falência orgânica, insuficiência renal com necessidade de hemodiálise, doença hepática e diabetes mellitus como alguns fatores de risco para hipoglicémia, além de lacunas na padronização da avaliação de glicémia, nos ajustes da perfusão de insulina ou no suporte nutricional.

Assim sendo, idealiza-se a normoglicémia como promotora da redução de morbilidades, tais como infeções ou falência orgânica, assim como de mortalidade, independentemente de existir antecedente pessoal de Diabetes Mellitus (Van et al., 2001).

De acordo com Paixão et al. (2014), considera-se glicémia ideal aquela cujo controlo é o mais precoce possível mediante a menor dose de insulina, sendo que no SMI pretende-se manter valores de glicémia capilar compreendidos entre 120 e 160mg/dL, mediante ajuste da perfusão de insulina endovenosa face aos valores obtidos. Destaco a existência de um exemplar desse protocolo na unidade de cada doente como auxiliar de memória, permitindo uma atuação imediata.

Apesar da sua fácil interpretação e aplicabilidade, constatei que por vezes é difícil alcançar o valor ideal para estabilização das glicémias capilares. Este facto poderá traduzir um aspeto apontado pelos autores Argollo, Faustino, Faustino e Pedreira (2010), que alertam para o risco de se obter falsos resultados de avaliações de glicémia capilar em doentes hemodinamicamente instáveis, com administração de drogas vasoativas, alterações de perfusão periférica ou edemas, com consequente gestão incorreta da perfusão de insulina, defendendo que as amostras de sangue através de cateter venoso central permitem resultados mais fidedignos.

No decurso da pesquisa bibliográfica, fiquei mais desperta para a problemática de se obter a normoglicémia, pelo que na minha prática, quando realizava colheitas de sangue para análise ou gasimetrias, consultava frequentemente os valores da glicémia capilar para despistar possíveis alterações discrepantes, o que nunca constatei.

De igual modo, no BO procedi à monitorização de glicémia capilar em todos os doentes, sendo fulcral que os fluidos de reposição não contenham dextrose (salvo algumas exceções), dada a tendência para hiperglicémia, tal como referem as autoras Pereira e Lisboa (2009). Segundo as mesmas autoras, o tipo de anestesia determina a resposta hiperglicémica no período intra-operatório, sendo que a anestesia geral desencadeia maior aumento do que as anestésias local e epidural.

Por outro lado, a verificação de hiperglicémia está associada a maior risco de infeção da ferida cirúrgica, reforçando a importância da sua monitorização (Zerr et al., 1997).

Outro protocolo a destacar diz respeito ao despiste de hipocaliémia no SMI através de gasimetrias, a qual pode acarretar repercussões graves para os doentes, nomeadamente o efeito cardíaco, com risco de desenvolver arritmias ou evoluir para PCR (Medeiros & Madeira, 2011).

O cumprimento do protocolo inclui a administração de Cloreto de Potássio diluído em Cloreto de Sódio 0,9% na sequência de hipocaliémia inferior a 3,5mEq/l, cuja reposição visa alcançar um valor igual ou superior a 4,0mE/l, o que realizei com sucesso.

Por último, é de importância vital abordar a sedoanalgesia e os fármacos vaso-ativos, que tive oportunidade de desenvolver autonomia na sua administração no SMI e no BO e que motivou intensa pesquisa bibliográfica, essencial para melhorar a perceção das respetivas indicações e efeitos hemodinâmicos.

No que diz respeito à administração de sedativos e analgésicos, esta é bastante distinta entre o SMI e o período perioperatório, uma vez que no SMI existe necessidade de sedação mais prolongada em doentes que frequentemente apresentam falência multiorgânica e instabilidade hemodinâmica, pelo que deve ser-lhes administradas uma sedação e analgesia suficientes para permanecerem despertáveis quando estimulados (se possível), com maior tolerância a estímulos nocivos e isenção de dor (Miranda, Bersot & Villela, 2013).

Contudo, a sedoanalgesia requer monitorização hemodinâmica para controlo dos seus efeitos, sendo crucial evitar o seu uso prolongado (Moritz, 2005). Especialmente no contexto do SMI, esse uso

prolongado faz aumentar o tempo de ventilação mecânica e de internamento, tal como a taxa de mortalidade, custos e degeneração muscular e cutânea (Basto et al., 2014).

Torna-se pertinente salientar alguns aspetos que motivaram reflexões, nomeadamente comparar a administração de Propofol com Midazolam, sedativos mais usados. Segundo um estudo dos autores Leite, Macedo, Martins, Neves e Libório (2015), doentes com perfusão de Propofol apresentaram menos efeitos adversos a nível renal, representando menor risco de desenvolver lesão renal aguda.

Além disso, no estudo dos autores Lameijer et al. (2017), comparando com Midazolam, o Propofol apresentou-se como um sedativo mais eficiente e seguro em contexto de Emergência, tendo em conta a menor duração, maior profundidade e sucesso da sedação.

Segundo os autores Celis-Rodriguez et al. (2013), em doentes entubados via endotraqueal, o Propofol tem início de ação rápido em bólus, considerando a sua rápida entrada no Sistema Nervoso Central e sua duração é curta, sendo possível permanecer em perfusão contínua em catéter central, enquanto que o Midazolam permite a sedação prolongada. Além disso, o Propofol está indicado em casos de agitação sem suspeita de dor.

No EC, tive oportunidade de preparar, administrar e vigiar os efeitos dos fármacos mencionados, tendo aproveitado alguns momentos para reflexão com os enfermeiros orientadores, principalmente no que diz respeito à vigilância hemodinâmica necessária em cada caso, uma vez que tanto o Midazolam como o Propofol podem conduzir a inconvenientes, destacando-se a depressão ventilatória e hemodinâmica e o *delirium* no Midazolam; hipotensão e depressão ventilatória no Propofol (Celis-Rodríguez et al., 2013).

No que diz respeito a drogas vasoativas, estas são fundamentais para reversão de situações de baixo débito por disfunção celular grave, conduzindo a melhor prognóstico e sobrevivência de doentes críticos, sem descuidar da monitorização hemodinâmica e laboratorial dado o seu rápido e potente efeito (Ostini et al., 1998).

Nesse âmbito, julgo ter progredido na identificação de necessidade da administração destes fármacos, despistando possíveis complicações hemodinâmicas, melhorando a agilidade na troca de seringas com estes fármacos, tanto mais rápida quanto mais instáveis estiverem os doentes.

Saliente-se o cuidado que procurei ter sempre na prevenção do erro, comum nos três serviços de EC, principalmente nos medicamentos de alto risco (com respetiva sinalética), cujas falhas podem ter repercussões irreparáveis e fatais, levantando questões ético-legais (Coimbra & Cassiani, 2001).

No BO, foi essencial a oportunidade de desempenhar funções de enfermeiro de anestesia (ainda que com supervisão), cumprindo a observação e vigilância intensivas, despiste de complicações e intervenção perante situações urgentes e emergentes, independentemente de se tratar da fase pré-anestésica, indução, manutenção ou reversão (AESOP, 2006).

No decurso da indução anestésica, uma das maiores preocupações que constatei no EC foi assegurar uma rápida entubação endotraqueal pelos diversos riscos que este procedimento acarreta, tais como aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, grave complicação que pode culminar em morte (Vianna et al., 1997), ventilação inadequada, dificuldade ou impossibilidade de entubar, laringoespasma, broncoespasmo ou instabilidade hemodinâmica (Tallo, Guimarães, Lopes & Lopes, 2011), pelo que o maior desafio foi proceder à administração dos fármacos nas entubações de sequência rápida de forma eficiente.

Para este procedimento, os relaxantes musculares mais utilizados são a Succinilcolina e o Rocurónio, verificando-se divergência entre diversos autores quanto ao fármaco de eleição, o que conduziu a reflexão.

Quanto à Succinilcolina, bloqueador neuromuscular despolarizante, apresenta rápido início de ação, curta duração e facilidade de entubação, mas apresenta diversos riscos graves, tais como arritmia, hipertermia maligna, hipercaliémia e aumento da pressão intraocular (Almeida, 2002; Perry, Lee, Sillberg & Wells, 2008; Miranda, Bersot & Villela, 2013).

Por seu lado, o Rocurónio caracteriza-se por ter maior segurança na administração, possibilidade de reversão com sugamadex, ausência de efeitos cardiovasculares e aplicável em doentes com elevada pressão intracraniana, queimaduras e doenças neuromusculares (Vianna et al., 1997; Pereira, Matias, Paiva, Valentim & Loureiro, 2016). Apesar disso, apresenta o inconveniente do tempo de recuperação do bloqueio neuromuscular ser prolongado, uma vez que são necessárias doses elevadas de Rocurónio (Silva, Silva, Trivellato, Romano & Guimarães, 2016).

Contudo, os autores Marsch et al. (2011) vão ao encontro de outros autores ao concluir que não se verifica diferença na incidência de hipoxémia, na qualidade de condições para a entubação ou no insucesso de entubações na sequência de um fármaco ou outro.

Em contexto de EC, observei o recurso a ambos os fármacos como relaxante muscular, não tendo verificado o uso privilegiado de nenhum, embora alguns profissionais tenham elegido o Rocurónio pelo facto do Sugamadex reverter facilmente (por norma) o seu bloqueio.

Recordo uma situação de um doente no SMI que teve necessidade de ser rapidamente entubado com TET e o fármaco elegido foi a Succinilcolina. Contudo, no final do procedimento, iniciou quadro de arritmia que foi facilmente revertida, atribuindo-se como causa a administração do fármaco.

Na sua prática diária, os profissionais de enfermagem visam a satisfação das necessidades básicas humanas dos doentes decorrentes do *stress* causado pelos cuidados de saúde, permitindo alcançar o alívio, tranquilidade e transcendência, mediante intervenções a quatro níveis: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1994). Segundo a mesma autora, o alívio da dor contribui significativamente para o conforto dos doentes, sendo a relação entre ambos bastante complexa (Kolcaba, 2003).

Segundo a DGS (2017b), a dor aguda decorrente de lesão ou disfunção orgânica é considerado motivo de quantidade significativa de procura dos cuidados de saúde, não devendo ser desvalorizada, tendo em conta as co-morbilidades, diminuição de qualidade de vida e a cronicidade que dela podem advir.

Efetivamente, pela experiência no posto de triagem do SUG, a dor destacou-se como motivo mais frequente, quer dor torácica, dor pré-cordial, dor associada a possível cólica renal ou dor resultante de traumatismos, tendo tido oportunidade de acompanhar alguns casos que foram encaminhados para a SE, nomeadamente por dor torácica e pré-cordial.

Contudo, existem obstáculos para o tratamento da dor de doentes, inclusivamente na dor de intensidade elevada, tais como dificuldade de interpretação das escalas de avaliação, prática insuficiente dos enfermeiros na gestão da dor e sobrecarga de trabalho desses profissionais (Oliveira, Pereira, Santos & Souza, 2016).

Efetivamente, no decurso do EC no SUG, constatei que a administração de analgesia por vezes tarda a ser cumprida, fruto da visível escassez de recursos materiais e humanos face às necessidades da população, comprometendo a prestação de cuidados de saúde (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

Saliento o caso de um doente que sofreu acidente de trabalho com serra elétrica, do qual resultou esfacelo extenso em dois dedos, que foi admitido na SE por se apresentar bastante pálido, ansioso e queixoso. Perante isto, procedi imediatamente ao cateterismo de um acesso venoso periférico para administração de analgesia prescrita, tendo posteriormente monitorizado a dor mediante a escala numérica.

Em contexto dos cuidados intensivos, tendo em conta a agravante dos doentes se encontrarem comprometidos na comunicação, a avaliação da dor é comprometida, sendo que constitui um potencial agente gerador de stress pelos possíveis efeitos prejudiciais. De facto, de acordo com o estudo de Payen, Bosson, Chanques, Mantz e Labarere (2009), uma correta gestão da dor pode traduzir-se em menor tempo de ventilação mecânica e redução do internamento em cuidados intensivos. Assim sendo, é essencial os enfermeiros investirem no controlo da dor, tendo em conta que são os profissionais que contactam mais tempo com os doentes (Alfarrobinha, Pedro, Oliveira, Nobre & Matos, 2013).

De acordo com Pinto (2012), os doentes críticos apresentam frequentemente ansiedade e dor, sendo que a maioria se encontra sob ventilação mecânica e com perfusões de sedativos e/ou analgésicos, visando aliviar a sua ansiedade, maximizar o conforto, facilitar a adaptação ao ventilador e prestar restantes cuidados necessários. Nesse sentido, urge abordar a sedação dos doentes que implica uma adequada avaliação.

No SMI do HSA, verifiquei a existência de duas escalas para avaliação da sedação: *Richmond Sedation Agitation Scale* (RASS) e o índice bispectral.

Relativamente à primeira escala, a RASS é considerada um instrumento fácil de utilizar para avaliação da sedação e agitação dos doentes em UCI, procedendo-se à seleção entre vários itens, de estado agressivo (+4) a não despertável (-5) (Sessler et al., 2002).

Quanto à última, no índice bispectral é monitorizada a atividade cerebral mediante aplicação de quatro eléktodos na superfície cutânea da região frontal (Nunes et al., 2012). Enquanto que no SMI não tive muito contacto com este método, no BO tive oportunidade de desenvolver competências na sua aplicação e monitorização.

Em ambos os EC, pude perceber a importância dos enfermeiros na vigilância do doente com este método. A título de exemplo, no SMI, lembro o caso de um doente com diagnóstico de PAC a quem aplicaram este método para monitorizar a sua sedação, tendo sido verificada falha na captação para o monitor, implicando a troca dos eléktodos várias vezes até ser bem-sucedida. No BO também ocorreu algo semelhante, visto que o doente apresentava sudorese, o que também foi solucionado.

De acordo com o estudo dos autores Mori et al. (2016) a atuação dos enfermeiros possibilita a prevenção de *delirium* resultante do uso de sedativos e analgésicos, mais especificamente com o uso de Midazolam, Propofol e Morfina, salientando a possibilidade dos profissionais de Enfermagem

adotarem medidas não farmacológicas e monitorização de dor ou desconforto para ajuste adequado da sedoanalgesia.

No que diz respeito à monitorização da dor no SMI, esta é feita segundo duas escalas: a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) e Escala Visual Analógica (EVA), ambas avaliadas de 4/4horas.

Considero pertinente destacar a BPS que é baseada na expressão facial, adaptação ventilatória e movimentos corporais, aplicável somente a doentes sob ventilação mecânica invasiva (Teixeira & Durão, 2016). Nos casos de ausência desta técnica de suporte vital, é usada a EVA, existindo a lacuna de esta ser inadequada para doentes que não consigam autoavaliar a sua dor, o que acarreta maior necessidade da equipa estar alerta para despistar a presença de dor e assim a poder gerir.

Neste âmbito, observei a execução de medidas para controlo da dor, além das perfusões de analgésicos, nomeadamente os cuidados de conforto prestados frequentemente, de acordo com a situação clínica do doente, através da alternância de decúbitos e aplicação de creme hidratante.

No SMI acompanhei a situação de uma doente politraumatizada, vítima de atropelamento com projeção de 15 metros, resultando fraturas a nível dos ramos isquiopúbicos e em ambas as pernas, nomeadamente tibia e perónio, além de outras complicações, como pneumotórax. Neste caso, assisti ao dilema por parte da equipa relativamente à imobilização gessada para alinhamento dos topos ósseos e controlo da dor ou apenas realização de pensos, tendo em conta duas lesões sangrantes que apresentava numa das pernas. Concluiu-se ser mais benéfico imobilizar com gesso para maior conforto da doente, devendo sempre ser esse o foco da equipa multidisciplinar nos cuidados prestados.

Salienta-se o papel preponderante do EEEMC na avaliação e controlo da dor, estando mais habilitado e dotado de competências para definir, gerir e supervisionar os cuidados, promovendo também formações e investigação neste âmbito (OE, 2016).

Relativamente à analgesia usada no SMI, o fármaco mais usado é o Fentanil, o que reforça a opinião de vários autores relativamente ao facto de este ser o analgésico de eleição para doentes com instabilidade hemodinâmica (Benseñor & Cicarelli, 2003; Celis-Rodriguez, 2013), tratando-se de um analgésico opióide com rápido início de ação e fácil reversibilidade com Naloxona, apesar de apresentar risco de depressão respiratória, hipotensão, rigidez torácica e outros efeitos a nível gastrointestinal (Miranda, Bersot & Villela, 2013).

Em contexto de BO, aproximadamente 50% dos acidentes ou complicações cirúrgicas são verificadas na primeira hora de recobro, sendo crítico o período na UCPA, pelo que, caso esse tempo decorresse no internamento, a taxa de mortalidade decorrente de complicações seria exponencialmente superior (AESOP, 2006).

Segundo os autores Popov e Peniche (2009), a complicação mais recorrente na UCPA é a dor, pelo que investi na gestão de terapêutica para controlo da dor, nomeadamente o preenchimento de sistema elastométrico com analgesia para administrar continuamente via cateter epidural. Por outro lado, estes mesmos autores relacionam a dor com o aumento do consumo de Oxigénio, resultando na necessidade de aporte de Oxigénio suplementar, que cumpro. Outras complicações como a hipotermia, náuseas e vômitos, hipoxémia, agitação/ansiedade, hipotensão, hipertensão, hemorragia e tremores devem ser despistadas (Popov & Peniche, 2009), pelo que procurei adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas, como a monitorização não invasiva dos doentes, aquecimento corporal, gestão da terapêutica e oxigenoterapia, suporte emocional, vigilância do estado de consciência, avaliação das características da pele e mucosas e dos pensos operatórios, monitorização do débito urinário, vigilância das perdas hemáticas e gestão do aporte de soros via endovenosa.

Na minha prestação, procurei despistar complicações e satisfazer as necessidades dos doentes, tendo em conta a instabilidade física e emocional, com promoção de uma comunicação eficaz. De igual modo, o EC reforçou a ideia de que os enfermeiros assumem um papel fundamental para alcançar o sucesso no controlo da dor, devendo estes estar dotados de capacidades teórico-práticas, tal como defendem Fontes e Jaques (2007).

No desenvolvimento da presente competência, é essencial perceber a importância da comunicação como arma terapêutica essencial durante o tratamento de doentes, como veículo para a sua autonomia, confiança mútua, consentimento e auto-ajuda, incluindo a capacidade para transmitir más notícias e identificar dificuldades (Pereira, 2005), não esquecendo o facto da comunicação com os outros se tratar de uma das necessidades retratadas na Teoria das 14 Necessidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, evidenciando a importância dos profissionais de Enfermagem valorizarem a mesma na sua prática (Henderson, 2006).

De facto, a comunicação constitui um contributo indispensável para cuidados de enfermagem de qualidade, permitindo a interação entre os profissionais de enfermagem e os doentes para consequente resolução de problemas do foro físico, mental, emocional e espiritual, traduzindo-se

em comunicação terapêutica, ou seja, comunicação que permita identificar e satisfazer as necessidades dos doentes, criando sentimento de confiança que conduz à sua segurança (Lima et al., 2012).

Contudo, segundo estes autores, o envelhecimento da população traduz-se em frequentes défices cognitivos, alterações na fala, diminuição da acuidade visual e auditiva, o que condiciona a comunicação, constituindo barreiras à mesma.

Para colmatar essas barreiras, tão notórias nos doentes que cuidei no decurso dos EC, procurei ajustar a linguagem, o tom de voz e clareza na fala para maximizar a comunicação, além do constante recurso a outras técnicas evidenciadas pelos autores Oliveira, Nóbrega, Silva e Filha (2005), tais como escuta reflexiva, verbalização de aceitação sem julgamentos, silêncio terapêutico, realização de perguntas e devolução de perguntas, uso de frases descritivas para explicar as dinâmicas e recurso ao humor como terapia.

Torna-se pertinente abordar a situação de dois doentes internados no SMI que usavam aparelho auditivo antes do internamento, os quais foram solicitados aos familiares para que a comunicação fosse bem sucedida, tal como o de outro doente desse serviço, que apesar de ter um TET aplicado, conseguia comunicar através de escrita numa folha, enaltecendo a importância dos enfermeiros procurarem alternativas para comunicar efetivamente com os doentes (Pereira, 2005).

Contudo, nesse mesmo serviço constatei que não existe nenhum mecanismo para os doentes chamarem os profissionais, nos casos aplicáveis, que equivalesse a uma campainha de uma enfermaria num serviço de internamento, o que julgo tratar-se de uma lacuna, pelo que, frequentemente, observei doentes a chamar os profissionais através de gestos.

Efetivamente, os enfermeiros reconhecem que os familiares experienciam uma situação de crise familiar e que privilegiam a obtenção de informação franca por parte dos profissionais de saúde (Buckley & Andrews, 2011). Segundo esse mesmo estudo, os enfermeiros manifestam preocupação em ajudar os familiares, proporcionar conforto e proximidade destes com os doentes, apesar de não os incentivarem a colaborar nos cuidados, bem como conceder informações. Nesta última intervenção, senti algumas dificuldades na gestão de informação cedida aos familiares, tendo em conta tudo o que envolve.

