

VII MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INCIDENTES CRÍTICOS E PERTURBAÇÃO DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO EM
ENFERMEIROS

Ricardo Miguel dos Santos e Sousa Alexandre

Leiria, novembro 2020

VII MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INCIDENTES CRÍTICOS E PERTURBAÇÃO DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO EM
ENFERMEIROS

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

Ricardo Miguel dos Santos e Sousa Alexandre

N.º 5180019

Unidade Curricular:

Relatório de Estágio

Professor Orientador:

Professor Doutor Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos

Leiria, novembro 2020

AGRADECIMENTOS

À minha Avó Adélia pelo apoio em todo o meu percurso académico até à data.

À minha mãe pela disponibilidade nos dias mais atarefados.

À minha irmã Vânia pelo auxílio e esclarecimentos na sua área de formação.

Aos meus amigos que me fizeram acreditar que podia ir muito mais além do que imaginava.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioural Pain Scale*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EVA – Escala Visual Analógica

HSA – Hospital de Santo André

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC – Incidente Crítico

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSPT - Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala Operatória

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VVAVC – Via Verde de AVC

VVC – Via Verde Coronária

RESUMO

O presente relatório de estágio surge integrado no plano de estudos do VII Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, no Politécnico de Leiria. É baseado nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Integra também a componente de investigação através da elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura.

Tem como finalidade a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências e práticas do cuidado baseadas no conhecimento científico, durante os ensinamentos clínicos realizados, nos quais se pretendem desenvolver aptidões para intervir de forma integrada na equipa de saúde e para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

A componente de investigação da Revisão Sistemática da Literatura foi conduzida pelas orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, intitulada “Desenvolvimento de sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos enfermeiros expostos a incidentes críticos: uma revisão sistemática”.

As principais conclusões revelam que a frequência da exposição a incidentes críticos nos enfermeiros, está fortemente relacionada com os sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, mas também com a falha dos mecanismos de *coping* individuais e falta de programas que permitam suporte social aos enfermeiros.

Palavras-Chave: enfermeiro, enfermeiro especialista, incidente crítico, evento traumático, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

ABSTRACT

This internship report is integrated in the study plan of the VII Master's Degree in Nursing to the Person in Critical Condition, of the Higher School of Health of the Polytechnic of Leiria. It is based on the common skills of the specialist nurse and the specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing, in nursing for people in critical condition. It also integrates the research component through the elaboration of a Systematic Literature Review.

Its purpose is the critical and reflective analysis of the development of care skills and practices based on scientific knowledge, during the clinical teaching conducted, in which the intention was to develop skills to intervene in an integrated way in the health team and for the provision of nursing care to the person in critical condition.

The research component of the Systematic Literature Review was conducted under the guidance of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, entitled "Development of Post-traumatic Stress Disorder symptoms in nurses exposed to critical incidents: a systematic review".

The main conclusions reveal that the frequency of exposure to critical incidents in nurses is strongly related to the symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder, but also to the failure of individual coping mechanisms and the lack of programs that provide social support to nurses.

Keywords: nurse, specialist nurse, critical incident, traumatic event, Post-Traumatic Stress Disorder

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO | 13 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO | 14 |
| 1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA | 14 |
| 1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA | 15 |
| 1.3. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO..... | 16 |
| 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 20 |
| 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE, PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL | 20 |
| 2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE | 23 |
| 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS..... | 26 |
| 2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS..... | 29 |
| 3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | 31 |
| 3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA | 31 |
| 3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO..... | 36 |
| 3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS 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 | 39 |
| PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA | 43 |
| 1. RESUMO | 44 |
| 2. INTRODUÇÃO | 45 |
| 3. MÉTODOS | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 4. RESULTADOS | 50 |
| 5. DISCUSSÃO | 53 |
| CONCLUSÃO | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 57 |

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER TRATAMENTO DO DADOR EM MORTE CEREBRAL

APÊNDICE II – CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 – Fluxo da informação das diferentes fases da revisão sistemática | 48 |
|---|-----------|

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Caracterização geral dos artigos analisados | 50 |
| Quadro 2 – Características demográficas das amostras..... | 51 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge integrado no plano de estudos do VII Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, no Politécnico de Leiria. Insere-se no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, com componente de investigação para obtenção do grau de mestre e do título de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O título de enfermeiro especialista pressupõe um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem nas áreas de especialidade, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Independentemente da sua área de especialidade, as competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, entende-se que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, com objetivo de manter as suas funções vitais, prevenir complicações e limitar as incapacidades.