Ao contrário do que os autores Åsa e Siv (2007) alertam relativamente às críticas e agressividade dos familiares que podem advir da insuficiente informação recebida por parte da equipa, sempre

observei e criei boa relação terapêutica com familiares, usando linguagem simples nos esclarecimentos que podia ceder e incentivando-os a comunicar com os doentes.

Concluindo, considero a comunicação fundamental para prestar cuidados de qualidade, exigindo frequentemente dos enfermeiros uma grande capacidade para se reinventarem no sentido de alcançar o sucesso comunicacional e na capacidade de gerir as informações que são possíveis ceder num momento de grande fragilidade a que os doentes e família/cuidadores estão a experienciar.

Torna-se assim pertinente abordar a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que define o processo de transição enquanto mudança na vida de um indivíduo, na sua saúde, relacionamentos ou ambientes onde se insere, seja uma transição de desenvolvimento, situacional, saúde-doença ou organizacional, sendo crucial o papel da Enfermagem como facilitador de transição para saúde, no sentido de promover o sentimento de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

Inequivocamente, os enfermeiros têm uma relação privilegiada com os doentes e seus familiares/cuidadores pela presença assídua junto dos mesmos, pelo que devem estar dotados de competências necessárias para melhor avaliação e intervenção. Nesse sentido, os cuidados à família da PSC implicam o desenvolvimento de competências direcionadas para as respetivas especificidades (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

De acordo com os autores Söderström, Benzein e Saveman (2003), os profissionais de enfermagem valorizam a relação criada com familiares baseada na confiança e sinceridade, apesar da sua exigência, enquanto que as habilidades médicas e tecnicistas não produziram uma influência significativa nessa relação.

Nesse sentido, privilegiei a relação com os familiares, principalmente no SMI, uma vez que foram raras as oportunidades no SUG e inexistentes no BO.

2.2. PROMOÇÃO DA RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS

No que diz respeito a situações de catástrofes, visa-se o desenvolvimento da competência de dinamizar a resposta perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítima (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Neste âmbito, a possibilidade de ocorrer uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico exige às Unidades de Saúde uma avaliação da

sua situação e planeamento de uma resposta de emergência perante eventual crise, isto é, desequilíbrio entre necessidades e recursos (DGS, 2010c).

Nesses casos, os profissionais de enfermagem devem recorrer às suas habilidades de liderança, coordenação e organização no confronto com situações de catástrofe, prestando cuidados imediatos e eficazes (Powers, 2010).

Segundo o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto cada SUG deve cumprir a elaboração de um plano de catástrofe/contingência que integre a resposta a eventos com multi-vítimas, que seja do conhecimento de todos os profissionais, sendo o mesmo alvo de formações e simulacros.

De facto, no SUG do HSA, constatei que o plano de catástrofe está facilmente acessível e exposto na parede da sala de reuniões do serviço de forma bastante explícita e intuitiva, além da sua descrição em protocolo no plano de emergência interna, que pude consultar e relembrar. Além disso, existe um stock logístico para eventual catástrofe, no qual constam kits de triagem e impressos para registos escritos, se se verificar falência informática.

Porém, atendendo à constante sobrelotação do SUG, a definição de um plano de emergência configura-se como uma ferramenta para avaliação da capacidade de resposta diante de uma crise, mediante regras ou normas de atuação, convergindo no sentido das diretrizes explanadas pela DGS (2010c).

Contudo, elevam-se algumas questões neste âmbito. Primeiramente, considero extremamente complexa a evacuação dos doentes num serviço nestas condições. No caso de ocorrer um incêndio, a constante dificuldade em circular entre as macas impossibilita o rápido bloqueio das rampas de Oxigénio, o que pode ter graves repercussões, assim como a circulação do carro de emergência é igualmente comprometida.

Apesar da consulta do plano de emergência e do extenso plano de catástrofe do SUG, foi no SMI e BO que procedi a uma análise crítico-reflexiva mais aprofundada.

Relativamente ao plano de evacuação do SMI, torna-se inevitável questionar a aplicabilidade de alguns procedimentos que nele constam, nomeadamente no que concerne a evacuação vertical, tendo em conta a situação clínica dos doentes e todos os equipamentos que asseguram a sua estabilização. De acordo com Palacios et al. (2010), a referida evacuação é revestida de extrema complexidade quando comparada com a evacuação horizontal, principalmente se as instalações

estiverem em pisos superiores, facto agravado pela necessidade de mais recursos humanos e materiais.

Por outro lado, é inquestionável a exigência de máxima capacidade para tomar decisões e gerir prioridades, ponderando riscos e benefícios de proceder à evacuação. Nesse sentido, os fogos, por exemplo, constituem eventos passíveis de instaurar o plano de evacuação, implicando uma intervenção imediata, o que reflete a importância de existir um protocolo que defina o modo de atuação perante situações como essas (Childers, 2010).

Ao refletir sobre esta temática, se se considerar o tempo e precauções necessárias para proceder a um transporte intra-hospitalar de doentes críticos, a exigência face à gestão de todos os riscos existentes perante um incêndio, designadamente fontes de Oxigénio e equipamentos elétricos, aumenta exponencialmente no caso de uma evacuação dos doentes. Nesse sentido, torna-se crucial os profissionais do SMI terem presente o plano de evacuação instituído e instruções especiais de atuação para concretizar com sucesso.

Em contexto de BO, apesar das medidas de prevenção implementadas, não se pode descartar a possibilidade de ocorrer um incêndio cirúrgico ou explosão, fenómeno raro e devastador (Macdonald, 1994).

Efetivamente, no decurso do EC no BO, foi evidente o cumprimento de medidas para a sua prevenção, tais como a tricotomia realizada, que diminui a acumulação de solução antisséptica usada; aporte mínimo mas eficiente de Oxigénio, havendo particular prudência no acondicionamento do dispositivo utilizado; adequada selagem das coberturas cirúrgicas, reduzindo o risco de formação de bolsas de ar com vapores que resultam dos antissépticos (Martins, 2014); recurso ao electrobisturi com sistema bipolar para cirurgias via convencional e com sistema monopolar para as cirurgias laparoscópicas (Trindade, Grazziotin & Grazziotin, 1998).

No que concerne ao electrobisturi, no BO do HSA, recorre-se ao bipolar apenas para coagular e o monopolar para cortar e coagular (aplicando placa diatérmia numa zona corporal com poucos pêlos).

Por outro lado, neste serviço, são usados maioritariamente campos cirúrgicos de papel apesar de estes serem mais inflamáveis que os de tecido (Martins, 2014), além de ser aplicada preferencialmente solução antisséptica alcoólica com intuito de maximizar a assépsia e assim prevenir infeção do local cirúrgico, tal como explana a norma da DGS (2013). Contudo, o seu ponto

de ignição é inferior às soluções antissépticas aquosas, implicando mais tempo de secagem por ser mais inflamável (Macdonald, 1994), o que foi tido em conta.

Além dos riscos supracitados, o recurso a gases anestésicos implica o seu controlo através de um sistema de exaustão para reduzir os níveis de toxicidade originada pela acumulação destes gases no ambiente e minimizar o risco de explosão (AESOP, 1998, citada por Perdigoto, 2012).

Porém, se ocorrer falência das medidas preventivas e surgir um incêndio, deve ser acionado o respetivo alarme e cumprir a evacuação dos doentes e equipas cirúrgicas das SO ou do BO consoante as dimensões do incêndio (Martins, 2014).

Consequentemente, o plano de evacuação de doentes assume vital importância, sendo que no BO do HSA está exposto um esquema bastante intuitivo com as instruções especiais para a mencionada evacuação em diversas zonas do BO, incluindo as diferentes ações mediante o cargo desempenhado por cada profissional, implicando a participação de todos para evacuar o doente para a sala mais próxima ou para fora do BO, segundo indicações do Anestesiologista ou do Gabinete de Crise.

Saliente-se que, em termos estruturais, o BO do HSA respeita os artigos 230º e 231º da Portaria nº 1532/2008 de 29 de dezembro, encontrando-se no piso de saída para o exterior do hospital e contempla elementos de construção que asseguram a resistência ao fogo, mediante a possibilidade de separação em compartimentos corta-fogo.

De igual modo, a proteção da área cirúrgica com campos ou compressas perante a necessidade de evacuar foi alvo da minha reflexão, prevalecendo o Princípio da Beneficência em detrimento do cumprimento da assépsia, constituindo uma medida que obviamente se traduz em benefício para o doente.

Somado a isso, surge o risco de ocorrer eventos adversos, o que sustenta a importância da contagem contínua de compressas e respetivo registo, sendo uma evacuação extremamente exigente.

O fator tempo foi igualmente foco da minha reflexão, tal como possíveis repercussões que podem resultar de dificuldades na sua gestão.

Saliente-se que é função do enfermeiro instrumentista desconectar todo o equipamento, tendo especial atenção se estiver aplicado o garrote pneumático, implicando pinçar o mesmo para manter a pressão e depois desconectar. Considerando o risco de extensa hemorragia que pode advir de uma súbita remoção do garrote pneumático ou comprometimento do sistema neurocirculatório no caso de exceder o tempo de aplicação, uma evacuação é efetivamente bastante exigente.

Por outro lado, numa evacuação o risco de reversão anestésica evidencia a necessidade de gerir o fator tempo, implicando máxima vigilância por parte do enfermeiro de anestesia e do anestesiológista para despistar a mesma.

Concluindo, destaco o papel da equipa multidisciplinar, especialmente dos enfermeiros que, dotados de conhecimentos relacionados com os riscos e medidas preventivas, devem difundir a informação e promover formação neste âmbito (Martins, 2014), bem como desenvolver habilidades de coordenação e organização para assegurar cuidados imediatos e eficazes (Powers, 2010), sendo transversal aos três serviços do EC.

No sentido de maximizar as referidas habilidades, nomeadamente na garantia da segurança contra incêndios em edifícios, os simulacros constituem uma medida de autoproteção e treino para melhorar as rotinas de comportamento e aprimorar os procedimentos (Decreto-Lei nº 224/2015 de 9 de outubro).

Efetivamente, de acordo com os autores Kaplan, Connor, Ferranti, Holmes e Spencer (2012), a importância dos simulacros, enquanto estratégia educacional eficaz na preparação de resposta a catástrofes em alunos de Enfermagem, traduz-se na melhoria da preparação e capacidade de organização na resposta, aquisição de conhecimentos, aumento das habilidades e confiança para enfrentar situações de emergência e trabalhar em equipa.

Os autores Walsh et al (2012) reforçam igualmente a importância dos profissionais de saúde desenvolverem um conjunto de competências nas diferentes fases de uma catástrofe (prevenção, preparação, resposta e recuperação), incluindo treino, aquisição de conhecimentos referentes às diferentes funções, perceção dos riscos antes, durante e depois do evento, comunicação efetiva, conhecimento sobre medidas a adotar e princípios éticos e legais.

Apesar de felizmente não se ter verificado nenhuma situação de evacuação, considero que termino os EC mais sensibilizada e esclarecida relativamente à atuação dos profissionais.

2.3. MAXIMIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

No presente domínio, visa-se o desenvolvimento da competência relacionada com a promoção de intervenções na prevenção e controlo da infeção perante a PSCFO, tendo em conta a complexidade da situação e a necessidade de respostas eficientes (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

De acordo com dados do Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, nesse ano Portugal já constituía um dos países da União Europeia com maiores taxas de infeções nosocomiais, concomitantemente com uma taxa de resistência aos microrganismos preocupante, tendo surgido o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Na atualidade, observam-se dois graves problemas nesta esfera a nível mundial: as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, verificando-se um aumento da morbidade e mortalidade na sequência de IACS, bem como tempo de internamento e custos associados. Por conseguinte, foram implementadas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), de modo a todos os profissionais prestarem cuidados de saúde que contribuam para reduzir o risco de infeção e transmissão cruzada (DGS, 2017c), reconhecendo-as como um problema de saúde pública (Organização Mundial de Saúde, 2015), não esquecendo que persistem riscos biológicos em meio hospitalar, responsáveis pelas infeções agudas e crónicas por vírus, fungos ou bactérias (Xelegati & Robazzi, 2003).

Ao longo dos EC, pude consultar os protocolos institucionais relacionados com a temática, nomeadamente a prevenção de infeção associada a dispositivos intravasculares, algaliação de curta duração, além de ter percecionado o papel da Comissão de Controlo de Infeção do CHL na orientação das práticas e resolução de dificuldades neste âmbito.

No SUG do HSA, foi evidente a preocupação dos profissionais no cumprimento de medidas de isolamento, recorrendo ao uso adequado de equipamentos de proteção individual e respetivo registo, apesar dessa tarefa se revelar extremamente complicada devido à escassez de recursos logísticos e materiais face à sobrelotação das áreas. Como reflexo dessa realidade, na área amarela, existe apenas um espaço destinado a cumprir medidas de isolamento a um doente com infeção por microrganismos multirresistentes, impossibilitando igual prestação de cuidados se houver mais

doentes nessa situação. Por seu lado, na área laranja, existe um quarto de isolamento, que assisti à realização dos cuidados inerentes.

Nesse mesmo serviço, considero bastante importante os meios que permitem a higienização das mãos dispersos pelas áreas, incluindo dispositivos com solução alcoólica e lavatórios.

Por outro lado, a presença de familiares a visitar os doentes no SUG multiplica exponencialmente o risco de IACS, pelo que procurei alertar os mesmos para higienizar as mãos com a solução alcoólica sempre que possível. Contudo, uma medida que considero benéfica seria o ensino aos familiares na triagem ou no posto de informações relativamente a este aspeto.

Sem dúvida, os enfermeiros assumem um papel crucial no controlo de infeção hospitalar pela sua presença constante junto dos doentes, com conseqüente risco acrescido de transmissão de infeção intra-hospitalar, pelo que o autor Carvalho (2016) defende que é fundamental a consulta frequente das *guidelines* em Cuidados Intensivos.

Diariamente, no SMI é cumprido o preenchimento do impresso de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea, onde consta o número de doentes com cateter venoso central, com cateter venoso periférico, com cânula ou TET, com cateter vesical e com úlceras de pressão; impresso de vigilância da infeção do cateter, com registo do cumprimento ou não de medidas para controlo de infeção.

Efetivamente, no SMI confirmei que o risco de infeção é elevado e constante, tendo em conta os dispositivos médicos invasivos, além da própria situação clínica dos doentes.

De acordo com a DGS (2017c), em 2016 observou-se uma melhoria na incidência de Pneumonia associada à intubação endotraqueal e de infeção nosocomial da corrente sanguínea (infeção relacionada com cateter venoso central e a bacteriémia nosocomial por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina), tal como em 2017 se verificou redução das IACS.

No que concerne à prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, cumpri alguns cuidados estabelecidos, tais como realização do penso em dias alternados ou com penso transparente semipermeável e estéril a cada 7 dias, substituindo o penso caso o doente se encontre bastante sudorético ou o penso de apresente sujo, descolado ou com exsudado. Porém, recentemente é recomendado o uso de pensos impregnados com clorohexidina (Centers for Disease Control and Prevention, 2011), o que ainda não é cumprido no SMI, apesar de se aplicar clorohexidina para

desinfecção dos obturadores nos catéteres sempre que se administra medicação, procedendo-se a essa mesma desinfecção na linha arterial aquando das colheitas de sangue arterial.

Relativamente à Pneumonia Associada ao Ventilador, a redução da sua incidência constitui uma meta definida no SMI, pelo que se torna primordial cumprir determinados cuidados para a sua prevenção: rever, minimizar e, se possível, suspender diariamente a sedação; analisar diariamente um eventual desmame ventilatório e/ou extubação; manter a cabeceira num ângulo igual ou superior a 30°, evitando adoção de posição supina; proceder à higiene oral com clorhexidina a 0,2% três vezes por dia no mínimo se for previsto um internamento superior a 48 horas; substituir os circuitos ventilatórios apenas se estiverem visivelmente sujos ou disfuncionantes; manter a pressão do cuff do TET entre 20-30 cmH₂O; sem descurar dos respetivos registos no processo clínico (DGS, 2017d). Além destes cuidados, os autores Gonçalves, Brasil, Ribeiro e Tipple (2012) sugerem outros cuidados perante a necessidade de aspiração de secreções, tais como: explicação do procedimento, se aplicável; interrupção da dieta entérica; realização de pré-oxigenação; aspiração de secreções com luva esterilizada na mão que segura a sonda de aspiração; reavaliação do estado do doente e registo das características das secreções.

Contudo, no EC no SMI observei que não se interrompe a dieta entérica, apesar de se tratar de uma intervenção que permite prevenir a ocorrência de vómitos e conseqüente broncoaspiração (Dreyer & Zuñiga, 2003, citados por Furtado, Santos, Moura & Avelino, 2013).

Para além das medidas supracitadas, após cuidados prestados a doentes com *Acinetobacter baumannii* ou sempre que se considere necessário, os profissionais trocam de farda, o que se trata de uma medida que traduz a preocupação pelo controlo de infeção. Em contrapartida, observei que, quando os profissionais se deslocam para fora do serviço (excluindo os transportes de doentes) apenas vestem uma bata branca, o que considero questionável, tendo em conta a elevada incidência de microrganismos multirresistentes. Nesse sentido, julgo que seria preferível trocar de farda quando saem do serviço.

Contudo, é evidente o cumprimento de PBCI, com uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e uma ilustração afixada na parede junto dos mesmos com a ordem da sua colocação e remoção, bem como a exposição dos EPI necessários para cada tipo de isolamento (de contacto, por gotícula ou aéreo), existência de um lavatório em cada adufa dos quartos de isolamento, realização de rastreios sépticos aquando da admissão no serviço e triagem dos resíduos (dois caixotes para resíduos contaminados em casa unidade).

No âmbito cirúrgico, é primordial investir na prevenção e controlo de infeção dado que a infeção no local cirúrgico se repercute num aumento da morbilidade e mortalidade no período pós-operatório, dos custos inerentes e da duração do internamento, para além das consequências físicas, emocionais e sociais (Oliveira, Braz & Ribeiro, 2007).

Segundo dados estatísticos, a taxa de incidência de infeção no local cirúrgico diminuiu em 2016 (DGS, 2017c), existindo risco de outras infeções em ambiente cirúrgico, nomeadamente pneumonias nosocomiais, infeções urinárias associadas a cateteres vesicais e infeções da corrente sanguínea (Fraser & Mangino, 2008).

No BO do HSA, constatei a preocupação existente em garantir a assépsia, começando pelo simples facto de se vestir uma farda diferente em cada turno e trocada sempre que necessário, o uso permanente de touca e de socas usadas estritamente para circular dentro do serviço.

De igual modo, foi constante o cumprimento dos princípios da técnica asséptica cirúrgica com recurso a métodos químicos ou barreiras à contaminação do campo operatório e ferida cirúrgica, isto é: desinfeção cirúrgica das mãos, correta colocação de campos cirúrgicos, cuidadosa movimentação dos profissionais e utilização de EPI's (AESOP, 2006); além da higiene dos doentes com solução antisséptica na véspera e no próprio dia (pelo menos 2 horas antes) se aplicável; profilaxia antibiótica até 60 minutos antes da cirurgia consoante a intervenção; área de incisão cirúrgica isenta de contaminação visível antes de se proceder à antissépsia cirúrgica com solução alcoólica; antissépsia com desinfeção cirúrgica das mãos e antebraços da equipa cirúrgica; aporte de Oxigénio para saturações de Oxigénio superiores a 98%; manutenção de normotermia (valores entre 36 e 37°C) e normoglicémia (valor inferior a 200mg/dL); esterilização dos instrumentos cirúrgicos e técnica asséptica cirúrgica e existência de penso esterilizado (DGS, 2013).

No EC, foi comum a todas as intervenções cirúrgicas a vigilância da glicémia capilar para despiste de hiperglicémia decorrente do aumento do stress cirúrgico, dado o risco acrescido de infeções nosocomiais e comprometimento do prognóstico como consequências (Barie & Eachempati, 2005). Para isso, salienta-se o papel da insulinoterapia, com diversos benefícios associados, entre os quais se destaca a redução da mortalidade pós-operatória (Pittas, Siegel & Lau, 2004).

Em contrapartida, é inequívoca a ambiguidade referente à tricotomia, reflexo da evolução que tem havido nas últimas décadas (AESOP, 2006), devendo a sua realização ser ponderada (DGS, 2013).

Além disso, pude observar lacunas relacionadas com descuido no uso de EPI's. Neste âmbito, recordo uma cirurgia ortopédica de amputação que confirmou este último aspeto, em que os

profissionais não colocaram a proteção facial, ocorrendo projeção para a face dos profissionais de fluidos orgânicos do doente que tinha a agravante de estar infetado, traduzindo-se numa grave lacuna no cumprimento das medidas para isolamento de contacto, a qual não foi devidamente registada nem reportada.

No culminar do EC, tive oportunidade de realizar formação em serviço sobre “Precauções Básicas de Controlo de Infeção no Bloco Operatório: Isolamentos e EPI’s”, inicialmente feita por colegas mas que alterei e completei alguns aspetos importantes, tais como a ordem de colocação e remoção, o que desencadeou uma reflexão em grupo no final da formação, tendo sido bastante positivo. A ordem específica do BO é touca, protetores de sapatos (se aplicável), máscara, protetor facial, bata esterilizada e luvas esterilizadas, sendo o oposto para a sua remoção.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No presente capítulo, serão debatidas atitudes e ações inerentes às competências comuns do EE ao longo do EC nos três serviços de acordo com o que consta no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, considerando o EE como profissional detentor de conhecimento aprofundado em determinada área de Enfermagem, além de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, bem como definição, gestão e supervisão de cuidados.