A primeira parte deste relatório de estágio é baseada nas competências comuns do enfermeiro especialista segundo o Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro 2019 e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica segundo o Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018. Tem como finalidade a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências e práticas do cuidado baseadas no conhecimento científico, durante os ensinamentos clínicos realizados, nos quais se pretenderam desenvolver aptidões para intervir de forma integrada na equipa de saúde e para a prestação de cuidados de enfermagem especializados

à pessoa em situação crítica. Os ensinamentos clínicos decorreram no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André – Leiria, Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Médio Tejo – Unidade de Abrantes e Bloco Operatório do Hospital Santo André – Leiria.

A segunda parte deste documento é dedicada à componente de investigação, através da elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura. O reconhecimento do impacto emocional do *stress* relacionado com incidentes críticos e as técnicas de gestão por parte dos enfermeiros, em si mesmos e nas pessoas com quem trabalham é importante na prática avançada de enfermagem (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). É mostrado o percurso metodológico da revisão intitulada “Desenvolvimento de sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos enfermeiros expostos a incidentes críticos: uma revisão sistemática”.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Os ensinamentos clínicos são momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Tiveram como objetivo geral desenvolver aptidões que permitam intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, no âmbito do serviço de urgência, cuidados intensivos e bloco operatório.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os ensinamentos clínicos decorreram no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria (CHL), entre os dias 4 de fevereiro e 18 de maio de 2019; Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), Unidade de Abrantes, entre os dias 14 de outubro de 2019 e 3 de janeiro de 2020; Bloco Operatório do Hospital Santo André, Centro Hospitalar de Leiria, entre os dias 6 de janeiro de 2020 e 13 de março de 2020. A caracterização dos mesmos será desenvolvida de seguida.

1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SUG do HSA é considerado como um serviço de urgência médico-cirúrgica, para o acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência (Direção Geral da Saúde (DGS), 2001). A equipa de enfermagem é constituída por 98 elementos, estando três em funções de chefia e os restantes na prestação de cuidados. Em média estão na prestação de cuidados 15 elementos para o turno da manhã e tarde, e 13 elementos no turno da noite. De destacar que cerca de sete elementos se encontram ausentes por atestado médico ou licença de maternidade.

O Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro, em vigor durante o período do ensino clínico (EC), refere a norma para o cálculo de dotações seguras de cuidados de enfermagem, baseada em duas fórmulas de cálculo: horas de cuidados ou posto de trabalho. No SUG o cálculo é feito por posto de trabalho, podendo ser adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês. O cálculo é realizado com base no número de doentes admitidos por dia, considerando que estes permanecem menos de 24h no serviço, no entanto as dotações praticadas no SUG revelam-se inferiores, uma vez que, o tempo de permanência dos doentes é muito superior ao que está previsto, aumentando assim o número de horas de cuidados efetivamente necessárias.

O circuito do doente tem como base o protocolo de triagem de Manchester (DGS, 2018). Após a inscrição nos serviços administrativos, a triagem é realizada por um enfermeiro, no gabinete de triagem, através do programa informático próprio. É atribuída a prioridade de atendimento por cores (azul - não urgente; verde – pouco urgente; amarelo – urgente; laranja – muito urgente; vermelho – emergente), sendo o doente posteriormente encaminhado para as diversas áreas de especialidade e área correspondente ao resultado de triagem.

As áreas de prioridade Verde, Amarela, Laranja e Vermelha são salas em *open space* direcionadas para o atendimento em tempo útil dos doentes. Para além destas áreas existe a área Roxa (Ortotrauma), direcionada para o atendimento de doentes do foro ortopédico e cirúrgico, a área Verdes 2, ativada quando o fluxo de doentes independentes com prioridade verde é mais elevado. A gestão de doentes e registos de enfermagem é realizada através do sistema SClínico. A gestão de prescrições e terapêutica é realizada através do programa de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia.

O Gabinete de Informações que funciona das 8h-24h, tem um enfermeiro destacado para promover a gestão da informação entre utente/família/profissional de saúde, proporcionando a articulação entre os vários membros. É apoiado pelo *software* “Gestão de Acompanhantes da Urgência” onde é possível consultar o processo informático do utente, bem como registar dados relativos à presença de familiares/acompanhantes no SU.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013) os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado.

O SMI do CHMT é uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), constituída por seis camas de Nível III (cuidados intensivos) e três camas de Nível II (cuidados intermédios), cumprindo assim o número de camas e a relação camas Nível II / Nível III (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (RNEHR) - Medicina Intensiva, 2017). De acordo com a DGS (2003), a classificação das unidades onde se pratica medicina intensiva tem em conta as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. A equipa de enfermagem é composta por 32 elementos. Dedicados à gestão do serviço estão dois enfermeiros: um em funções de chefia e outro como coordenador de serviço.

O SMI é localizado no 6º piso, tendo uma proximidade relativa a outros serviços, nomeadamente com o serviço de urgência, bloco operatório e imagiologia, localizados no 2º piso. Apesar de não ser tão próximo quanto recomendado pela ACSS (2013), este aspeto é minimizado pelo acesso interno a elevador exclusivo para pessoal hospitalar. A articulação e transporte de doentes entre o serviço e os hospitais integrados no CHMT é assegurado por

um tempo de acesso inferior a 60 minutos, conforme descrito por RNEHR – Medicina Intensiva (2017). O doente pode ser oriundo do Serviço de Urgência ou outro serviço do CHMT.

O cálculo das dotações seguras tem em conta o posto de trabalho, horas funcionamento por dia, número de horas de funcionamento por ano e período normal de trabalho por enfermeiro/ano. Na prestação de cuidados, a distribuição dos enfermeiros em cada turno é assegurada para um rácio enfermeiro/doente de 1/2 para as camas de nível III e 1/3 para camas de nível II, o que não vai ao encontro do preconizado por Valentin e Ferdinande (2011) e do Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro para o cálculo de dotações seguras para as UCI, tendo em conta a tipologia da unidade.

O Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro recomenda que a constituição das equipas das UCI seja constituída por 50% de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno. No SMI não é possível atingir esta taxa, dada a inexistência de enfermeiros especialistas em número suficiente, representando estes, apenas cerca de 15% da equipa.

O processo clínico do doente é informatizado através do sistema informático B-ICU.Care fornecido pela empresa B-Simple, que foi concebido especificamente para integrar métodos e rotinas das UCI. É um *software* que funciona como integrador de vários sistemas, que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas perfusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do doente. É prático e intuitivo e também muito positivo em termos de qualidade e segurança dos dados do doente.

1.3. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO

Este EC teve como objetivo geral desenvolver aptidões que permitam intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, no âmbito do bloco operatório.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (2006), define bloco operatório (BO) como uma unidade orgânico-funcional autónoma, apetrechada por meios humanos, técnicos e materiais de forma a prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, a

doentes total ou parcialmente dependentes, com o intuito de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. Segundo a ACSS (2011), no BO podem-se realizar intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes e exames que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia. Os doentes admitidos no BO do CHL, podem ser provenientes dos vários serviços de internamento do hospital, da urgência geral, da urgência obstétrica ou urgência pediátrica. Nele realizam-se intervenções cirúrgicas no âmbito de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, urologia, otorrinolaringologia e obstetrícia.

Localizado no piso 01 da torre nascente, o BO tem proximidade com o serviço de urgência, esterilização e Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) como recomendado pela ACSS (2011). O Serviço de Medicina Intensiva, localizado no piso 5 da mesma torre, é o que se encontra mais distante, mas com acesso fácil a três elevadores.

A organização geral do BO é constituída por três zonas interiores de acesso distinto conforme preconizado pela ACSS (2011) para este tipo de serviço: área livre, área semi-restrita e área restrita.

A área livre, onde se pode circular com roupa de exterior (ACSS, 2011), é composta por duas UCPA, duas zonas de receção de doentes com dois transfers mecânicos cada (um de entrada e outro de saída) para a área semi-restrita, transfer de pessoal, transfer de material limpo, transfer de material esterilizado e transfer de sacos de sujus. Destaco o facto de existir nesta zona uma sala de espera para acompanhantes, que permite o cumprimento do Despacho n.º 6668/2017, que estabelece disposições sobre o direito de acompanhamento de criança ou jovem, com idade inferior a 18 anos, em situação de intervenção cirúrgica, igualmente aplicável a pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico.

Relativamente à área semi-restrita, onde é obrigatória a utilização de roupa do BO incluindo touca (ACSS, 2011), o BO possui áreas de descanso do pessoal, gabinetes, acondicionamento de carros de emergência (dois em cada extremidade), área de armazenamento de material limpo e outra de material esterilizado, ambas específicas a cada especialidade cirúrgica e local para esterilização imediata, permitindo um acesso rápido a materiais esterilizados frequentemente utilizados.