Segundo esse mesmo Regulamento, as competências estão definidas segundo quatro domínios a desenvolver: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que serão exploradas de seguida.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Neste âmbito da presente competência comum do EEEMC, visa-se o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, bem como a promoção de cuidados garantindo o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais. Assim sendo, ao EE é esperado o exercício das funções com segurança, profissionalismo e ética, alicerçado nas habilidades de adequada tomada de decisão ética e deontológica, conduzindo a melhores práticas e preferências dos doentes (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Na atualidade, é crescente a preocupação relativa a questões éticas presentes em qualquer instituição ou serviço de saúde geridas pelas Comissões de Ética para a Saúde (Decreto-lei 97/95 de 10 de maio), enaltecendo a importância dos enfermeiros estarem dotados de conhecimentos técnico-científicos no sentido de garantir o respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem estar dos doentes (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Efetivamente, a evolução tecnológica e farmacológica tem permitido preservar e prolongar a vida, apesar de ser alvo de várias questões ético-legais (Nunes, 2015), nomeadamente o equilíbrio entre o tecnicismo, *saber fazer* e a humanização dos cuidados (Marques, 2002).

Contudo, é crucial basear a prática de enfermagem nos princípios deontológicos, sobretudo os deveres perante os doentes: não discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; transmissão de informação, cumprimento de sigilo, garantindo o segredo profissional e confidencialidade sobre o doente e/ou família; respeito pela intimidade e privacidade; respeito pelo

doente terminal com respetivo acompanhamento nas diferentes etapas; excelência no exercício, com identificação e correção de lacunas, bem como constante atualização de conhecimentos; humanização na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº104/98). Além dos direitos referidos, a Lei nº 15/2014 de 21 de março determina o direito a acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente aquando da sua admissão.

Neste âmbito, considero que em todos os EC sempre respeitei os valores e crenças dos doentes, os seus direitos éticos e deontológicos, incluindo a dignidade, sem descurar na criação de uma relação terapêutica.

Ao longo dos EC, observei o cumprimento da não discriminação dos doentes, imperando a igualdade na prestação de cuidados, com respeito às particularidades de cada doente, embora no SMI tenha testemunhado uma situação de um doente internado, que foi alvo de reflexão e considerações tecidas pela equipa multidisciplinar.

Concretamente, o doente tinha sofrido uma PCR na Unidade de Internamento de Curta Duração do HSA e foi transferido para o SMI para vigilância e estabilização hemodinâmica. Contudo, o senhor estava referenciado ao Ministério Público por violência doméstica à esposa, cujos filhos não manifestaram interesse em visitar ou cuidar do doente após a alta, conclusão obtida após vários contactos telefónicos estabelecidos pela equipa com os filhos. Por conseguinte, observei um discreto julgamento face a esse precedente do doente, apesar de ter sido tratado e cuidado de igual maneira. Contudo, o doente acabou por falecer após diversas complicações e reanimação sem sucesso.

Contudo, foi no SUG onde assisti a maior desrespeito por princípios éticos e deontológicos como consequência do défice de recursos humanos, materiais e logísticos.

Na sequência da lotação das áreas ser constantemente ultrapassada e carência de profissionais, a manutenção da dignidade ou humanização dos cuidados é comprometida, assim como a intimidade e privacidade nos cuidados de higiene e conforto são impossibilitadas.

Por outro lado, a proximidade entre as macas e ausência de barreiras entre elas ameaça a confidencialidade das informações transmitidas aos doentes, pela inevitabilidade de ser ouvida por terceiros.

Assim sendo, constatei que estes factos desencadeiam fortes conflitos éticos e legais nos profissionais de Enfermagem, que procuram constantemente colmatar estas lacunas, garantindo a igualdade nos cuidados prestados e constante obtenção do consentimento informado.

Relativamente ao consentimento informado, a DGS (2015) emitiu uma norma para definição de aspetos a cumprir, nomeadamente a obrigatoriedade de ser livre e esclarecido, com clareza na linguagem e por escrito em determinadas situações (como administração de sangue, seus componentes e derivados ou atos cirúrgicos e/ou anestésicos, excluindo determinadas intervenções simples com anestesia local).

Neste âmbito, observei esporadicamente doentes a assinar o consentimento para atos cirúrgicos na própria SO, sendo questionável o grau de informação obtida num momento de grande ansiedade como esse.

Ao longo dos EC, foi comum a adoção do consentimento presumido, baseado nos princípios de beneficência e não maleficência, prevalecendo o dever de agir em detrimento da consulta do Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV) pelo tempo que acarreta a averiguação de Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital, como consta na Lei nº 25/2012 de 16 de julho. Efetivamente, nunca assisti à consulta do RENTEV, apesar de ser um item da avaliação inicial a preencher no SMI. Quando questionei a razão para não se consultar, foi-me transmitido que os profissionais já tinham sido alertados para o fazer, mas sem sucesso.

No BO referencio a situação de uma doente confusa e desorientação que sofreu luxação de prótese de anca bipolar que foi submetida a redução dessa mesma luxação em contexto cirúrgico mediante consentimento presumido por se pressupor que consentiria se tivesse possibilidade de escolha (DGS, 2015), imperando o Princípio da Beneficência para promoção do bem estar e qualidade de vida da doente (Molina, 2003, citada por Fernandes, Rosa, Santa & Sadigursky, 2008).

De igual modo, no SMI, acompanhei situações de doentes cujo estado clínico se agravou, surgindo necessidade de tomar decisões relativas a medidas agressivas, apesar de ser explicado os procedimentos aos doentes (como entubação com TET), estes apresentavam-se incapazes de participar na decisão (por exaustão, por exemplo), prevalecendo assim o Princípio da Beneficência para não adiar intervenções que conduziriam à sobrevivência dos mesmos (Carvalho, 2016). De facto, no EC foram evidentes as melhorias da situação dos doentes na sequência destas tomadas de decisão.

Contudo, se os doentes se encontram conscientes e colaborantes, incentivei os mesmos a desenvolver a sua autonomia nos cuidados prestados, garantindo o consentimento informado e tomada de decisão.

Segundo a norma da DGS (2015), existe ainda o direito à recusa de atos/intervenções, o que pude testemunhar no EC do SUG. Tratava-se uma doente com suspeita de hemorragia digestiva alta, a quem foi solicitada uma Endoscopia Digestiva Alta para confirmação. Ao acompanhar a doente assisti à recusa da doente para realização do exame, o que foi respeitado após ser questionada várias vezes por diferentes profissionais e esclarecida sobre as consequências dessa decisão.

No SMI, observei que os enfermeiros são frequentemente confrontados com situações potencialmente terminais e eventual prolongamento do sofrimento, tal como defende Marques (2002), surgindo questões e dilemas éticos para estabelecimento ou não de intervenções que poderão ser inúteis e pôr em causa a dignidade desses doentes.

Felizmente, no SMI não verifiquei obstinação terapêutica ou decisão de não tentar reanimar, facto possivelmente relacionado com os critérios de admissão de doentes no serviço. A situação de uma doente que teve alta para o Serviço de Cirurgia por ausência de potencial de melhoria comprova esse mesmo facto.

No que diz respeito ao direito à intimidade e privacidade, tanto na SE como no SMI ou no BO, é fundamental os doentes se encontrarem mais expostos. Na SE, a observação e avaliação dos doentes implica frequentemente a sua exposição, no SMI, os doentes são protegidos apenas por um lençol ou resguardo para agilizar possíveis intervenções a realizar com brevidade, enquanto que no BO é por razões óbvias de expor o local a intervencionar e para controlo de infeção. Porém, essa exposição pode deixar os doentes constrangidos e desconfortáveis, apesar de compreenderem a sua necessidade (Pupulim & Sawada, 2002).

Nesse sentido, confirmei a preocupação dos profissionais em zelar pela intimidade dos doentes ao longo nos EC, tendo colaborado no sentido de proteger os doentes com roupa da cama sempre que possível.

No SMI, os doentes internados no *open space* estão constantemente a ser vigiados e observados, mas verifica-se o inconveniente de não estarem devidamente resguardados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013), apesar das cortinas a separar, pelo que se torna imprescindível o uso de biombos durante a prestação de cuidados, assim como nos quartos de isolamento por terem uma lateral envidraçada.

Apesar da inquestionável importância da passagem de turno para a continuidade de cuidados (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) e da OE (2014) reconhecer a necessidade de ser transmitida presencial e verbalmente a informação inerente aos cuidados de enfermagem individualizados entre os enfermeiros envolvidos no plano terapêutico, incorre-se o risco de comprometer o sigilo profissional tendo em conta a referida estrutura do serviço, apesar do esforço da equipa para o cumprir, nomeadamente na passagem de turno geral, que pode ser ouvida por doentes ou familiares (dado que pode coincidir com horário das visitas).

Concluindo, a OE (2018) defende que o EEEMC deve basear a sua prestação de cuidados nas normas legais e princípios ético-deontológicos, considerando as suas competências alicerçadas nos conhecimentos e atitudes, acrescentando uma clara e prudente tomada de decisão.

Nesse sentido, ao longo dos EC, considero ter respeitado os doentes de forma holística, procurando beneficiá-los e não lhes causar qualquer dano, respeitando a esperança e confiança que os doentes e seus familiares depositam nos profissionais de Enfermagem.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No presente domínio, pretende-se que o EE promova o desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais e práticas de qualidade, gerindo e participando em programas de melhoria contínua, além de assegurar ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Atualmente, é inquestionável o facto da melhoria da qualidade em Saúde constituir uma das maiores preocupações da atualidade, o que originou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2010 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, visando assegurar igualdade no acesso aos cuidados de saúde face às necessidades, implicando a criação da melhoria contínua da qualidade e segurança segundo ações de promoção de saúde e prevenção de doença, englobando cuidados curativos, de reabilitação ou paliativos.

Neste âmbito, o CHL é uma entidade acreditada pela Joint Commission International, o que preconiza o respeito de 6 metas internacionais para a segurança do doente: identificação correta dos doentes, melhoria da comunicação efetiva, melhoria da segurança do medicamento, garantia da cirurgia correta, redução do risco de infeção associada aos cuidados de saúde e redução do risco de queda (Franciscatto, Bessow, Ruzczyk, Oliveira & Kluck, 2011).

No EC no SUG, tive oportunidade de estar presente numa reunião entre os elos da Qualidade do serviço, onde se preparou uma formação sobre Qualidade dos cuidados de saúde prestados no SUG (que também assisti), focando as metas para melhoria da qualidade, com abordagem aos protocolos e normas institucionais.

No que concerne à comunicação efetiva, esta corresponde à informação transmitida entre profissionais de saúde de forma oportuna, rigorosa, completa, inequívoca, atempada e assimilada pelo receptor (DGS, 2017e), sendo imprescindível entre os profissionais de diferentes serviços para a segurança do doente, prevenção de falhas, continuidade dos cuidados e seu planeamento de forma eficaz (Ferraz, 1980; Sousa, Souza, Gonçalves, Diniz & Cunha, 2014; Santos, Lima, Pestana, Colomé & Erdmann, 2016).

Assim, nos EC procurei aprimorar as técnicas de comunicação na transmissão de informação a outros profissionais de forma eficaz, evitando barreiras à comunicação (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010) e utilizando a mnemónica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação Atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017e).

Porém, houve um momento do EC na UCPA do BO em que duas colegas de dois serviços aguardavam que eu transmitisse as informações dos doentes com alta, em que o ruído existente motivou dificuldades comunicacionais, havendo necessidade de advertir os profissionais para evitar falhas e imprecisão nos dados fornecidos.

Em contrapartida, existem fatores que dificultam a qualidade dos cuidados, nomeadamente a sobrelotação das áreas no SUG, especialmente na área amarela, onde a passagem entre as macas é frequentemente dificultada, com origem numa provável afluência ao SUG desajustada, por motivos não urgentes, concomitante com um elevado padrão de consumo de cuidados de saúde, motivando preocupação nacional e mundial (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018), apesar da criação de políticas para limitar o acesso ao Sistema Nacional de Saúde, com pagamento de taxas moderadoras e regimes especiais para situações clínicas relevantes de elevado risco de saúde ou insuficiência económica (Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de junho, 2012).

No sentido de colmatar esta lacuna, foi criada a área Verdes 2 no SUG, em funcionamento entre as 8h e as 24h na área de contingência do Plano de Catástrofe.

Como reflexo desta realidade, existem gastos excessivos em saúde, exames e tratamentos desnecessários (Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen & Mehrotra, 2013), facto agravado pela

insuficiência de recursos materiais e humanos face às necessidades, comprometendo os cuidados de saúde prestados (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002). Consequentemente, os tempos para primeira observação e reavaliação não são cumpridos e a permanência dos doentes é largamente excedida.

No EC no SUG, comparando com o SMI e o BO, pude verificar estas lacunas a nível de recursos humanos e materiais, como a escassez de monitores, número insignificante face ao suposto.

Por outro lado, comum aos três serviços dos EC, destaco o vasto leque de protocolos, normas e instruções de trabalho para reger o funcionamento do serviço e prestação de cuidados adequados e eficientes, tendo em conta as metas internacionais de segurança do doente; existência de um enfermeiro coordenador em cada turno para agilizar algumas situações; verificação do material todos os turnos; posters afixados com algoritmos e informações importantes, além de dossiers onde constam impressos, informações úteis e operacionalidade dos enfermeiros e protocolos; o trabalho de equipa presente.

No que diz respeito a este último aspeto, os autores Santos, Lima, Pestana, Colomé e Erdmann (2016) consideram os profissionais de Enfermagem como os agentes de promoção de trabalho em equipa em emergência, mediante relação de ajuda, sensibilização, incentivo e articulação para a execução do trabalho, além da correta gestão de conflitos.

Por considerar que situações de stress podem suscitar dúvidas na administração de fármacos (principalmente via catéter central), sugeri a existência de um poster esquemático intuitivo com incompatibilidades farmacológicas de emergências na SE, mas não foi considerado pertinente. No SMI existe um esquema com essas compatibilidades e incompatibilidades.

Na sequência da consulta de dados estatísticos, foi evidente a melhoria na conformidade dos vários itens avaliados em auditorias, demonstrando preocupação dos profissionais na melhoria de cuidados prestados.

Ao contrário do SUG, no SMI não se verifica escassez de recursos materiais, estando cada unidade apetrechada de material para as práticas do serviço, avaliação de glicémias, colheitas de sangue para análises e gasimetrias e cuidados de higiene e conforto.

De igual forma, existem diversos kits já preparados num armário (kit de catéter central, linha arterial, entre outros) e bastante material na bancada do posto de vigilância, o que permite economizar imenso tempo e permanecer disponível para intervir se necessário. Além disso, à semelhança do BO, todas as gavetas e armários estão identificados com o que contêm.

Contudo, existem diversos riscos em contexto hospitalar, classificados segundo a natureza: biológicos, físicos, químicos, psicossociais/organizacionais e os riscos relativos à atividades de trabalho desenvolvida, mediante múltiplas vias de exposição: respiratória (por inalação), digestiva (pela ingestão), dérmica (mediante o contacto), auditiva (pela audição) ou ocular (através da visualização (DGS, s.d.; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2010).

Segundo a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2010), no que diz respeito a doenças profissionais, os profissionais de saúde correm um risco 1,5 vezes maior de as contrair que os restantes trabalhadores.

Tendo isso em consideração, constatei em todos os serviços que existem inúmeros riscos a que os profissionais estão permanentemente sujeitos, o que motivou bastante reflexão ao longo dos EC, dos quais destaco:

- biológicos: manipulação de materiais corto-perfurantes, contacto com doentes infetados e risco de contacto com fluidos orgânicos;
- físicos: exposição a radiações, temperatura ou iluminação inadequadas (no BO senti frequentemente desconforto térmico pela baixa temperatura e a luz natural é inexistente), alarmes sonoros de monitores, ventiladores ou perfusoras;
- químicos: contacto com substâncias químicas, gases anestésicos e produtos de higiene e limpeza;
- relativos à atividade profissional: mobilização de doentes ou equipamentos, carga de trabalho intensa;
- psicossociais: síndrome de *Burnout*, stress e desgaste emocional, imprevisibilidade das situações, confronto vida-morte, trabalho por turnos e conseqüente privação de sono, variabilidade do horário das refeições (principalmente no BO).

Nesse sentido, os profissionais de Enfermagem assumem-se como um dos eixos centrais que contribuem para o sucesso ou fracasso nas áreas de saúde e segurança no trabalho (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2010).

Por conseguinte, considero essencial o cumprimento de medidas de prevenção dos riscos sempre que possível, como o recurso a equipamentos de proteção individual no contacto com bactérias, vírus ou fungos, a adoção de postura adequada durante os posicionamentos de doentes ou manuseamento de materiais/equipamentos, ajuste da altura das camas/macacões/mesa cirúrgica, uso de colete e colar protetores no BO em cirurgias ortopédicas com utilização do intensificador (sendo

alguns bastante pesados) e o aproveitamento dos curtos momentos de refeições para aliviar tensões e o stress. No BO do HSA, existe um dispositivo com soro fisiológico 0,9% para aplicar nos olhos em caso de necessidade.

Por outro lado, também os doentes correm riscos aquando da sua estadia em contexto hospitalar, nomeadamente o risco de desenvolver úlceras de pressão (por frequente restrição de mobilidade, deficiência nutricional, situações de sedação, coma e suporte ventilatório), perturbação do sono (por iluminação excessiva, dor, fadiga, ruído, conversas entre profissionais, incluindo as saudades dos familiares), risco de queda (por agitação psicomotora durante a reversão anestésica, por exemplo), erros de medicação e erros clínicos (por fadiga e sonolência dos profissionais) (Fernandes, 2000; Lima, Leventhal & Fernandes, 2008; Costa & Ceolim, 2013; Sinha, Singh & Tewari, 2013).

Neste prisma, observei a adoção de comportamentos para redução desses riscos, tais como os cuidados de conforto com recurso a almofadas, dispositivos de gel (usados no BO) e aplicação de creme, focando as proeminências ósseas se atendendo ao risco/benefício face à situação clínica; redução da intensidade da iluminação quando possível; gestão de medicação analgésica; alteração de alarmes para parâmetros não comprometedores para a saúde dos doentes; moderação no tom de voz dos profissionais; vigilância constante para prevenção de queda.

Ao abordar a qualidade em saúde, destaca-se a necessidade de garantir a segurança do doente, bastante importante no BO, pelas suas particularidades e complexidade (Lima, Sousa & Cunha, 2013). Considerando as 6 metas internacionais para a segurança do doente mencionadas anteriormente, é de realçar a quarta meta: cirurgia correta.

Segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, com abordagem do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, o qual foi criado pela Organização Mundial de Saúde e baseado em 10 objetivos: doente certo e local cirúrgico certo; métodos usados que impeçam danos na administração de anestésicos, com controlo da dor; reconhecimento e preparação perante perda de via aérea ou função respiratória que ameacem a vida; reconhecimento e preparação perante risco de elevadas perdas hemáticas; indução de reação adversa ou alérgica evitada; minimização do risco de infeção do local cirúrgico mediante metodologia sistemática; ausência de compressas ou instrumentos retidos inadvertidamente na ferida cirúrgica; manutenção segura e correta identificação de espécimes cirúrgicos; comunicação efetiva e troca de informações críticas relativas à cirurgia; vigilância rotineira da capacidade, volume e resultados cirúrgicos (Organização Mundial de Saúde, 2009).

No EC do BO, tive oportunidade de realizar registos no sistema informático Sclinico em 3 fases: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão na pele (*time out*) e antes da saída do doente da SO (*sign out*) (DGS, 2010d). Esses registos consistem na validação de itens, implicando um foco constante nas informações fornecidas para proceder ao seu registo, o que se traduziu numa tarefa exigente, dado que, enquanto enfermeira circulante, são muitas as tarefas a cumprir.

De facto, confirmei o papel do enfermeiro perioperatório enquanto elemento chave na manutenção da segurança do doente, através do reconhecimento da complexidade do ambiente e das práticas promotoras de segurança para o doente e equipa (AESOP, 2006).

Na sequência dessa complexidade, a integração dos enfermeiros no BO varia entre 6 meses e 2 anos, respeitando as diretrizes de cumprir um mínimo de 6 meses de integração definidas da OE (2017b).

Concluindo, os profissionais de Enfermagem devem basear a sua atuação em conhecimentos técnico-científicos no sentido de maximizar a qualidade dos cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas, incluindo o respeito pela vida, dignidade, saúde e bem-estar (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Nesse sentido, o EE deve focar a sua prática profissional na procura da excelência para maximizar a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados e, conseqüentemente, a satisfação da PSCFO (Regulamento nº361/2015 de 26 de junho, 2015).

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

No presente domínio, perspectiva-se que o EE desenvolva competências para gerir cuidados de enfermagem, mediante a otimização das suas respostas e da equipa multidisciplinar, assim como para adequar a sua liderança e gestão de recurso de acordo com as situações/contexto, no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, a melhoria da qualidade de cuidados prestados depende da capacidade do profissional de Enfermagem no planeamento, coordenação e desenvolvimento de intervenções decorrentes de especialização.

Neste âmbito, consciente de que os enfermeiros devem responsabilizar-se pelas decisões que tomam (Nunes, 2006), sendo fulcral o EE desenvolver a sua capacidade para essa tomada de decisões, que

corresponde à escolha racional, competente e consciente, entre duas ou mais alternativas de ação que permita alcançar os resultados esperados (Nunes, 2007).

Nesse sentido, investi na pesquisa bibliográfica de maneira a obter conhecimento das alternativas de atuação para assim eleger a melhor e estabelecer prioridades de forma mais sustentada, o que nos EC foi sendo mais fácil com as experiências vividas.

Comum aos três serviços de EC, a equipa de Enfermagem encontra-se dividida em equipas, existindo em cada turno um enfermeiro coordenador, podendo esse cargo ser atribuído a enfermeiros com grau de especialista ou peritos. Nos EC, tive oportunidade de acompanhar enfermeiros peritos, que, não sendo especialistas, são dotados de perícia, conhecimentos e habilidades no contexto do serviço onde exercem funções, bem como munidos de saber científico e prático resultante da experiência ultrapassar os 5 anos mencionados na Teoria de Benner, além de outros atributos relacionados com prestação direta de cuidados, gestão e assessoria (Nunes, 2010), imprimindo indiscutível competência ao profissional para coordenar.

Segundo os autores Backes, Backers, Sousa e Erdmann (2008), é fundamental que o profissional que exerce funções de gestão tenha sensibilidade para detetar as necessidades emergentes, capacidade para empreender e para adaptar-se aos diferentes acontecimentos, além da gestão das relações de equipa, dos cuidados e das atividades burocráticas.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos nos três serviços de EC, torna-se pertinente abordar as dotações seguras da equipa de Enfermagem.

Segundo a fórmula para calcular a dotação segura de um SUG que consta no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, o número de enfermeiros necessários no SUG do HSA seria 69 $((10 \times 24 \times 365) / 1267)$, verificando-se uma equipa composta por 94 enfermeiros.

Contudo, constatei que existem fatores que justificam esse aumento, como o excesso de afluência e a sobrelotação das áreas (já anteriormente abordado), período de integração de alguns profissionais, frequentes acompanhamentos de doentes para exames complementares de diagnóstico ou transferências inter-hospitalares. Efetivamente, este cálculo carece da avaliação de outros aspetos, como as competências profissionais, arquitetura institucional, formação e investigação necessárias.

Outro facto a salientar é que somente 16 dos 94 enfermeiros são EEEMC (num universo de 19 EE). De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, é recomendado que 50% dos enfermeiros sejam EEEMC na área de Enfermagem à PSC, com formação em SAV, durante as 24

horas. De igual modo, sugere-se que o Posto de Triagem, SE e cargo de coordenação sejam assegurados por profissionais dessa categoria, o que não verifiquei no EC no SUG do HSA.

Relativamente ao SMI, tendo em conta as 16,94 horas determinadas no revogado Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro como valor de referência de horas de cuidados de enfermagem necessárias, seria expectável a equipa ser constituída por 35 enfermeiros para respeitar o cálculo de dotação segura do Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro.

Na realidade, apenas exercem funções 33 enfermeiros, apesar do rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes ter sido sempre garantido, como preconizado no Regulamento vigente, provavelmente pela baixa taxa de ocupação no SMI do HSA, 76,2% em 2011, terceira mais baixa entre 7 a nível da Administração Regional de Saúde Centro, que pode dever-se à necessidade de reservar vagas para receber determinado tipo de doentes, sendo a taxa ideal aproximadamente 85% (Penedo et al., 2013).

No serviço, os 33 enfermeiros, 8 são EEEMC e 4 são futuros especialistas, valores que, somados aos profissionais peritos em Cuidados Intensivos, correspondem a elevada qualidade de cuidados, apesar de não alcançar os 50% de EEEMC estabelecido pela OE (2018). O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro acrescenta que 50% dos enfermeiros por turno sejam EEEMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o que não observei no EC.

No BO, a equipa de Enfermagem é composta por 78 enfermeiros, ultrapassando os 69 enfermeiros necessários para dotação segura, facto justificado por não estarem incluídos os enfermeiros que asseguram as cirurgias programadas (em horário reduzido). Apesar do excedente, nos turnos da tarde e noite, existe dificuldade em cumprir o rácio de 1 enfermeiro para 1-2 doentes no recobro imediato de cirurgia convencional estabelecidos no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro.

Na equipa de Enfermagem do BO existem 7 enfermeiros especialistas, dos quais 5 são EEEMC. Temporariamente, enquanto não existe número suficiente de EE na área de Enfermagem à Pessoa Perioperatória para as SO, os postos de trabalho devem ser ocupados por EE, preferencialmente EEEMC, sendo ainda o número insignificante face ao necessário (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro)

No que diz respeito à funções de chefia, compete a quem assume esse cargo avaliar o desempenho dos profissionais, realizar auditorias da conformidade das triagens, definir e moderar reuniões de equipas para discussão de temáticas pertinentes, tratar de assuntos burocráticos e delegar tarefas.

Enquanto que, no SMI e no BO, são as enfermeiras chefes asseguram a distribuição dos enfermeiros nas 24 horas e realiza o horário mensal, no SUG o enfermeiro chefe delega essa função.

Apesar do parecer da OE (2018) estipular que os cargos de chefia/coordenação em SMI devam ser assumidos por EEEMC, a enfermeira chefe do SMI é detentora de especialização em Reabilitação.

Quanto às funções de coordenação nos três serviços, constatei que os enfermeiros ficam responsáveis por executar tarefas delegadas pela chefia, gestão de stocks, discussão com médicos assistentes sobre a situação de doentes, gestão de requisições, reparações ou empréstimos (mediante sistema informático Ghaf ou por impresso AD4 em papel), gestão de admissões e altas, estabelecimento de prioridades das tarefas a cumprir e resolução de problemas. Especificamente no SU, é responsabilidade de enfermeiro coordenador do turno da noite ceder informações aos familiares; enquanto que no SMI acresce o preenchimento do registo de temperatura e humidade em várias salas.

Ao refletir sobre estas funções, apesar da exigência em qualquer um dos serviços, considero que no BO o enfermeiro coordenador não devia ser alocado nas SO ou na UCPA pela necessidade constante de cumprir as tarefas necessárias. Pude testemunhar num turno o enfermeiro responsável assumiu o papel de enfermeiro instrumentista, o que impede a resolução de problemas nessa situação, por razões óbvias de controlo de infeção e decorrer da intervenção cirúrgica.

Saliente-se que no BO, em todos os turnos é definido um enfermeiro como responsável pela chave do armário dos estupefacientes, estando incumbido de confirmar a contagem dos mesmos no final do turno. No SMI, em cada turno, um enfermeiro fica adstrito à EEMI e à verificação dos desfibrilhadores.

De igual forma, os profissionais de Enfermagem asseguram a gestão dos recursos materiais, mediante o controlo do fluxo dos artigos utilizados, promoção da qualidade e continuidade dos cuidados e melhoria financeira (Oliveira & Chaves, 2009).

Na perspetiva de gerir os recursos humanos e materiais, foram criados sistemas de classificação, cujos índices prognósticos possibilitam a avaliação de diversas variáveis, podendo elas ser clínicas, laboratoriais e tempo de cuidados prestados ao doente (Silva, Martins, Santos & Oliveira, 2014).

No SMI do HSA, recorre-se ao Índice *Therapeutic Intervention Scoring System*²⁸ (TISS-28) para obter a gravidade da situação dos doentes de acordo com a sobrecarga de trabalho de Enfermagem, promovendo uma distribuição da carga de trabalho de forma homogénea, quantificação dos

cuidados e gestão de recursos. Assim sendo, esta ferramenta potencia uma atuação científico-tecnológica para doentes altamente complexos com consequente diminuição de complicações, sequelas e mortalidade, promovendo melhor qualidade de vida (Massa, Bolívar, Melgar & Duque, 2011).

Contudo, no SMI o preenchimento deste índice *TISS-28* é meramente burocrático, uma vez que os resultados não são tidos em conta na tomada de decisões, como na distribuição equitativa dos doentes pelos enfermeiros.

Quanto aos sistemas informáticos, no SUG e no BO recorre-se ao SClinic e Ghaf, enquanto que no SMI é usado o programa B-ICU.Care, integrado no B-Simple, no qual é possível aceder aos dados obtidos a partir dos dispositivos médicos do serviço (monitores, ventiladores), meios complementares de diagnóstico, informação clínica e índices de avaliação.

Tendo em conta que se trata de um programa bastante intuitivo e já ter contactado anteriormente com o mesmo, considerei bastante fácil realizar notas de enfermagem, definir e atualizar o plano de cuidados.

Outro facto interessante que motivou reflexão relativa à gestão de cuidados prende-se com a receção de informação relativa à admissão de um doente nos serviços SMI e BO (exclui-se por razões óbvias o SU), salientando a importância de uma adequada coordenação e trabalho de equipa a partir desse momento, sendo incrível a fluidez dos procedimentos inerentes à confirmação do material, equipamentos e condições de limpeza.

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, perspetiva-se o desenvolvimento de auto-conhecimento e assertividade, bem como a prática de cuidados especializados fundamentados em evidência científica (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Neste prisma, é essencial o EE encarar a aprendizagem reflexiva como um pilar para desenvolver competências e reconhecer a importância da reflexão sobre o que se faz e o que se vê fazer, apostando nas potencialidades, capacidade de interpretação e autoformação de cada profissional (Alarcão, 1996). Segundo Peixoto e Peixoto (2016), soma-se a importância da autoconsciência e reflexão para promover melhores práticas, sem descurar da autonomia e capacidade crítica.

Inquestionavelmente, ao longo dos três EC, senti uma crescente necessidade de refletir sobre os cuidados que prestava além de recorrer ao pensamento crítico para exponenciar a qualidade do meu desempenho. Não obstante, considero bastante enriquecedores os momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores sobre determinadas situações.

Nesse sentido, procurei demonstrar disponibilidade para a aprendizagem e investir na pesquisa bibliográfica, imprescindíveis para o aumento da minha segurança face às inúmeras situações que fui confrontando. De igual modo, as questões colocadas pelos enfermeiros foram decisivas para colmatar lacunas teórico-práticas existentes, indo ao encontro do que alega Ferré (2007), relativamente à necessidade do educador fazer perguntas para instigar o aprendiz a evoluir.

Por outro lado, tive oportunidade de assistir a formação em serviço nos EC, com temas subordinados a “Breve Abordagem a Ventilação Mecânica” (SMI), “Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados no SUG” (SU) e “Desfibrilhação” (BO).

No decurso do EC no BO, reconhecendo a necessidade de manter e atualizar os conhecimentos com recurso a tecnologias de forma competente e a importância da formação permanente (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), também eu contribuí para a formação em serviço com as seguintes temáticas: “Precauções Básicas de Controlo de Infecção no BO: Isolamentos e EPI’s” (formação inicialmente desenvolvida por colegas, que alterei e complementei com informações pertinentes) e “Comunicação – *Handover*”, estando esta última presente no Apêndice I.

PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

No decurso de uma intervenção cirúrgica, os familiares dos doentes submetidos a cirurgia estão sujeitos a longos períodos de espera, emergindo sentimentos de ansiedade e *stress*, pelo que se torna crucial os profissionais de Enfermagem identificarem a necessidade de executar intervenções de enfermagem que contribuam para a mitigar.

Neste documento, pretende-se rever sistematicamente a eficácia de intervenções de enfermagem na diminuição da ansiedade dos familiares de doentes submetidos a cirurgia.

Nesse sentido, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados e repositórios PubMed, EBSCO, RCAAP e Scielo recorrendo ao método PICOD, alicerçado nos critérios de inclusão: familiares de doentes submetidos a cirurgia com 18 anos ou mais e intervenções de enfermagem realizadas no período perioperatório (pré, intra ou pós-operatório), foi alcançado um total de 125 artigos.

Posteriormente, confirmado o cumprimento dos critérios de inclusão e concretizada a avaliação da qualidade metodológica dos artigos, foram obtidos 4 artigos.

Após análise desses artigos, nos quais se pretende avaliar o efeito de várias intervenções de enfermagem, foi possível concluir que a visita pós-operatória consiste numa intervenção com resultados ambíguos, sendo num estudo evidentes os seus benefícios na redução de ansiedade dos familiares e ineficaz num outro estudo.

Em contrapartida, foi possível identificar as orientações fornecidas a familiares de doentes submetidos a cirurgia como uma intervenção eficaz na redução dessa ansiedade, enquanto que o Diário de Progresso mantido por familiares e relatórios informativos fornecidos pelos profissionais não conduziram a diferenças significativas nos níveis de ansiedade dos familiares.

Palavras-chave: intervenções de enfermagem, família, ansiedade, doente cirúrgico.

ABSTRACT

During the performance of a surgical procedure, the family members of the patient having surgery are subjected to long waiting times, which trigger feelings of anxiety and stress, therefore it is crucial that the nursing professionals identify the need to execute Nursing Interventions to ease those tensions.

The purpose of this document is to systematically review the efficiency of the nursing interventions to minimize the anxiety of the family of the patient undergoing surgery.

The research of this subject, was based on the facts of PubMed, EBSCO, RCAAP and Scielo using the PICOD method, based on the Inclusion Criteria: family members of a patient having surgery with 18 years old or older, and the nursing interventions performed during the perioperative period (pre, intra and postoperative), obtained a total of 125 articles.

Later, confirming the use of "Inclusion Criteria" and finalizing the evaluation of the quality of the methodology of the articles, obtained 4 articles.

After the analysis of those articles, which seek the evaluation of the effects of the various Nursing Interventions, it was possible to conclude that the intervention of postsurgery visit has ambiguous results: one study was beneficial, having evidence of decrease of anxiety of the family of the patient who had surgery, and another study showed ineffectiveness.

On the other hand, it was possible to identify the instructions provided to the family of the patient having surgery, as an effective intervention to reduce the anxiety, but the daily progress record maintained by the family and the informative reports provided by the professionals, didn't indicate significant differences of the anxiety levels of the family.

Keywords: Nursing Interventions, family, anxiety, surgical patient

INTRODUÇÃO

A hospitalização, por si só, constitui um acontecimento chocante para a família devido ao confronto com uma realidade desconhecida e muitas incertezas (Beuter, Brondane, Szareski, Cordeiro & Roso, 2012).

Naturalmente, cada experiência cirúrgica implica longas separações de uma a várias horas entre o doente e sua família que tem de aguardar durante o procedimento e posterior recuperação, constituindo um factor de *stress* que gera sentimentos de ansiedade, medo, falta de esperança e desamparo (Leon & Knapp, 2008; Trecartin & Carroll, 2011; Wendler, Smith, Ellenburg, Gill, Anderson & Thayer, 2016).

Por outro lado, o facto do número de cirurgias estar em constante aumento traduz-se no acréscimo das esperas, sendo que estas, em cuidados de saúde, são *stressantes*, independentemente de quem estiver a aguardar ou do episódio que o motivou (Trimm & Sanford, 2010).

Nesse sentido, Kathol (1984) aborda a importância dos enfermeiros reconhecerem as necessidades psicológicas dos familiares dos doentes, que vivenciam um estado de ansiedade, ou seja, de uma emoção transitória associado a tensão ou apreensão por um indivíduo num dado momento. Os autores Trecartin e Carroll (2011) acrescem que este sentimento está associado a estimulação do Sistema Nervoso Autónomo com respostas psicológicas e fisiológicas.

Segundo Leon et al. (2008), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados a doentes críticos e são os profissionais que mais contacto têm com os familiares, pelo que existem bastantes benefícios em integrar os mesmos nos cuidados de saúde, emergindo a importância de adquirir conhecimentos relativamente às dimensões familiares.

Neste âmbito, torna-se fundamental a implementação e incentivo de executar intervenções de Enfermagem para inclusão dos familiares na equipa de cuidados de saúde para reduzir a ansiedade e maximizar a satisfação das necessidades dos mesmos (Trecartin et al., 2011).

Tendo como objetivo apaziguar essa ansiedade vivenciada por familiares/pessoas significativas, foram exploradas várias intervenções de enfermagem que promovem a sua redução, tais como a interação entre profissionais e a família, através do apoio e esclarecimentos que os primeiros facultam, bem como a cedência informação por vídeo (Kathol, 1984).

Outra intervenção passível de atenuar a ansiedade dos familiares/pessoas significativas trata-se da visualização de um filme para estes assistirem enquanto o doente está a ser submetido a cirurgia,

sendo esta uma ferramenta de baixo custo e fácil obtenção (Mojdeh, Zamani, Kooshki & Jafari, 2013).

No decurso de um estudo, Jarred (2003) concluiu que música ao vivo também contribui para relaxamento e alívio da ansiedade de familiares na sala de espera enquanto os doentes são intervencionados.

Por outro lado, as atualizações presenciais do decurso da intervenção cirúrgica constituem outra intervenção de enfermagem para a redução da ansiedade dos familiares. Em alternativa, existe a possibilidade de obter informação via telefone, contudo concluiu-se que presencialmente seria mais efectivo (Leske, 1996, Stefan, 2010).

Segundo Walls (2009), é crucial desenvolver educação pré-operatória relativamente à unidade de cuidados pós-anestésicos, bem como os equipamentos inerentes à mesma.

Para colmatar o facto da informação transmitida oralmente poder ser facilmente esquecida ou mal interpretada, decorreu um estudo para demonstrar que a criação de um cartão de Cuidado Familiar contribui para a diminuição da ansiedade dos familiares dos doentes submetidos a cirurgia, associada a um menor número de questões feitas pelos mesmos (Muldoon, Cheng, Vish, DeJong & Adams, 2011).

A visita de familiares aos doentes após a cirurgia constitui outra intervenção de enfermagem que promove a redução da ansiedade dos membros da família (American Society of Perianesthesia Nurses, 2003; Trecartin & Carroll, 2011; Carter et al., 2012).

De acordo com os autores DeWitt e Albert (2010), os familiares próximos dão preferência a uma única visita e atualizações do estado dos doentes verbalmente para diminuir a sua ansiedade, enquanto que outros familiares/amigos optam apenas por atualizações verbais ou do computador.

De acordo com Galvão, Sawada e Rossi (2002), o planeamento de enfermagem no período perioperatório conduz à assistência holística e pessoal do doente e família, permitindo implementar intervenções de acordo com as necessidades existentes, reduzindo a ansiedade e riscos associados.

Nesse sentido, destacam-se inúmeras intervenções de enfermagem, tais como: apresentar os profissionais aos familiares enquanto prestadores de cuidados; assegurar a receção e compreensão da informação transmitida de forma adequada aos familiares, incluindo o consentimento informado; aquisição de informação relativa à família; manter uma comunicação eficaz com familiares, mediante relação empática; elaborar um plano de cuidados com a colaboração dos doentes e

familiares sempre que possível; informar os doentes e familiares sobre duração aproximada da intervenção cirúrgica e mantê-los informados em caso de exceder esse tempo; garantia de que os familiares serão contactados se existir alterações do estado dos doentes; elucidar sobre os cuidados prestados na UCPA; incentivar a expressão de sentimentos e necessidades que os membros da família tenham; cedência de permissão para visitas aos doentes quando possível; transmissão correta de informação sobre o estado do doente e suas alterações, com recurso a termos compreensíveis por quem a recebe; cedência do contacto telefónico e, finalmente, os profissionais devem respeitar os familiares e assegurar que ficam esclarecidos e sem questões a colocar (Ward, Constança e Kern, 1990; AESOP, 2006).

1. METODOLOGIA

Segundo Connor, Green e Higgins (2011), o capítulo de Metodologia deve ser redigido no futuro e ter em conta o vasto leque de estudos que permita atingir os objectivos.

Na presente RSL, recorre-se às orientações quer constam no *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual* (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017a).

Saliente-se que uma revisão sistemática da literatura consiste numa pesquisa rigorosa e transparente, com intuito de recolher textos publicados sobre determinado assunto de forma aprofundada (Faria, 2019).

Ao longo deste capítulo serão cumpridas as diferentes fases do processo de RSL, sendo elas: definição de objetivo, formulação da questão de investigação, identificação dos critérios de inclusão e de exclusão, equação de pesquisa, procura e seleção dos estudos, verificação da qualidade metodológica, extração de dados, análise e síntese dos estudos relevantes, apresentação e discussão dos resultados (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017a; Faria, 2019).

1.1 OBJETIVO DA REVISÃO

Definido o problema de investigação, traça-se o objetivo da revisão, que constituiu uma afirmação clara e específica com alusão aos participantes, intervenções, comparadores e resultados para promover melhor foco e estrutura da revisão e torná-la mais indexada (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

Para a presente revisão o objetivo é: rever sistematicamente a eficácia das intervenções de enfermagem na diminuição da ansiedade dos familiares de doentes submetidos a cirurgia.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A qualidade de uma RSL é determinada pela sua questão de investigação, pelo que deve ser escolhida com tempo e ponderação, devendo ser encarada como um investimento para enriquecer a revisão (Counsell, 1997).

Segundo Apóstolo (2017), uma questão de revisão com qualidade, clareza e precisão determina as subsequentes fases do processo de revisão.

A questão de investigação é definida segundo o método do acrónimo PICO: População/Participantes, Intervenções, Comparador e Resultados/Outcomes (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

Nesta revisão foi delineada a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções de enfermagem eficazes para a diminuição da ansiedade dos familiares de doentes submetidos a cirurgia?

1.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Nesta fase da revisão são descritos os critérios da base dos estudos que poderão ser incluídos na mesma, devendo ser o mais explícitos e inequívocos possível (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

No sentido de alcançar os objetivos pretendidos, como critérios de inclusão são elegidos os artigos cujo idioma seja Português, Inglês ou Espanhol, não se impondo limite temporal no sentido de garantir que as boas práticas sejam englobadas independentemente do tempo em que foram desenvolvidas/implementadas.

1.3.1. População

Primeiramente, deve ser feita uma referência às características dos participantes pretendidas para a RSL (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b), incluindo fatores demográficos, (como a idade, sexo e etnia), fatores socioeconómicos e o contexto (Apóstolo, 2017).

Desta forma, incluem-se os familiares de doentes submetidos a cirurgia com 18 anos ou mais

1.3.2. Intervenções

Neste parâmetro, pretende-se descrever as intervenções de forma detalhada, principalmente se for multifacetada (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

Na RSL em causa consideram-se as intervenções de enfermagem passíveis de executar no período pré, intra ou pós-operatório, independentemente do tipo de cirurgia ou o serviço para onde são transferidos os doentes, tais como: relação terapêutica entre profissionais e a família, informação cedida presencialmente, por vídeo ou telefonicamente, relatórios do progresso intraoperatório,

educação pré-operatória, visita familiar, cartão de Cuidado Familiar, a visualização de um filme e música ao vivo ou outras intervenções passíveis de ser adotadas.

1.3.3. Comparador

Para enriquecer os conhecimentos que advêm da RSL, estabelecem-se comparações entre as diferentes intervenções. Contudo, o Comparador é um elemento que pode ser excluído ou generalizado na questão de investigação, sendo que, geralmente, procura-se responder a questões mais amplas sobre intervenções multifacetadas (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

De acordo com Apóstolo (2017), o comparador diz respeito à intervenção a que o grupo de controlo foi submetido, podendo ser passivo (inclui ausência de tratamento ou cuidados padrão, entre outros) ou ativo (alteração da intervenção adotada).

Nesta RSL, existe interesse em comparar as intervenções supracitadas.

1.3.4. Resultados/ Outcomes

Com a RSL, pretende-se alcançar resultados e estes devem ser mensuráveis e adequados ao objetivo da mesma (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

Neste caso, é desejável que as intervenções de enfermagem sejam eficazes para a redução da ansiedade dos familiares.

1.3.5. Tipos de Estudo

O tipo de estudo diz respeito à estrutura do mesmo, ou seja, o design da pesquisa que é visada (Bettany-Saltikov, 2012), deve ser específico no sentido de responder à questão da revisão, sendo habitual nas RSL de eficácia incluir estudos experimentais, mas podem igualmente considerar-se estudos observacionais (Apóstolo, 2017).

No sentido de exponenciar os conhecimentos pretendidos, são considerados todos os estudos longitudinais, experimentais e quasi-experimentais.

1.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

De acordo com Uman (2011), a estratégia de pesquisa implica pesquisas eletrónicas, com equilíbrio entre sensibilidade (estudos relevantes) e especificidade (estudos irrelevantes), sendo fundamental a definição de palavras-chave através da consulta nos *Medical Subject Headings* (MeSH) relacionados com os elementos do PICOD.

Para esta RSL, procede-se a três etapas de pesquisa. Confirmada a inexistência de outro protocolo ou RSL com a problemática em questão nas bases de dados da *Joanna Briggs Institute* e a *Cochrane Collaboration*, inicia-se uma pesquisa livre em bases de dados PubMed e Cinahl, de forma a identificar os termos mais frequentes relativos ao tema, bem como bibliografia relevante.

Posteriormente, são delineadas palavras-chave e descritores validados em consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol. Como palavras chave surgem: “Intervenções de Enfermagem”, “Família”, “Ansiedade” e “Doente Cirúrgico”.

Por seu lado, como descritores identificam-se: “Nursing Care”, “Care, Nursing”, “Management, Nursing Care”, “Nursing Care Management”, “Anxiety”, “Anxieties, Social”, “Anxiety, Social”, “Hypervigilance”, “Nervousness”, “Social Anxieties”, “Social Anxiety”, “Family”, “Families”, “Extended Families”, “Extended Family”, “Families, Extended”, “Relatives”, “Surgical Procedures, Operative”, “Operative Procedure”, “Operative Procedures”, “Operative Surgical Procedure”, “Operative Surgical Procedures”, “Procedure, Operative”, “Procedure, Operative Surgical”, “Procedures, Operative”, “Procedures, Operative Surgical”, “Surgical Procedure, Operative”.

Por último, efectuou-se uma nova pesquisa em bases de dados, acrescentando os operadores booleanos “AND” e “OR” numa equação de pesquisa, sendo elas: Pub-Med, Isi Web, SciELO, MEDLINE, Directoy of Open Access Journals, Biomed Central, PsycLIT e Public Library of Science. No sentido de obter artigos não publicados relevantes, inclui-se a pesquisa na literatura cinzenta.

1.5. SELEÇÃO DE ESTUDOS

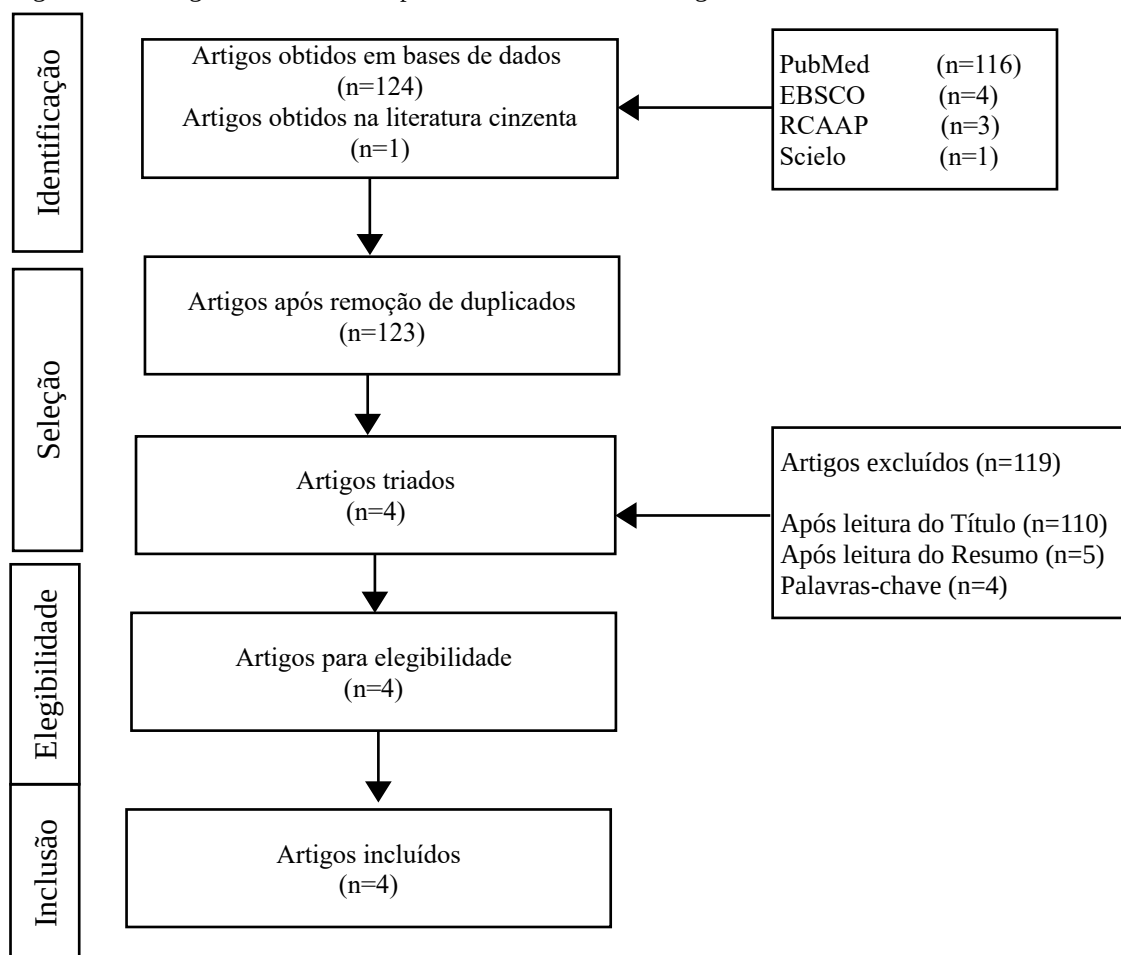
Nesta fase, verifica-se o cumprimento dos critérios de inclusão, mediante a leitura dos títulos e resumos dos artigos e, por fim, a sua leitura na íntegra. Por outro lado, é possível nesta fase colmatar dúvidas através da análise por dois investigadores (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

No presente estudo, após diversas pesquisas realizadas, cuja pesquisa definitiva foi dia 26 de fevereiro de 2020, foi obtido um total de 125 artigos potencialmente relevantes, dos quais 2 estavam repetidos, pelo que foram excluídos.

Posteriormente, foi excluído um número significativo de artigos na sequência da leitura dos respetivos títulos (110, incluindo artigos referentes a doentes de Pediatria, apesar do filtro de restringir a idade igual ou superior a 18 anos), resumos (5) e palavras-chave (4), obtendo um total de quatro artigos elegíveis, tal como demonstra a figura 1.

Finalmente, na sequência da leitura na íntegra dos mesmos, foram incluídos os quatro artigos no estudo: Hamester, L., Souza, E. N. D., Cielo, C., Moraes, M. A., & Pellanda, L. C. (2016); Kloos, J. A., & Daly, B. J. (2008); Patelarou, A., Melidoniotis, E., Sgouraki, M., Karatzi, M., & Souvatzis, X. (2014); Trecartin, K., & Carroll, D. L. (2011).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de inclusão de artigos



1.6. AVALIAÇÃO DE QUALIDADE METODOLÓGICA

Nesta fase, a avaliação da qualidade metodológica dos artigos é realizada por dois investigadores, separadamente, recorrendo à *Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* e *Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* do Joanna Briggs Institute, adaptados por Apóstolo (2017).

Pela sua relevância, foram submetidos os quatro artigos incluídos a avaliação de qualidade metodológica, mediante uma *checklist* que ambos preenchem, como ilustra a tabela 1 e 2 para estudos quasi-experimentais e estudos randomizados controlados respetivamente.

Quadro 1 – Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Quasi-Experimentais

Avaliação de Qualidade Metodológica dos estudos incluídos (quasi-experimentais)	Kloos, J., Daly, B. (2008)	Trecartin, K., Carroll, D. (2011)	Patelarou A., Melidoniotis E., Sgouraki M., Karatzi M., Souvatzis X. (2014)
1. Está claro no estudo qual é a causa e o efeito – não há confusão sobre que variável vem em primeiro lugar?	S	S	S
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são semelhantes?	S	S	S
3. Os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	S	S	S
4. Existe um grupo de controlo?	S	S	N
5. Existiram múltiplas avaliações de resultado antes e após a intervenção/exposição?	S	S	S
6. O período de <i>follow-up</i> foi completo e, se não, o <i>follow-up</i> foi adequadamente descrito e utilizadas estratégias para lidar com a perda para o <i>follow-up</i> ?	S	D	S
7. Os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma?	S	N	N
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	S	S	S
9. Foi realizada análise estatística apropriada?	S	S	S

S- Sim N-Não D-Desconhecido

Quadro 2 – Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

Avaliação de Qualidade Metodológica dos estudos incluídos (estudos randomizados controlados)	Hamester, L., Souza, E., Cielo, C., Moraes, M., Pellanda, L. (2016)
1. A alocação dos participantes dos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	S

2. A alocação aos grupos foi cega?	S
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	D
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	D
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	S
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	S
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	S
8. O <i>follow-up</i> foi completado e, se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	S
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	S
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	S
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	S
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	S
13. O desenho do estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio padrão de um ensaio clínico randomizado durante as fases de desenvolvimento ou análise?	S

S- Sim N-Não D - Desconhecido

1.7. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Após o uso do *Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument*, é reunida a informação importante decorrente do estudo realizado, no que concerne à população, intervenções e resultados. Caso não existam dados relevantes, deve ser relatado esse facto (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell & Hopp, 2017b).

Inicialmente, o procedimento é desenvolvido por um indivíduo e, posteriormente, é confirmado por um segundo indivíduo. As diferenças são resolvidas recorrendo a um terceiro revisor. A criação de tabelas para organizar os dados obtidos pode ser vantajosa para organizar a informação (Uman, 2011).

Na atual revisão, visa-se obter dados relacionados com os familiares dos doentes submetidos a cirurgia, as várias intervenções de enfermagem descritas e os resultados das mesmas na ansiedade dos primeiros.

1.8. SÍNTESE DOS DADOS

Por último, resta descrever a síntese dos dados adquiridos para calcular a eficácia da pesquisa feita e verificar se os efeitos são os mesmos independentemente do estudo em causa (Banningan, Droogan, & Entwistle, 1997, citados por Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Nesta etapa, foi percecionada heterogeneidade na vertente clínica (com diferenças significativas nos participantes, intervenções e resultados medidos) e na vertente metodológica (diferentes tipos de estudo) (Apóstolo, 2017), pelo que não foi possível proceder à síntese de dados mediante meta-análise.

2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Na apresentação dos resultados iremos fazê-lo tendo por base os 4 artigos selecionados. Comparando o *design* do estudo dos estudos elegidos, três consistem em estudos quasi-experimentais e apenas o estudo dos autores Hamester, Nogueira, Ciel, Moraes e Pellanda (2016) se trata de estudo randomizado controlado.

No que diz respeito ao instrumento de avaliação do estado de ansiedade, foi comum a todos os artigos o recurso ao *State-Trait Anxiety Inventory*, sendo que no artigo de Kloos e Daly (2008) foi igualmente usadas as escalas de *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III* e *Mishel Uncertainty in Illness Scale*.

Relativamente à amostragem, esta divergiu em três tipos: os autores Hamester et al. (2016) optaram por amostragem probabilística aleatória simples, enquanto que Patelarou, Melidoniotis Sgouraki, Karatzi e Souvatzis (2014) elegeram uma amostragem probabilística sistemática e, finalmente, os autores Trecartin e Carroll (2011) e os autores Kloos e Daly (2008) escolheram a amostragem não probabilística acidental.

Por outro lado, torna-se oportuno mencionar a diferença substancial entre o número de participantes nas diferentes amostras, divergindo entre 78 e 210 intervenientes.

É de salientar que, ao contrário dos autores Kloos e Daly (2008) e Trecartin e Carroll (2011), os autores Patelarou et al. (2014) não incluíram um grupo de controlo no estudo, tendo identificado esse aspeto como limitação do estudo.

Nos estudos analisados, todos integram familiares de doentes submetidos a intervenção cirúrgica como participantes, sendo a média de idade compreendida entre os 40 e os 55,4 anos.

Comum a todos os estudos é o facto das amostras serem maioritariamente femininas, o que potencia condicionalismos nos resultados obtidos, questão destacada no artigo de Kloos e Daly (2008), que aborda o facto da amostra ser pequena e predominantemente composta por mulheres caucasianas, podendo só resultados não ser aplicáveis a indivíduos com outras características.

No seu estudo, os autores Patelarou et al. (2014) obtiveram níveis de ansiedade mais elevados nas mulheres comparativamente aos homens, embora os valores não sejam estatisticamente expressivos.

Entre os estudos reunidos, a experiência anterior de acompanhamento de doente submetido a intervenção cirúrgica foi excluída no estudo de Hamester et al. (2016), enquanto que os autores Kloos e Daly (2008) incluíram essa variável nas características analisadas.

Focando no âmago da presente RSL, a eficácia de intervenções de enfermagem na redução do nível de ansiedade dos familiares, os autores Hamester et al. (2016) demonstraram que orientações audiovisuais cedidas a familiares antes da primeira visita ao doente na UCPA após cirurgia cardíaca conduziram a redução significativa dos seus níveis de ansiedade relativamente ao grupo de controlo (41,3 vs 50,6). De igual modo, os autores Trecartin e Carroll (2011) evidenciaram que a visita pós-operatória de familiares aos doentes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos desencadeou uma redução significativa no estado de ansiedade (de 41,4 para 34,2).

Relativamente ao estudo de Kloos e Daly (2008), apesar da redução do nível de ansiedade obtida (de 45,18 para 40,42 no grupo experimental de 46,52 para 39,53 no grupo de controlo) não se observou relação causal relativamente ao uso de Diário mantido por familiares de doentes submetidos a enxerto de bypass arterial coronário.

No estudo de Patelarou et al (2014), apesar da diminuição significativa do nível de ansiedade dos familiares (de 57 para 51), a visita à UCPA não foi efetiva na sua redução, uma vez que os valores permaneceram bastante elevados.

A informação obtida com os profissionais foi um aspeto abordado em três estudos. Os autores Hamester et al. (2016) concluíram que os familiares que obtiveram orientações audiovisuais demonstraram estar mais preparados e confiantes antes de visitar o seu ente querido na UCPA comparando com o grupo de controlo, ao passo que Kloos e Daly (2008) invoca a necessidade constante de informação por parte dos familiares e sugere a entrega de folhetos elucidativos, apesar de estes privilegiarem a interação com profissionais e a sua fé como alternativa.

Em contrapartida, os autores Trecartin e Carroll (2011) não constatarem alterações significativas no estado de ansiedade e parâmetros vitais avaliados quando comparado o período prévio ao relatório informativo e depois do mesmo.

No que diz respeito à informação, torna-se pertinente acrescentar que somente 64% dos participantes no estudo de Patelarou et al. (2014) estava esclarecido quanto à duração aproximada da intervenção cirúrgica.

Nesse mesmo estudo, os autores esmiúçam os receios mais preponderantes dos familiares que contribuem para exacerbar a ansiedade, nomeadamente a anestesia, procedimento cirúrgico, doenças subjacentes e dor pós-operatória. Aspetos relacionados com a anestesia destacam-se como o maior medo sentido pelos participantes mas também aquele onde a redução foi mais expressiva (score de ansiedade inicial de 61,5 e final de 54,5), seguido pelos aspetos inerentes ao procedimento

cirúrgico (score inicial 57 e final de 51), enquanto que a dor pós-operatória apresentou menores valores (score inicial de 47 e o final de 43). Porém, são as doenças subjacentes que motivam menor discrepância entre os valores antes e depois da visita à UCPA (score inicial de 52,5 e final de 49).

Noutra perspetiva, dois estudos exploraram os possíveis efeitos das intervenções nos parâmetros vitais, não havendo aspetos relevantes a apontar, excepto a temperatura corporal que sofreu uma diminuição significativa (de 30,05°C para 28,5°C) associada a importante diminuição do nível de ansiedade.

No sentido de esquematizar toda a informação reunida relativamente aos quatro artigos, foi elaborado o quadro 3.

Quadro 3- Apresentação de Resultados – método PICOD

Autores	Título do Artigo	Participantes	Intervenções	Comparador	Resultados	Tipo de Estudo
Kloos, K. A. & Daly, B. J. (2008)	Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients	<p>160 Familiares de doentes submetidos a enxerto de bypass arterial coronário. De forma randomizada, foram incluídos 78 no grupo experimental e 82 no grupo de controlo, dos quais terminaram o estudo 40 (51%) e 51 (62%) respetivamente. Média de idade: 50,64 anos</p> <p>Amostragem não probabilística acidental</p> <p>Critério de inclusão: Familiares de doentes submetidos a enxerto de bypass arterial coronário; idade superior a 18 anos; habilidade para ler e escrever o idioma inglês; tratar-se da primeira cirurgia de artéria coronária</p> <p>Critério de exclusão: doente com complicações cirúrgicas major; tratar-se de cirurgia minimamente invasiva</p>	<p>Os familiares incluídos no grupo experimental além das informações cedidas, receberam um diário para registo de pensamentos, sentimentos e emoções. Todos os familiares preencheram o <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> uma vez antes e depois da intervenção cirúrgica; foram questionados de qual a sua perceção relativamente à severidade da doença do doente (através da <i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III</i> e da escala de perceção de severidade da doença- de 0 a 5).</p> <p>No terceiro dia após a cirurgia, foi avaliada a perceção da incerteza na doença (mediante a <i>Mishel Uncertainty in Illness Scale</i>).</p>	Os familiares incluídos no grupo de controlo receberam apenas as informações habituais.	<p>Constatou-se uma redução do nível de ansiedade ao terceiro dia após a cirurgia cardíaca, apesar de não se verificar relação com o uso do Diário, sendo a necessidade de informação reportada frequentemente. A interação com profissionais e a fé foi privilegiada pelos familiares, acarretando maior efeito na ansiedade dos mesmos.</p> <p>Nos dois grupos foi registada a diminuição do valor médio do <i>State-Trait Anxiety Inventory</i>: no grupo experimental diminuiu de 45,18 para 40,42, enquanto que no grupo de controlo verificou-se 46,52 inicialmente e 39,53 no final.</p> <p>Não se verificou alteração significativa relativamente à gravidade da doença.</p> <p>Limitações ao estudo: Amostra pequena que limita a generalização da população, além de predominantemente feminina e caucasiana, daí não ser aplicável a grupos com outras características; ansiedade associada a outras patologias pode manifestar-se de maneira distinta.</p> <p>Abordadas recomendações para a prática de enfermagem no sentido de valorizar a presença frequente, investir nas atualizações e explicações sobre o estado do doente e seu tratamento, identificar situações em que o diário seja benéfico; promover frequente comunicação e suporte; respeito pelas crenças dos familiares</p> <p>Instrumentos: <i>State-Trait Anxiety Inventory, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III, Mishel Uncertainty in Illness Scale</i></p>	Estudo quasi-experimental, pré-teste, pós-teste, design grupo de controlo

					Análise de dados: Teste Qui-Quadrado e Teste T de Student	
Patelarou, A., Melidiontis E., Sgouraki M., Karatzi M., Souvatzis X. (2014)	The effect of visiting surgical patients in the postanesthesia care unit on family members' anxiety: a prospective quasi-experimental study	78 familiares de doentes submetidos a cirurgia, dos quais 2 foram excluídos e 3 não concluíram o estudo, sendo assim incluídos 73 familiares. Média de idade: 40 anos. Amostragem probabilística sistemática Critério de inclusão: familiares de doentes submetidos a cirurgia; estar disponíveis na sala de espera; idade entre 18 e 99 anos; habilidade para falar, ler e compreender o idioma grego; fornecer consentimento Critério de exclusão: não especificado	No início da intervenção cirúrgica, os familiares preencheram o <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> e foram questionados relativamente a dados demográficos, expectativa de duração da cirurgia e que assunto tinham mais medo (entre 4 mencionados de forma aleatória: anestesia, procedimento cirúrgico, doenças subjacentes e dor pós-operatória), tal como foram avaliados parâmetros vitais (pressão arterial e frequência cardíaca). No final do procedimento cirúrgico e admissão do doente na UCPA, os familiares puderam visitar os doentes, sendo que imediatamente depois preencheram novamente o <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (sem ter acesso ao primeiro formulário) e foram avaliados os parâmetros vitais uma segunda vez.	Comparado o nível de ansiedade resultante do <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> e os valores dos parâmetros vitais antes e depois de visitar o doente na UCPA	A visita de familiares aos doentes internados na UCPA não foi efetiva na redução da ansiedade dos familiares, independentemente da idade do doente e do familiar, apesar de se ter verificado uma diminuição significativa (de 57 para 51 segundo a escala), tendo em conta que o nível de ansiedade permaneceu bastante elevado. De igual forma, constatou-se que as mulheres apresentam níveis de ansiedade mais elevados que os homens, embora não seja estatisticamente expressivo. Consequentemente, é recomendado o estudo de medidas mais efetivas para a redução dos níveis de ansiedade. Apenas 64% dos participantes estava elucidado da duração aproximada do procedimento cirúrgico. Não se evidenciou correlação entre os scores do <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> e os valores de Pressão Arterial e Frequência Cardíaca. O maior receio identificado pelos familiares prende-se com a anestesia, apresentando maiores níveis de ansiedade nas duas fases. A menor diferença entre as duas fases diz respeito ao receio relacionado com as doenças subjacentes. Observou-se níveis de ansiedade similares entre participantes pais de crianças e os restantes. Contudo, não se considera pertinente aprofundar este facto. Limitações do estudo: Ausência de outro grupo de intervenção para obter mais respostas; dúvida se a redução dos níveis de ansiedade está relacionada com o facto do procedimento cirúrgico ter terminado. Instrumentos: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> Análise de dados: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> , Teste de	Estudo quasi-experimental, pré-teste, pós-teste

					Wilcoxon, Correlação de Spearman, Teste U de Mann Whitney, Teste de Kruskal-Wallis, Teste Qui-Quadrado e Teste T de Student	
Hamester, L., Nogueira, E., Ciel, S., Moraes, M., Pellanda, L. (2016)	Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial	<p>210 Familiares de doentes submetidos a cirurgia cardíaca de enxerto de bypass arterial coronário ou cirurgia à válvula cardíaca.</p> <p>De forma randomizada, foram incluídos 105 participantes no grupo de intervenção e outros 105 no grupo de controlo. Média de idade: 46,4 anos</p> <p>Amostragem probabilística aleatória simples</p> <p>Critérios de inclusão: ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, ser familiar/cuidador e dar consentimento</p> <p>Critério de exclusão: experiência anterior de acompanhar doentes em cirurgia cardíaca</p>	<p>No grupo de intervenção, um investigador (profissional de enfermagem) forneceu orientações audiovisuais, com imagens ilustrativas e demonstração de equipamentos/dispositivos usados, num período de 20 min.</p> <p>Todos os participantes responderam a um questionário, incluindo características sociodemográficas e outras relacionadas com a preparação para a visita ao doente no período pós-operatório imediato.</p> <p>Foi avaliada a ansiedade com o <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> depois da intervenção e antes da primeira visita</p>	<p>No grupo de controlo, apenas foram cedidas as informações habituais relacionadas com as rotinas, horários, higiene das mãos, número de visitas e explicar que depois da visita, a equipa médica disponibiliza-se para esclarecer a situação do doente.</p>	<p>Estatisticamente, constatou-se uma redução significativa dos níveis de ansiedade nos participantes do grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo (41,3 vs 50,6), traduzindo a importância das orientações cedidas aos familiares antes da primeira visita à UCPA de cirurgia cardíaca.</p> <p>Por outro lado, os familiares do grupo de intervenção apresentaram-se mais preparados e confiantes (78,1%) em relação ao grupo de controlo.</p> <p>É sugerida a entrega de folhetos elucidativos para esclarecer dúvidas como estratégia complementar.</p> <p>Limitações do estudo: Ausência de aplicação do <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> antes da intervenção.</p> <p>Instrumentos: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i></p> <p>Análise de dados: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>, Teste T de Student, Teste Qui-Quadrado e Teste U de Mann Whitney,</p>	Estudo Randomizado controlado
Trecartin, K., Carroll, D. (2011)	Nursing Interventions for Family Members Waiting During Cardiac Procedures	<p>151 familiares de doentes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos, que foram divididos em 3 grupos (50 primeiros foram inseridos no grupo 1, 50 seguintes no grupo 2 e os últimos 51 no grupo 3). Média de idade: 55,4 anos.</p> <p>Amostragem não probabilística accidental</p> <p>Critérios de inclusão:</p>	<p>No grupo 2, além dos cuidados standard, houve a cedência de um relatório informativo (notificação de metade da intervenção estar realizada e explicada localização da UCPA).</p> <p>No grupo 3 somou-se a visita pós-operatória de 5 minutos.</p> <p>À chegada, são avaliados parâmetros vitais (Pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal) e preenchido o <i>State-Trait</i></p>	<p>No Grupo 1, os familiares receberam cuidados standard.</p>	<p>A visita pós-operatória de familiares aos doentes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos reduziu significativamente a ansiedade dos familiares. Comparando os 3 grupos, com valores idênticos no início do estudo, não se verificaram diferenças significativas nos parâmetros vitais e nível de ansiedade após o relatório informativo.</p> <p>Relativamente à visita pós-operatória no grupo 3, esta desencadeou uma redução significativa no estado de ansiedade (de 41,4 para 34,2), bem como na temperatura corporal, quando era expectável o oposto.</p> <p>Limitações do estudo:</p>	Estudo quasi-experimental, pré-teste, pós-teste

	<p>Familiares de doente admitido para procedimento cardíaco invasivo eletivo; idade superior a 18 anos, falar e compreender o idioma inglês; disponibilidade na sala de espera durante o procedimento cirúrgico.</p> <p>Critério de exclusão: Não especificado</p>	<p><i>Anxiety Inventory.</i> Posteriormente, no grupo 1 é repetido o processo a meio da intervenção. No grupo 2 e 3 repetem-se as avaliações após o relatório informativo. No grupo 3 há ainda uma terceira avaliação depois da visita de 5 minutos ao doente.</p>	<p>Diferenças do tempo de espera (entre 2 e 13 horas); experiências anteriores e esclarecimentos do Cardiologista podem influenciar os resultados; tratou-se de intervenções eletivas, havendo possibilidade de obter outros resultados se o contexto foi diferente; impossibilidade de controlar a temperatura da sala de espera; alguns familiares cumpriram a toma de beta-bloqueantes, o que pode condicionar o reflexo da ansiedade na frequência cardíaca.</p> <p>Instrumentos: <i>State-Trait Anxiety Inventory</i></p> <p>Análise de dados: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>, Teste T de Student e ANOVA</p>	
--	--	--	--	--

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Numa análise inicial, é evidente a eficácia ou ineficácia das intervenções elegidas em cada estudo para a diminuição do nível de ansiedade dos participantes. Contudo, quando se explora o assunto de forma crítica, surgem dúvidas sobre a verdadeira causa dessa alteração.

Antes de abordar a temática essencial da RSL, torna-se pertinente refletir sobre questões metodológicas.

No que diz respeito ao *design* do estudo, apenas Hamester et al. (2016) optaram por estudo randomizado controlado, tratando-se de um estudo experimental desenvolvido para aumentar o conhecimento que advém das intervenções em saúde (Souza, 2009), sendo que o processo não foi cego, pelo que, segundo Nedel e Silveira (2016) pode haver influência nos resultados. Quanto aos restantes três estudos, estes foram quase experimentais pré e pós-teste, o que permite uma fácil e rápida condução, apesar da desvantagem das intervenções desencadearem possíveis alterações no desfecho (Nedel & Silveira, 2016).

Outra questão metodológica surgiu no estudo desenvolvido por Patelarou et al. (2014) pela ausência de grupo de controlo, facto apontado pelos próprios autores como limitação do estudo, tendo em conta que seria bastante vantajoso.

De facto, segundo os autores Oliveira e Parente (2010), estudos que não integrem um grupo de controlo podem ser prejudicados, incorrendo até o risco de mostrar resultados das intervenções que não correspondem à realidade.

Por último, é oportuno abordar a amostragem dos estudos incluídos.

Neste âmbito, destacam-se os estudos de Patelarou et al. (2014) e de Hamester et al. (2016), uma vez que cumprem amostragem probabilística sistemática e aleatória simples respetivamente, sendo que apenas as amostras probabilísticas permitem generalização estatística (Prodanov & Freitas, 2013).

Por outro lado, os autores Trecartin e Carroll (2011) e Kloos e Daly (2008) recorrem à amostragem não probabilística acidental, não sendo possível garantir que a amostra de cada estudo represente o universo que se pretende analisar (Prodanov & Freitas, 2013).

Quanto ao tamanho das amostras, este variou entre 78 e 210, o que permite questionar a sua validade por constituir uma potencial condicionante dos resultados obtidos, devendo ser alvo de preocupação do investigador (Prodanov & Freitas, 2013).

Resta mencionar que os valores apresentados foram obtidos através do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), que constitui um instrumento fidedigno e sensível para avaliação da ansiedade (Marteanu & Bekker, 1992).

Na presente RSL, a questão de investigação prende-se com a identificação das intervenções eficazes na diminuição da ansiedade, sendo os estudos de Trecartin e Carroll (2011) e de Hamester et al. (2016) bem sucedidos nesse objetivo, tendo em conta a eficácia das respetivas intervenções traduzida pelo decréscimo do nível de ansiedade.

No primeiro estudo mencionado, a visita pós-operatória foi permitida no grupo 3 (grupo 1, de controlo, apenas recebeu cuidados *standard*; grupo 2 recebeu um relatório informativo além dos cuidados *standard*), refletindo-se numa diminuição significativa do nível de ansiedade (de 41,4 inicialmente para 34,2), o que vai ao encontro das conclusões obtidas pelos autores Carter et al. (2012).

Nesse estudo de Carter et al. (2012), os participantes do grupo que tiveram oportunidade de visitar o seu familiar na UCPA apresentaram redução do nível de ansiedade, verificando-se o oposto nos participantes do grupo que não tiveram permissão.

No estudo de Hamester et al. (2016), observaram-se igualmente níveis de ansiedade substancialmente inferiores após a intervenção executada de ceder orientações aos familiares antes da primeira visita à UCPA após cirurgia cardíaca, efeito evidente quando comparado com o grupo de controlo, 41,3 de score no grupo de intervenção e 50,6 de score no grupo de controlo. Além disso, é sugerida a distribuição de folhetos elucidativos.

O estudo de Muldoon et al. (2011) reflete a importância de intervenções educacionais, tendo sido possível confirmar a eficácia do recurso a um Cartão informativo como contributo para redução dos níveis de ansiedade dos familiares durante a cirurgia de entes queridos.

Por outro lado, no estudo de Trecartin e Carroll (2011) não se verificaram alterações da ansiedade após os familiares receberem relatório informativo. Este facto pode ter origem num aspecto mencionado num estudo que remonta a 1988, relativo aos familiares considerarem a informação cedida insuficiente ou nesta constarem termos duvidosos, conduzindo a aumento do stress e angústia, o que mais tarde pode ser projetado para o doente (Branco et al., 1988). Nesse estudo, os familiares consideram informação suficiente a que engloba a situação do doente, a duração prevista da intervenção cirúrgica e possível prolongamento da mesma e intercorrências que surjam.

Contudo, décadas depois, permanece a escassez de informação, evidenciada no estudo de Patelarou et al. (2014), em que apenas 64% dos participantes demonstrou saber a duração estimada da cirurgia. De igual forma, apenas 21,9% (46 de um total de 210 familiares) dos participantes do estudo de Hamester et al. (2016) referiram ter obtido informação previamente.

De acordo com Muldoon et al. (2011) citando Gilliss (1984), no tempo de espera a que estão sujeitos os familiares de doentes submetidos a intervenções cirúrgica ocorre o maior acréscimo da ansiedade no período perioperatório.

Efetivamente, no estudo dos autores Trecartin e Carroll (2011), assistiu-se a uma discrepância de tempo de espera, variando entre 2 e 13 horas, o que constitui um potencial obstáculo ao estudo por se desconhecer se existe relação entre este fator e o nível de ansiedade. Nos restantes estudos, não está contemplado este fator, o que seria enriquecedor para a pesquisa.

Relativamente aos participantes do estudo Kloos e Daly (2008), a maioria já tinha experiência anterior com UCI, o que pode condicionar o nível de ansiedade obtido e consequentemente obter resultados enviesados.

Tendo em conta a possível relação entre fatores emocionais (incluindo a ansiedade) e desenvolvimento da hipertensão arterial e reatividades cardiovascular (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz & Filho, 2009), os autores Patelarou et al. (2014) procuraram avaliar repercussões da visita na UCPA na Pressão Arterial e Frequência cardíaca, não se evidenciando relação, tendo sido abordada a suscetibilidade da população grega ser hipertensa, o que condiciona os resultados.

Por sua vez, no estudo de Trecartin e Carroll (2011) procurou-se correlacionar as intervenções de enfermagem (relatório informativo e visita pós-operatória) e alterações na Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Temperatura corporal, apenas verificando-se redução significativa do último parâmetro. Contudo, os autores realçam a impossibilidade de controlar a temperatura na sala de espera, o que pode enviesar os resultados, uma vez que situações de *stress* podem ter influência sobre a temperatura corporal (Laganá, Faro & Araújo, 1992; Vinkers, 2013).

Tendo em conta as limitações apontadas, urge investir em estudos que colmatem essas limitações.

CONCLUSÃO

Finalizado este relatório de estágio, surge o momento de refletir sobre o crescimento que adquiri ao longo dos EC através da prática reflexiva, essencial a todos os EE, e da constante procura pela superação da minha autonomia e pensamento crítico, além da promoção de melhores práticas (Peixoto & Peixoto, 2016).

Na altura da realização dos EC, atravessava a maior (e melhor) mudança da minha vida pessoal, com o recente papel de mãe, e foram inúmeros os desafios que ultrapassei e incontáveis os momentos de desânimo e frustração apesar de toda a dedicação que procurei demonstrar, pelo que realço todo o apoio, disponibilidade e compreensão por parte de todos os enfermeiros supervisores e professores orientadores, pois foram determinantes para que chegasse este momento.

Nesse sentido, foi fundamental a seleção dos EC no CHL – HSA ser permitida, não só pela conveniência familiar, como pela oportunidade de colaborar com profissionais altamente competentes, experientes e com elevado nível de conhecimentos.

De igual forma, considero ter sido bem-sucedida na escolha do local de ECIII, uma vez que permitiu aprimorar conhecimentos relacionados com a minha prática diária.

Em contexto perioperatório, é premente a constante atualização relativa às inovações tecnológicas e científicas, assim como a sua aplicação à realidade institucional e repercussões para o doente e familiares, assim como para a equipa multidisciplinar (Bianchi & Leite, 2006).

Segundo os mesmos autores, o enfermeiro perioperatório deve estar munido por competências técnica e clínica, capacidade de liderança, tomada de decisão e gestão de conflitos, sem descuidar da continuidade de cuidados prestados ao doente e seus familiares, incluindo a vertente comunicacional e tecnológica, visando a satisfação dos mesmos.

Tratando-se a ansiedade de um estado emocional desconfortável, baseada em sensação de perigo, necessidade de espera e desproteção por parte dos familiares dos doentes, é crucial saber reconhecer de sinais e sintomas dessa ansiedade, identificar as suas perceções, corrigir informações incorretas, bem como estimular a partilha de preocupações, medos e questões (Salimena, Andrade & Melo, 2011).

Consequentemente, torna-se inquestionável a necessidade de executar intervenções de enfermagem para reduzir os estímulos do contexto onde se enquadra um ente querido em processo cirúrgico (Trecartin & Carroll, 2011). São exemplo de intervenções eficazes na redução da ansiedade dos

familiares as orientações audiovisuais cedidas e a visita pós-operatória, devendo ser feito investimento no desenvolvimento destas medidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. Retrieved from: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações Técnica para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2010). *Orientação Técnica n.º 1 – Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*. Departamento de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/gestao-dos-riscos-profissionais-nos-estabelecimentos-de-saude-pdf.aspx>
- Agnolo, C., Freitas, R., Almeida, D., Lanjoni, V., Lúcia, M., & Oliveira, F. (2010). Morte encefálica: assistência de enfermagem. *JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes*, 1258. Acedido a 16 de janeiro de 2020. Retrieved from: <http://www.abto.org.br/abtov03/upload/file/jbt/2010/1.pdf#page=38>
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Revista da Faculdade de Educação*, 22(2), 11-42. Acedido a 12 de setembro de 2019. DOI 10.1590/S0102-25551996000200002
- Alfarrobinha, C. I., Pedro, N. F., Oliveira, P. A., Nobre, T. I. & Matos, T. M. (2013). Controlo da dor no doente inconsciente – Revisão Sistemática da Literatura. *Nursing*, 289. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.nursing.pt/wpcontent/uploads/kalins-pdf/singles/controlo-da-dor-no-doente-inconsciente-revisao-sistematica-da-literatura.pdf>
- Almeida, M. C. (2002). Succinilcolina: 50 anos de soberania. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52(4), 513-514. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n4/v52n4a15.pdf>
- Almeida, A. C., Neves, A. L., Souza, C. L., Garcia, J. H., Lopes, J. D. & Barros, A. L. (2012). Transporte intrahospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*. Acedido a 19 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/6800>
- American Society of Perianesthesia Nurses (2003). A position statement on visitation in phase I level of care. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18(5), 303-304. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/S1089-9472(03)00178-3
- Angus, D. C., Linde-Zwirble, W. T., Lidicker, J., Clermont, G., Carcillo, J., & Pinsky, M. R. (2001). Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Critical care medicine*, 29(7), 1303-1310. Acedido a 17 de setembro de 2019. DOI: 10.1097/00003246-200107000-00002
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Argollo, A. P., Faustino, T. N., Faustino, T. N., & Pedreira, L. C. (2010). Valores glicêmicos oferecidos pelo glicosímetro portátil, utilizando sangue de diferentes vias de coleta: estudo de validade. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(4), 351-357. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Åsa, E., & Siv, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651-1659. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- Backes, D. S., Backes, M. S., Sousa, F. D., & Erdmann, A. L. (2008). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Cienc cuid saúde*, 7(3), 319-26. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i3.6490
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. In *Oficina do CES*, 182, 1-33). Centro de Estudos Sociais. Acedido a 16 de

setembro de 2019. Retrieved from: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20saúde%20em%20Portugal_funcionamento%20do%20sistema.pdf

- Baggio, M. A., Callegaro, G. & Erdmann, A. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5). Acedido a 1e de setembro de 2019. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Bai, M., Zhou, M., He, L., Ma, F., Li, Y., Yu, Y., ... & Sun, S. (2015). Citrate versus heparin anticoagulation for continuous renal replacement therapy: an updated meta-analysis of RCTs. *Intensive care medicine*, 41(12), 20982110. Acedido a 17 de setembro de 2019. DOI: 10.1007/s00134-015-4099-0
- Basto, P. D. A. S., de Oliveira Soares, Y., de Oliveira, H. S., de Souza Gonçalves, W., Balestra, L. F., & Gardenghi, G. (2014). Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciência*, 5(2), 59-72. Acedido a 16 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17287>
- Barie, P. S. & Eachempati, S. R. (2005). Surgical site infections. *Surgical Clinics*, 85(6), 1115-1135. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1016/j.suc.2005.09.006
- Benseñor, F. E. & Cicarelli, D. D. (2003). Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Rev Bras Anestesiologia*, 53(5), 680-693. Acedido a 16 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v53n5/v53n5a16.pdf>
- Bettany-Saltikov, J. (2012). 2. Asking an answerable and focused review question. In Bettany-Saltikov, J. (2012) *How to do a systematic literature review in nursing: a stepby-step guide*. (2ª ed.) Reino Unido: McGraw-Hill Education. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=sSdFBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Bettany-Saltikov,+J.+\(2012\).+How+to+do+a+systematic+literature+review+in+nursing:+a+stepby-step+guide.+\(2%C2%AA+ed.\)+Reino+Unido:+McGraw-Hill+Education.&ots=4DLzZM3zpP&sig=NrWVbHkVTWiGrkJL-v0lApO-l64&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=sSdFBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Bettany-Saltikov,+J.+(2012).+How+to+do+a+systematic+literature+review+in+nursing:+a+stepby-step+guide.+(2%C2%AA+ed.)+Reino+Unido:+McGraw-Hill+Education.&ots=4DLzZM3zpP&sig=NrWVbHkVTWiGrkJL-v0lApO-l64&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Beuter, M., Brondani, C. Szareski, C., Cordeiro, F. & Roso, C. (2012). Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(1), 134-140. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127721430018.pdf>
- Bianchi, E. R. F., & de Leite, R. D. C. (2006). O enfermeiro de Centro Cirúrgico e suas perspectivas futuras: uma reflexão. *Revista SOBECC*, 11(1), 24-27. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/318/326>
- Branco, D. S., Rodrigues, D., Silveira, D. T., Miranda, I. S., Velho, L. F., & Ritta, S. T. (1988). Familiares em sala de espera de unidade de bloco cirúrgico (UBC): percepção sobre informações recebidas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 9(2), 99. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3899>
- Brodie, D. & Bacchetta, M. (2011). Extracorporeal membrane oxygenation for ARDS in adults. *New England Journal of Medicine*, 365(20), 1905-1914. Acedido a 15 de janeiro de 2020. DOI: 10.1056/NEJMct1103720
- Buckley, P. & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 263-272. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1016/j.iccn.2011.07.001
- Carter, A., Deselms, J., Ruyle, S., Lucas, M., Kollar, S., Cannon, S. & Schick, L. (2012). Postanesthesia Care Unit Visitation Decreases Family Member Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(1), 3-9. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.jopan.2011.10.004
- Carvalho, C. R., Junior, C. T. & Franca, S. A. (2007). Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 33, 54-70. Acedido a 13 de setembro de 2019. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132007000800002&script=sci_arttext
- Cavalcante, L. P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â., Alves, M. D. & Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6). Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307032877012.pdf>
- Carvalho, L. A. (2016). O cuidado especializado de enfermagem na gestão do ambiente da pessoa com hipertensão intracraniana em UCI. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17349/1/O%20cuidado>

%20especializado%20de%20enfermagem%20na%20gest%C3%A3o%20do%20ambiente%20da%20pessoa
%20com%20HIC%20em%20uci.pdf

- Celis-Rodríguez, E., Birchenall, C., De la Cal, M. A., Arellano, G. C., Hernández, A., Ceraso, D., ... & Martínez, T. M. (2013). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva*, 37(8), 519-574. Acedido a 12 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.medin.2013.04.001
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Recommendation Update in July/2017. Retrieved from: Acedido a 10 de janeiro de 2020. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/recommendations.html>
- Centro Hospitalar de Leiria (2017a). Missão e Valores. Acedido a 20 de dezembro de 2019. Retrieved from: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/>
- Centro Hospitalar de Leiria (2017b). Prestação de Cuidados. Internamento: Medicina Intensiva. Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 20 de novembro de 2019. Retrieved from: <http://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/internamento-2/#Letra-M/medicina-intensiva>
- Centro Hospitalar de Leiria (2018). Projeto estratégico 2018-2022. Reflexão estratégica para uma nova visão institucional, Linhas de orientação. Centro Hospitalar de Leiria.
- Childers, A. (2010). Prioritizing patients for emergency evacuation from a healthcare facility. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: https://tigerprints.clemson.edu/all_dissertations/595/
- Coimbra, J. A. & Cassiani, S. H. (2001). Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 56-60. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515>
- Costa, S. V. & Ceolim, M. F. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 46-52. Acedido a 20 de setembro de 2019 Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v47n1/a06v47n1>
- Counsell, C. (1997). Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. *Annals of Internal Medicine*, 127(5), 380-387. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.7326/00034819-127-5-199709010-00008
- Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio (1995). Regula as comissões de ética para a saúde. *Diário da República n.º 108/1995, Série I (10-05-1995)*. 2645-2647. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/513633>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República n.º 93/1998, Série I-A (21-04-98)*, 1739 – 1757. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro (2009). Carreira Especial de Enfermagem. *Diário da República n.º 184/2009, Série I. (22-09-2009)*. 6761-6765. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/490413/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de junho (2012). Acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 119/2012, Série I (21-06-2012)*. 3079-3083. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/178848/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 224/2015 de 9 de outubro (2015). Procede à primeira alteração do Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro, que estabelece o regime jurídico da segurança contra incêndio em edifícios. *Diário da República n.º 198/2015, Série I. (09-10-2015)*. 8740-8774. Acedido a 18 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/70497202/details/maximized?serie=I&dreId=70497199>
- Despacho n.º 9128/2012 de 5 de julho (2012). Estrutura Curricular e Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República: 2ª Série, N.º 129, 23790-23791*. Acedido a 15 de fevereiro de 2020. Retrieved from: https://www.ipleiria.pt/cursos/wp-content/uploads/sites/4/2014/11/Plano-de-Estudos-Despacho-n.º-9128_2012-D.R.-n.º-129-2.ª-série-de-5-de-julho.pdf
- Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro (2013). Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos

Antimicrobianos. Diário da República, 2.^a série. N.º 38 (22-02-2013). 7179-7180. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Diário da República II Série N.º 153 (11-08-2014), 20673–20674. Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Acedido a 15 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, II Série. N.º 102. (27-05-2015). 13550-13553. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

DeWitt, L. & Albert, N. (2010). Preferences for visitation in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(5), 296-301. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.jopan.2010.07.009

Direção Geral de Saúde (s.d.). Gestão do risco profissional. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacao-de-servicos-de-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-e-funcionamento/atividades/gestao-do-risco-profissional.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010a). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. N.º: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Acedido a 13 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010b). Norma n.º15/DQS7DQCO de 22 de junho de 2010. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/?cr=16312>

Direção Geral de Saúde (2010c). Orientação 007/2010 de 6 de Outubro de 2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Acedido a 20 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010d) Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas. (Versão Portuguesa). Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/manual-de-implementacao-da-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013). Norma n.º024/2013 de 23 de Dezembro de 2013. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015). Norma n.º015/2013 de 3 de Outubro de 2013 atualizado a 4 de novembro de 2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017a). Via Verde Sepsis no Adulto .Norma n.º 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017. Acedido a 15 de fevereiro de 2020. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017b) Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 11 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde (2017d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 30/05/2017. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017e). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G. & Sousa, P. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 4152. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a05.pdf>
- Faria, P. (2019). *Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para um Novo Paradigma Investigativo. Metodologia e Procedimentos na área das Ciências da Educação*. Santo Tirso. Whitebooks.
- Fava, S. M., Oliveira, A. A., Vitor, E. M., Damasceno, D. D., & Libânio, S. I. (2006). Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(2), 145-150. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/399>
- Fernandes, L. M. (2000). *Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura*. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-092213/en.php>
- Fernandes, J. D., Rosa, D. D., Vieira, T. T. & Sadigursky, D. (2008). Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 396-403. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000200026&script=sci_arttext
- Ferraz, E. R. (1980). Requisitos mínimos para a organização da sala de recuperação pós-anestésica e a assistência de enfermagem nela prestada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 14(2), 123-131. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.periodicos.usp.br/reusp/article/view/135531/131382>
- Ferré, Z. (2007). 4. Educador nos Novos Tempos. In Lescher, A. D. & Bedoian, G. *Setor Ensino Projeto Quixote Departamento de Psiquiatria da Universidade de Federal de São Paulo*. 27-36. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from <https://ourcult.files.wordpress.com/2012/07/pixote.pdf>
- Fonseca, F. D. C., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F. & Filho, H. C. D. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 128-134. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000200011&script=sci_arttext
- Fontes, K. B. & Jaques, A. E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6, 481-487. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Katia_Fontes/publication/236108942_O_PAPEL_DA_ENFERMAGEM_FRENTE_AO_MONITORAMENTO_DA_DOR_COMO_5_SINAL_VITAL/links/0decc51600988a10aa000000.pdf
- Franciscatto, L., Bessow, C. K., Ruzczyk, J. V., Oliveira, M. A. & Kluck, M. M. (2011). Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista HCPA. Porto Alegre*. Vol. 31, n. 4,(2011), p. 482-486. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/159404>
- Franco, J. N., Ribeiro, G., D'Innocenzo, M., & Barros, B. P. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido a 8 de janeiro de 2020. DOI: 10.1590/S003471672010000600009
- Fraser, N. M., & Mangino, J. E. (2008). Fever in the postoperative patient. *Antimicrobe. Infectious Disease & Antimicrobial Agents*.. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.antimicrobe.org/new/e23.asp>
- Furtado, E. Z. L., Santos, A. M. R., Moura, M. E. B., & Avelino, F. V. S. (2013). Aspiration Endotraqueal: Práticas da Equipa de Saúde no Cuidado ao Paciente Crítico. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(12). Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201306
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12(3), 549-556. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14>
- Gonçalves, F. A., Brasil, V. V., Ribeiro, L. C., & Tipple, A. F. (2012). Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1). Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nsp1/pt_16.pdf
- Connor, D., Green, S. & Higgins, J. (2011) Part 2: General methods for Cochrane reviews – 5: Defining the review question and developing criteria for including studies. In Green, S. & Higgins, J. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=NKMg9sMM6GUC&oi=fnd&pg=PT13&dq=Green,+S>

+%26+Higgins,+J.+(2011)+Cochrane+Handbook+for+Systematic+Reviews+of+Interventions:
+Chapter+5:+Defining+the+review+question+and+developing+criteria+for+including+studies.+Chichester:
+The+Cochrane+Collaboration.&ots=LIYIP0GxB4&sig=W3E2lgCAoU5Ke5xcCb2Lols166k&redir_esc=y#v=onepage&q=defining%20the%20review%20question&f=false

- Hamester, L., Souza, E. N., Cielo, C., Moraes, M. A. & Pellanda, L. C. (2016). Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.0208.2729
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), 21-34. Acedido a 13 de setembro de 2019. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x
- Jarred, J. (2003). Effect of Live Music on Anxiety Levels of Persons Waiting in a Surgical Waiting Room as Measured by Self-Report. Master Thesis. The Florida State University, School of Music, Florida. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu%3A181834>
- Kaplan, B. G., Connor, A., Ferranti, E. P., Holmes, L., & Spencer, L. (2012). Use of an emergency preparedness disaster simulation with undergraduate nursing students. *Public Health Nursing*, 29(1), 44-51. Acedido a 20 de setembro. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2011.00960.x
- Kathol, D. (1984) Anxiety in Surgical Patient's Families. *AORN Journal*, 40(1). 131137. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/S0001-2092(07)69436-8
- Kerslake, I., & Kelly, F. (2017). Uses of capnography in the critical care unit. *Bja Education*, 17(5), 178-183. Acedido a 12 de setembro de 2019. DOI: 10.1093/bjaed/mkw062
- Kloos, J. A. & Daly, B. J. (2008). Effect of a family-maintained progress journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical care nursing quarterly*, 31(2), 96-107. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1097/01.CNQ.0000314469.41507.cb
- Kohl, B. A. & Deutschman, C. S. (2006). The inflammatory response to surgery and trauma. *Current opinion in critical care*, 12(4), 325-332. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1097/01.ccx.0000235210.85073.fc
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. Retrieved from: [https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=KOLCABA,+K.+Y.+\(2003\)+-+Comfort+theory+and+practice.+A+vision+for+holistic+health+care+and+research.+New+York+:+Springer.+&ots=S929xILdJk&sig=C2mcjMjcmQrjSydxlC4fkWex0w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=KOLCABA,+K.+Y.+(2003)+-+Comfort+theory+and+practice.+A+vision+for+holistic+health+care+and+research.+New+York+:+Springer.+&ots=S929xILdJk&sig=C2mcjMjcmQrjSydxlC4fkWex0w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Krinsley, J. S. (2003). Association between hyperglycemia and increased hospital mortality in a heterogeneous population of critically ill patients. In *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (12). 1471-1478. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.4065/78.12.1471
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E., Light, B., Parrillo, J. E., Sharma, S., ... & Gurka, D. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical care medicine*, 34(6), 1589-1596. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9
- Laganá, M. T., Mancussi, A. C., & Araújo, T. L. (1992). A problemática da temperatura corporal enquanto um procedimento de enfermagem: conceitos e mecanismos reguladores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 26(2), 173-186. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1590/0080-6234199202600200173
- Lameijer, H., Sikkema, Y. T., Pol, A., Bosch, M. G., Beije, F., Feenstra, R., ... & ter Avest, E. (2017). Propofol versus midazolam for procedural sedation in the emergency department: a study on efficacy and safety. *The American journal of emergency medicine*, 35(5), 692-696. Acedido a 18 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.ajem.2016.12.075
- Lei nº 22/2007 de 29 de junho (2007). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Diretiva nº 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Leu nº12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República. I Série. N.º 124 (29-06-2007)*, 4146-4150. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/635827>

- Lei n.º 25/2012 de 16 de julho (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República I série*. N.º 136 (16-07-2012), 3728-3730. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/179517/details/normal?q=Lei+n.%C2%BA%2025/2012+de+16+de+julho>
- Lei n.º 36/2013 de 12 de junho (2013). Aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano, de forma a assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana, transpondo a Diretiva n.º 2010/53/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de julho, relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. *Diário da República I Série*. N.º 112 (12-06-2013), 3258-3265. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/496738>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014) Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República n.º 57/2014, Série I (21-03-2014)*. 2127-2131. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/home/-/dre/571943/details/maximized>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I Série*. N.º 181 (16-09-15), 8059-8105. Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Leite, T. T., Macedo, E., da Silva Martins, I., de Oliveira Neves, F. M., & Libório, A. B. (2015). Renal outcomes in critically ill patients receiving propofol or midazolam. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 10(11), 1937-1945. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/10/11/1937.full.pdf>
- Leon, A. & Knapp, S. (2008). Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimensions of critical care nursing*, 27(6), 255-262. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1097/01.DCC.0000338866.47164.6d
- Léonet, S., Fontaine, C., Moraine, J. & Vicent, J. (2002). Prone positioning in acute respiratory failure: survey of Belgian ICU nurses. *Intensive Care Med.*, 28. 576–580. Acedido a 10 de janeiro de 2010. DOI: 10.1007/s00134-002-1274-x
- Leske, J. (1996). Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN journal*, 64(3), 424-436. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)63055-X
- Lima, L. F., Leventhal, L. C. & Fernandes, M. D. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6(4), 434-8. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/992-Einstein%20v6n4port%20434-438.pdf>
- Lima, J. T. S., Oliveira, D. S. T., Costa, T. F., Freitas, F. F. Q., Alves, S. R. P., & Costa, K. N. F. (2012). Comunicação terapêutica e não terapêutica entre enfermeiros e idosos hospitalizados. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 6(7), 1566-75. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7206/6552>
- Lima, A. M., Sousa, C. S., & Cunha, A. L. (2013). Segurança do Paciente e Montagem da Sala Operatória: Estudo de Reflexão. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 7(1). Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10232/10827>
- Lucena, A. F., Magro, C. Z., Proença, M. C., Pires, A. U., Moraes, V. M., & Aliti, G. B. (2017). Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3). Acedido a 17 de janeiro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/1983-1447-rgenf-1983-144720170366789.pdf>
- Macdonald, A. G. (1994). A brief historical review of non-anaesthetic causes of fires and explosions in the operating room. *British Journal of Anaesthesia*. 73 (6). 847–856. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://academic.oup.com/bja/article/73/6/847/263938>
- Marques, P. (2002). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9867>

- Marsch, S. C., Steiner, L., Bucher, E., Pargger, H., Schumann, M., Aebi, T., ... & Siegemund, M. (2011). Succinylcholine versus rocuronium for rapid sequence intubation in intensive care: a prospective, randomized controlled trial. *Critical Care*, 15(4). Acedido a 12 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc10367>
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British journal of clinical Psychology*, 31(3), 301-306. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x
- Martins, M. O. (2004). O stresse no trabalho em médicos e enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Central do Porto. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9784>
- Martins, L. (2014). Prevenção do Incêndio Cirúrgico. *Percursos*, (30) 11-20. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9275/1/Revista%20Percursos%20n30_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Inc%C3%Aa%C3%B9rio%20Cir%C3%B9rgico.pdf
- Massa, E., Bolívar, J., Melgar, C. & Duque, C. (2011). Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidado intensivo de adultos. *Aquichan*, 11(2). Acedido a 18 de setembro de 2019. DOI: 10.5294/aqui.2011.11.2.4
- Mauro, M. Y., Muzi, C. D., Guimarães, R. M., & Mauro, C. C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Rev enferm UERJ*, 12(3), 338-45. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf>
- Medeiros, L. & Madeira, C. (2011). Manual Prático de Emergência – Guia para tratamento. Instituto de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.oncoanestesia.org/Procedimentos/Guia%20de%20Emergencia.pdf>
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1016/0029-6554(94)90045-0
- Menezes, G. D., Carvalho, M. S., & Gois, A. A. (2013). Cuidados de Enfermagem no Desmame da Ventilação Mecânica. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT*, 1(3), 93-102. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1005>
- Miranda, M. L., Bersot, C. D., & Villela, N. R. (2013). Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12(3). Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.12957/rhupe.2013.7537
- Mojdeh, S., Zamani, M., Kooshki, A. & Jafari, N. (2013). Effect of watching a movie on family members' anxiety level during their relatives' surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 329-332. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872870/>
- Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., Cohrs, C. R., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 587-593. Acedido a 17 de setembro de 2019. DOI: 10.1590/S0080-623420160000500014
- Moritz, R. D. (2005). Sedação e analgesia em UTI: velhos fármacos, novas tendências. *Rev Bras Ter Intensiva*, 17(1), 52-55. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: http://www.rbti.org.br/rbti/download/artigo_2010617173859.pdf
- Muldoon, M., Cheng, D. Vish, N., DeJong, S. & Adams, J. (2011) Implementation of an Informational Card to Reduce Family Members' Anxiety. *AORN Journal*, 94 (3). 246-253. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.aorn.2011.01.016
- Nascimento, C. D., & Marques, I. R. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 719-722. Acedido a 15 de setembro de 2019. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600017&script=sci_arttext&tlng=pt
- Nedel, W. L., & Silveira, F. D. (2016). Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 256-260. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0256.pdf>

- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros (Vol. 10, p. 12). Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*, 219, 7-11. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-ememergencia#.W_Bhh_Z2vug
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*. (17). 3-9 Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9215>
- Nunes, R. R., Chaves, I. M., Alencar, J. C., Franco, S. B., Oliveira, Y. G., & de Menezes, D. G. (2012). Bispectral index and other processed parameters of electroencephalogram: an update. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 62(1), 105-117. Acedido a 17 de setembro de 2019- Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709412701095>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/13747>
- Oliveira, P. S., Nóbrega, M. M., Silva, A. T., & Filha, M. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1). Acedido a 18 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/861/1035>
- Oliveira, A. C., Braz, N. & Ribeiro, M. M. (2007). Incidência da infecção do sítio cirúrgico em um hospital universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(4), 486-493. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Maira_Ribeiro/publication/277151599_Incidencia_da_infeccao_do_sitio_cirurgico_em_um_hospital_universitario/links/569e2d8908ae950bd7a9427f/Incidencia-da-infeccao-do-sitiocirurgico-em-um-hospital-universitario.pdf
- Oliveira, N. C. & Chaves, L. (2009). Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(4). Acedido a 15 de janeiro de 2020. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027968002.pdf>
- Oliveira, M. A. P., & Parente, R. C. M. (2010). Entendendo ensaios clínicos randomizados. *Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery*, 3(4), 176-180. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030304/bjvs030304_176.pdf
- Oliveira, P. E., Pereira, L. V., Santos, N. R., & Souza, L. A. (2016). A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18. Acedido a 15 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/37309/21790>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Parecer Conselho Jurisdicional 209/2014 – Legalidade da atribuição de tempo à passagem de turno. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_209_2014_TempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº 04/2016. Massagem Terapêutica na Consulta de Enfermagem na Unidade de Dor Crónica. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017b). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº 78/2017. Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação). Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnºplus78plusceplusplus19102017_integracaoplusnoplusblocoplusoperatório_edoc_2017_11256_rectificação_anoni.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviço de Medicina Intensiva. Retrieved from:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de doentes críticos– recomendações. Lisboa: Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos, 9. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2015). WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/>
- Ostini, F. M., Antoniazzi, P., Filho, A. P., Bestetti, R., Cardoso, M. C., & Filho, A. B. (1998). O uso de drogas vasoativas em terapia intensiva. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 31(3), 400-411. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.journals.usp.br/rmrp/article/view/7694/9232>
- Paixão, C. T., Silva, L. D., Doerzapff, P. B., Granadeiro, R. M., Farias, R. L. & Santos, S. S. (2014). Fatores de risco para hipoglicemia em pacientes que usam infusão contínua de insulina endovenosa na unidade de terapia intensiva. *ABCS Health Sciences*, 39(3). Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://portalnepas.org.br/abcshs/article/view/655>
- Palacios, M., Torrent, R., Cabrera, L., García, J. A., Campos, S. G. & Miguel, V. (2010). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿ un nuevo indicador de calidad?. *Medicina intensiva*, 34(3), 198-202. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n3/punto.pdf>
- Patelarou, A., Melidoniotis, E., Sgouraki, M., Karatzi, M., & Souvatzis, X. (2014). The effect of visiting surgical patients in the postanesthesia care unit on family members' anxiety: a prospective quasi-experimental study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(3), 221-229. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1016/j.jopan.2013.08.004
- Payen, J. F., Bosson, J. L., Chanques, G., Mantz, J., & Labarere, J. (2009). Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit A Post Hoc Analysis of the DOLOREA Study. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 111(6), 1308-1316. Acedido a 17 de setembro de 2019. DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181c0d4f0
- Peek, G. J., Mugford, M., Tiruvoipati, R., Wilson, A., Allen, E., Thalanany, M. M., ... & Firmin, R. K. (2009). Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, 374(9698), 1351-1363. Acedido a 17 de janeiro de 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61069-2
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 121-132. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400013
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). Avaliação da situação nacional das unidade de cuidados intensivos - Relatório final. Ministério da saúde. Acedido a 10 de setembro de 2019. Retrieved from: <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>
- Perdigoto, P. A. B. (2012). Riscos no bloco operatório realidades que podem influenciar a gestão. Tese de Doutoramento. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8233/1/Paula%20Perdigoto_Dissertação.pdf
- Pereira, M. A. (2005). Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. *Texto & Contexto. Enfermagem Jan-Mar*. 33-37. Acedido a 16 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

- Pereira, M. J., & Lisboa, M. (2009). Diabetes e Cirurgia: Recomendações de boas práticas clínicas no controlo peri-operatório do doente diabético. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (9), 39-50. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/210/209>
- Pereira, P. C., Oliveira, L. H., Amâncio, J. S. & Moraes, F. C. (2013). Desmame da ventilação mecânica: comparação entre pressão de suporte e tubo T—uma revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 11(1), 500-511. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5033065>
- Pereira, L., Matias, F., Paiva, M., Valentim, A., & Loureiro, C. (2016). Rocurônio ou Succinilcolina na Intubação de Sequência Rápida: resultados de um questionário entre os anestesiológicos portugueses. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(3), 80-83. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/6569/7238>
- Perry, J., Lee, J., Sillberg, V. & Wells, G. (2008). Rocurônio versus succinilcolina para intubação após indução em sequência rápida. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Acedido a 12 de setembro de 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD002788.pub2
- Pinto, F. J. F. (2012). Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal—resultados de um inquérito nacional. Acedido a 16 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese%20Filipe%20Pinto%20%20revista%202306.pdf>
- Pittas, A. G., Siegel, R. D., & Lau, J. (2004). Insulin therapy for critically ill hospitalized patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 164(18), 2005-2011. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/217492>
- Popov, D. C. S., & Peniche, A. D. C. (2009). As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 953-961. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4>
- Portaria nº 1532/2008 de 29 de dezembro (2008). Aprova o Regulamento Técnico de Segurança contra Incêndio em Edifícios (SCIE). *Diário da República. I Série. Nº 250 (29-12-08)*, 9050-9127. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/444380>
- Powers, R. (2010). Introduction to disasters and disaster nursing. Acedido a 12 de janeiro de 2020. DOI: 10.1017/CBO9780511841415.004
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª Edição. Novo Hamburgo: Editora Feevale.
- Pupulim, J. S., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista latino-americana de enfermagem*, 10(3), 433-438. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353>
- Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro (2014)- Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República II série. Nº 233 (02-12-2014)*, 30247 – 30254. Acedido a 15 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/60651797>
- Regulamento nº361/2015 de 26 de junho (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República II Série. Nº 123 (26-06-15)*, 17240-17243. Acedido a 15 de março de 2020. Retrieved from: https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/67613096/details/maximized?serie=II&advanced.search=Pesquisa+Avan%C3%A7ada&numeroDRE=123&dataPublicacao=2015-06-26&ano=2015&parte_filter=33&types=DR&filtrar=Filtrar&dreId=67600478
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série. Nº 35 (11-02-18)*, 8656–8657. Acedido a 15 de março de 2020. Retrieved from: https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/115698617/details/maximized?serie=II&advanced.search=Pesquisa+Avan%C3%A7ada&numeroDRE=135&dataPublicacao=2018-07-16&ano=2018&parte_filter=33&types=DR&filtrar=Filtrar&dreId=115692952
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série. Nº 26 (06-02-19)*, 4744-4750. Acedido a 15 de março de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II Série. Nº 184 (25-09-19), 128-155. Acedido a 15 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R. ... Dellinger, P. (2017). Campanha Sobrevivendo à Sepse: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico: 2016. *Critical Care Medicine*, 45(3), 486-556. Acedido a 16 de janeiro de 2020. Retrieved from https://www.sccm.org/getattachment/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/Adult-Patients/SurvivingSepsisCampaignInternational_Portuguese_2018.pdf?lang=en-US
- Sá, F. L., Botelho, M. A. & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. Acedido a 4 de janeiro de 2020. Retrieved from: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Salimena, A. M., Andrade, M. P., & Melo, M. C. (2011). Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 773-780. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18322/pdf>
- Santos, M. C., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47-57. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3120>
- Santos, J. L., Lima, M. A., Pestana, A. L., Colomé, I. C., & Erdmann, A. L. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 37, n. 1 (mar. 2016), p. 76-82. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141481/000991423.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'neal, P. V., Keane, K. A., ... & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 166(10), 1338-1344. Acedido a 16 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.2107138>
- Shorr, A. F., Micek, S. T., Jackson, W. L., & Kollef, M. H. (2007). Economic implications of an evidence-based sepsis protocol: can we improve outcomes and lower costs?. *Critical care medicine*, 35(5), 1257-1262. Acedido a 8 de janeiro de 2010. DOI: 10.1097/01.CCM.0000261886.65063.CC
- Silva, L. M., Martins, L. F., Santos, C. C. & Oliveira, R. M. (2014). Índices prognósticos na prática clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 179-190. Acedido a 15 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22830>
- Silva, A. H., Silva, H. R., Trivellato, I. M., Romano, J. & Guimarães, M. F. (2016). Succinilcolina vs. rocurônio para indução em sequência rápida. *Rev Med Minas Gerais*, 26(Supl 1), S82-S87. Acedido a 12 de janeiro de 2020. DOI: 10.5935/2238-3182.20160014
- Sinha, A., Singh, A., & Tewari, A. (2013). The fatigued anesthesiologist: A threat to patient safety?. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 29(2), 151. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.4103/0970-9185.111657
- Söderström, I. M., Benzein, E., & Saveman, B. I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(2), 185-192. Acedido a 20 de janeiro de 2020. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x
- Sousa, C. S., Souza, R. C., Gonçalves, M. C., Diniz, T. R., & Cunha, A. L. (2014). Comunicação efetiva entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. *Revista SOBECC*, 19(1), 44-50. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/54>
- Souza, R. F. (2009). O que é um estudo clínico randomizado?. *Medicina (Ribeirao Preto)*. Online, 42(1), 3-8. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <http://www.periodicos.usp.br/rmnp/article/view/199/200>
- Stefan, K. A. (2010). The nurse liaison in perioperative services: a family-centered approach. *AORN journal*, 92(2), 150-157. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.1016/j.aorn.2009.11.070
- Tallo, F. S., Guimarães, H. P., Lopes, R. D. & Lopes, A. C. (2011). Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. *Rev Bras Clin Med*, 9(3), 211-7. Acedido a 22 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n3/a1980.pdf>

- Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135-142. Acedido a 17 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a15.pdf>
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2004). *Teorias de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ªed).Loures: Lusociência.
- Trecartin, K. & Carroll, D. (2011) Nursing Interventions for Family Members Waiting During Cardiac Procedures. *Clinical nursing research*, 20(3), 263-275. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1177/1054773811405520
- Trimm, D. & Sanford, J. (2010). The process of family waiting during surgery. *Journal of family nursing*, 16(4), 435-461. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1177/1074840710385691
- Trindade, M. R. M., Grazziotin, R. U., & Grazziotin, R. U. (1998). Eletrocirurgia: sistemas mono e bipolar em cirurgia videolaparoscópica. *Acta Cirurgica Brasileira*, 13(3). Acedido a 17 de setembro de 2019. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86501998000300010&script=sci_arttext
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J & Hopp L. (2017a) Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris, E & Munn, Z. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+1%3A+JBI+Systematic+Reviews>
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J & Hopp L. (2017b) Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E & Munn Z. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Retrieved from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+3%3A+Systematic+reviews+of+effectiveness>
- Turrini, R. N. T., Costa, A. L. S., Peniche, A. D. C., Bianchi, E. R. F., & Cianciarullo, T. I. (2012). Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1268-1273. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/48153/51990>
- Uman, L. (2011). Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 57-59. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024725/>
- Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Lusodidacta.
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. *The American journal of managed care*, 19(1), 47. - Acedido a 20 de setembro de 2019. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/pdf/nihms585909.pdf>
- Van, G. R., Wouters, P., Weekers, F., Verwaest, C., Bruyninckx, F., & Schetz, M. (2001). Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl j Med*, 345(19), 1359-1367. Acedido a 10 de janeiro de 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa011300
- Vianna, P. T. G., Catiglia, Y., Ganem, E. M., Takata, I. H., Braz, J. R. C., & Curi, P. R. (1997). Tempo de latencia do rocuronio e da succinilcolina e condicoes de intubacao traqueal. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 401-407. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Retrieved from: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/65211/2-s2.0-0030863903.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vinkers, C. H., Penning, R., Hellhammer, J., Verster, J. C., Klaessens, J. H., Olivier, B., & Kalkman, C. J. (2013). The effect of stress on core and peripheral body temperature in humans. *Stress*, 16(5), 520-530. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. DOI: 10.3109/10253890.2013.807243
- Vítor, A. F. , Lopes, M. V. & Araújo, T. L. (2010). Teoria do Déficit de Autocuidado: Análise da Sua Importância e Aplicabilidade na Prática de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enfer*, 14(3),611-616. Acedido a 12 de setembro de 2019. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25.pdf>
- Xelegati, R., & Robazzi, M. L. (2003). Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 350-356. Acedido a 10 de janeiro de 2020. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16545.pdf>

- Walls, M. (2009). Staff Attitudes and Beliefs Regarding Family Visitation After Implementation of a Formal Visitation Policy in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(4), 229-232. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.jopan.2009.03.015
- Walsh, L., Subbarao, I., Gebbie, K., Schor, K. W., Lyznicki, J., Strauss-Riggs, K., ... & Hick, J. (2012). Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster medicine and public health preparedness*, 6(1), 44-52. DOI: 10.1001/dmp.2012.4
- Ward, C., Constancia, P. & Kern, L. (1990). Nursing interventions for families of cardiac surgery patients. *The Journal of cardiovascular nursing*, 5(1), 34-42. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1097/00005082-199010000-00007
- Wendler, M., Smith, K., Ellenburg, W., Gill, R., Anderson, L. & Thayer, K. (2016). “To see with my own eyes”: Experiences of family visits during phase 1 recovery. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 1-13. Acedido a 20 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/j.jopan.2015.03.015
- Zerr, K. J., Furnary, A. P., Grunkemeier, G. L., Bookin, S., Kanhere, V., & Starr, A. (1997). Glucose control lowers the risk of wound infection in diabetics after open heart operations. *The Annals of thoracic surgery*, 63(2), 356-361. Acedido a 17 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/S0003-4975(96)01044-2

APÊNDICE I – FORMAÇÃO SOBRE COMUNICAÇÃO NO BO- *HANDOVER*

Comunicação – Handover

Mariana Silveirinha Santo, aluno do 6.º M.FSC, Março 2019

Objetivos

Objetivo Geral:

- Promover uma comunicação eficaz no BQ

Objetivos Específicos:

- Abordar a importância da comunicação em saúde
- Clarificar conceito de **Handover**
- Maximizar o cuidado na permuta de informações e responsabilidades entre os profissionais do BQ e de outros serviços
- Abordar a ferramenta **ISBAR** na comunicação

Comunicação

Processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, influenciando o comportamento das pessoas envolvidas, mediante a percepção e partilha do significado de ideias, pensamentos e propósitos

(Stefaneli, 1993)

Comunicação é a arte de ser entendido. (Peter Ustinov)

Comunicação

Comunicação Verbal
Palavras expressas mediante a fala ou a escrita

Comunicação Não Verbal
Mensagens transmitidas na interação face a face, sem recorrer a palavras

(Silva, 2006, citado por Ojeda, 2013)

Comunicação

Estudo e comunicação e influenciar as decisões de terceiros

- Promoção da saúde e educação para a saúde
- Prevenção de doenças
- Capacidade para lidar com os riscos e ameaças para a saúde

(Teixeira, 2004)

Comunicação em Saúde

(Teixeira, 2004)

Comunicação em Saúde

A comunicação é transversal a contextos bastante distintos:

- Entre profissionais de saúde e os doentes
- Nas relações interprofissionais em saúde
- Na comunicação interna nas organizações de saúde

(Teixeira, 2004)

No âmbito hospitalar ou nas instituições de saúde com doentes internados para serem vigiados 24 horas por dia, a comunicação é imprescindível para uma articulação efetiva entre os profissionais de saúde associados

(Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010)

Comunicação constitui um elemento vital no Processo de Enfermagem, particularmente durante a transmissão de informação.

(Lozano, Mendes & Patrícia, 2015)

Comunicação Efetiva

International Patient Safety Goals (IPSGs)
The original goals (IPSG 1-6) are the same for all hospitals, regardless of size or type of organization.

- 1 Identify Patients Correctly
- 2 Improve Effective Communication
- 3 Improve the Safety of High-Alert Medications
- 4 Ensure Safe Surgery
- 5 Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections
- 6 Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls

Fonte: https://www.who.int/patient-safety/ipsgs/ipsgs_1-6.pdf

Comunicação Efetiva

Fonte: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/high-5s>

Comunicação Efetiva

Transmissão de informação

- Comunicação entre profissionais de saúde, relativamente à identificação e informações sobre o doente, caso ocorra transferência da responsabilidade de prestação de cuidados.

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde

- Informações transmitidas entre os profissionais de saúde, de forma oportuna, completa, inequívoca e compreendida pelo receptor.

(DGS, 2017)

Comunicação Efetiva

(DGS, 2017)

Definição de *Handover*

- Handover* diz respeito à transição na prestação de cuidados ao doente de um profissional ou equipa de saúde para outros, através da transmissão de informações sobre alguns ou todos os aspetos relacionados com um ou mais doentes e transferência de responsabilidades, de maneira temporária ou permanente. (National patient safety agency, s.d.)
- Informações precisas transmitidas em *Handover* são essenciais para garantir a segurança dos doentes.
- Enfermagem é que liderou o reconhecimento da sua importância. (Chaboyer, 2011)
- Handover* interprofissional pode ser bastante efetivo, mas é menos comum. (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010)

Handover

(Parker et al, 1992, citados por McKenna, 1997)

(McKenna, 1997)

Handover

- Transmitida informação do foro físico, psicológico e espiritual, bem como aspectos relacionados com medicação e opiniões, questões resolvidas e as que ficam pendentes.
- Handover* pode caracterizar-se como: evento diário realizado de manhã, à tarde e à noite, com duração de 15-45min. (Lozano, Matos & Estúcia, 2015)
- Existem circunstâncias vulneráveis/críticas da transição de cuidados, ou seja, momentos complexos com risco de erro acrescido a transmissão de informação, como as mudanças de turno ou alta hospitalar. (DGS, 2017)


Handover

Passagem de turno
Assegura a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, num momento de análise das práticas e de formação em serviço.

Fonte: <https://www.dgs.gov.pt>

Barreiras para um correto *Handover*


- Barreiras comunicacionais
- Obstáculos na uniformização e políticas relacionadas
- Dificuldades com equipamentos técnicos
- Problemas com a complexidade e número de doentes
- Formação e educação dos profissionais
- Fatores humanos



(Lozano, Matos & Patrícia, 2015)

Barreiras para um correto *Handover*

- Falta/Omissão de informação relevante
- Falta de precisão/consistência da informação cedida
- Interrupções e ruídos que condicionam a clareza da informação
- Erros na informação transmitida
- Falha na perceção da informação
- Influência da hierarquia e poder



(Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010)

(Chatboyer, 2001)

Comunicação Inefectiva



NURSTOONS by Carl Effner

Comunicação Inefectiva

A nível internacional:
Até 70% dos eventos adversos em saúde devem-se a falhas comunicacionais entre profissionais durante a transição de cuidados

A nível nacional:
Estima-se que 50% das transições de informações entre profissionais são isentas de comunicação eficaz entre os profissionais, condicionando a continuidade dos cuidados de saúde.

(DGS, 2017)

Comunicação Inefetiva – Consequências

11% de eventos adversos

9% de mortes

(Wilson, 1995)

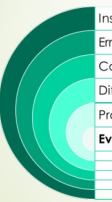
Comunicação Inefetiva – Consequências



COMMUNICATION

Comunicação Inefetiva – Consequências para os doentes


- Insatisfação dos utentes
- Erros de avaliação
- Comportamentos de adesão inadequada
- Dificuldades para enfrentar e adaptar à doença
- Procura inadequada de cuidados
- Eventos adversos (erros)



(Teixeira, 2004)

Comunicação Inefetiva – Consequências

- Coordenação dos cuidados desajustada
- Duplicação dos cuidados
- Desperdício de tempo
- Elevados custos financeiros
- Aumento do tempo de internamento
- Pagamento de indemnizações



(Chatboyer, 2011)

Comunicação no BO

- Handover pode decorrer entre turnos no mesmo serviço, entre serviços e nas transferências de instituição (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010)
- Os profissionais de Enfermagem devem estabelecer uma comunicação peroperatória eficaz com o doente/família e equipa cirúrgica
- Para a comunicação eficaz, são necessários diversos conhecimentos e aptidões (AESQP, 2006)

Comunicação no BO

Conhecimentos (vertente cognitiva)

- Técnicas de comunicação
- Psicologia do doente operado
- Trabalho de Equipa
- Gestão de problemas, stress e conflitos
- Relações interpessoais e de ajuda

Aptidões (vertente psicomotora)

- Capacidade de comunicar com doente e família
- Relação de empatia e respeito com doente e família, atendendo às necessidades
- Acolhimento com humanização, descrição e disponibilidade
- Continuidade de cuidados por comunicação escrita e verbal
- Correia colheita de dados
- Transmissão de informação de forma clara, precisa e concisa
- Registos adequados

(AESQP, 2006)



Comunicação – Ferramenta ISBAR

“padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (...) que permite através de formas simples memorizar construções complexas para serem utilizadas na transmissão verbal”

(DGS, 2017)

Comunicação – Ferramenta ISBAR

Memorística ISBAR	
I Identificação Identificação e validação precisa dos intervenientes na comunicação (paciente e rececionista) como do doente e que do rececionista a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde rececionista; c) Nome e função do Profissional de Saúde remetente; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Menos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, doenças anteriores de interesse	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Doenças anteriores de vontade; d) Alergias conhecidas ou de sua anamnese; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Fatores ambientais relevantes; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e de capacitação do cuidador.
A Avaliação Informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas	a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adotadas a situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendadas; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)

Comunicação – Ferramenta ISBAR

Memorística ISBAR	
I Identificação Identificação e validação precisa dos intervenientes na comunicação (paciente e rececionista) como do doente e que do rececionista a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde rececionista; c) Nome e função do Profissional de Saúde remetente; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Menos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, doenças anteriores de interesse	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Doenças anteriores de vontade; d) Alergias conhecidas ou de sua anamnese; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Fatores ambientais relevantes; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e de capacitação do cuidador.
A Avaliação Informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas	a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adotadas a situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendadas; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)

Comunicação – Ferramenta ISBAR

Memorística ISBAR	
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Menos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, doenças anteriores de interesse	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Doenças anteriores de vontade; d) Alergias conhecidas ou de sua anamnese; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Fatores ambientais relevantes; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e de capacitação do cuidador.
A Avaliação Informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas	a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adotadas a situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendadas; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)

Comunicação – Ferramenta ISBAR

Memorística ISBAR	
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Menos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, doenças anteriores de interesse	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Doenças anteriores de vontade; d) Alergias conhecidas ou de sua anamnese; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Fatores ambientais relevantes; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e de capacitação do cuidador.
A Avaliação Informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas	a) Problemas atuais; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções atuais.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adotadas a situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendadas; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)