No que diz respeito à área restrita, onde é obrigatória a utilização de roupa do BO incluindo touca e máscara (ACSS, 2011), esta unidade possui 10 salas operatórias, cinco de cada lado, separadas por um corredor central de acesso semi-restrito. Este corredor permite a passagem de material limpo, sendo composto por salas de preparação e acondicionamento de material necessário à cirurgia e área de desinfeção de pessoal. Cada sala operatória (SO) tem como equipamento central a mesa cirúrgica articulada constituída por um pé e um tampo amovíveis, contando também mesas de apoio à cirurgia. A iluminação do local operatório é constituída por dois candeeiros articulados (central e acessório) com a intensidade adequada, eliminando calor e sombras, tal como preconiza a ACSS (2011). Existem também carros de apoio à circulação e anestesia, com o material necessário, minimizando entrada e saídas da sala. Consta ainda material/equipamentos para monitorização e ventilação invasiva. A ACSS (2011) recomenda que, exista uma sala de anestesia na área restrita, entre o transfer e a SO, permitindo que a indução anestésica do doente antes de entrar para essa mesma sala. Apesar de no BO do CHL existir uma sala à entrada da SO, a anestesia é executada na própria SO por uma questão de logística e dinâmica da equipa multidisciplinar. Quanto às portas da SO, a ACSS (2011) preconiza que existam portas mecânicas de abertura automática. Porém, no BO do CHL, as portas são manuais provocando deslocação de massas de ar e partículas constituídas por potenciais microrganismos agressores.

Segundo a AESOP (2006), cada UCPA deve ter capacidade para um número de camas não inferior ao número de SO. O BO do CHL possui duas UCPA, ambas com cinco unidades de cuidados individualizadas e separadas por cortinas, com material de monitorização hemodinâmica e capazes de dar resposta a situações de urgência/emergência, tal como recomenda a ACSS (2011). Cada UCPA localiza-se dentro do BO, junto aos transfers de saída da área semi-restrita, permitindo um transporte rápido e seguro desde cada SO, com o preconizado pela ACSS (2011) que afirma que a UCPA deve apresentar proximidade com o BO. O tempo de permanência do doente na UCPA é dependente da necessidade de vigilância, adequada ao tipo de cirurgia e anestesia a que foi submetido, estando a alta da UCPA sob a responsabilidade do anestesiológico.

A distribuição dos enfermeiros por SO de cirurgia programada ou urgente tem em conta os três postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia, o que vai ao encontro do Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, para o

cálculo de dotações seguras no BO. Já em cada UCPA, o número de enfermeiros distribuídos são dois enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde. No turno da noite existe apenas uma UCPA em funcionamento (excecionalmente poderão funcionar as duas), estando escalado apenas um enfermeiro. O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro recomenda que devem existir, pelo menos dois enfermeiros para obter um rácio de um enfermeiro para cada dois doentes em cirurgia convencional, não cumprindo assim o regulamento em questão.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro), que serão abordadas de seguida.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE, PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), são princípios gerais orientadores da atividade dos enfermeiros, a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício. Também o artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.101).

Diariamente somos confrontados com questões éticas como a privacidade do doente e a confidencialidade, assim como o respeito do doente à escolha e autodeterminação. O enfermeiro deve “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.85). A situação de doença fragiliza as pessoas, pois acabam por ter de se expor devido à necessidade de receberem cuidados, motivo pelo qual o enfermeiro deve ter a capacidade de contornar todos os condicionalismos (Silva, 2007; Baggio, Pomatti, Bettinelli & Erdmann, 2011).

O SU é um local particularmente despersonalizante. Ao entrar nele, o doente já pouco pode decidir acerca de cuidados físicos, socialização ou privacidade. Para além da debilidade física, está vulnerável e sob rigorosa vigilância de médicos e enfermeiros. Ao entrar no SU, o doente é quase imediatamente vestido com roupa hospitalar, tornando o momento despersonalizante. Contudo, para a prestação de cuidados rápidos e eficazes, pode ser vantajoso. No entanto, em doentes orientados deverá sempre ser ponderada a vantagem e desvantagem de tal situação e tentando que esta seja uma opção pessoal do doente.

Durante o EC no SUG, este excedeu de forma permanente a capacidade física para acolher os doentes, com necessidade de os acomodar em locais de passagem ou menos visíveis,

tornando-os ainda mais vulneráveis e colocando desta forma em causa a intimidade e privacidade dos mesmos. Ao não existir uma individualização dos doentes, torna-se inevitável que doentes contíguos se apercebam de alguma informação sigilosa que possa ter de ser transmitida ao doente. Para isso pude constatar a preocupação de todos dos profissionais para minimizar tal impacto.

A privacidade física do doente internado em ambiente de cuidados intensivos, foi também um dos dilemas éticos que se colocaram, pelo facto do SMI ser em *open space*, o doente se encontrar despido de roupa e muitas vezes sedado. Para assegurar a privacidade do doente, houve o cuidado expor o mínimo possível o corpo do doente, assim como utilizar as cortinas que circundam a unidade do mesmo. Pude constatar que alguns profissionais, consideram que o doente crítico/sedado não compreende, nem mesmo ouve o que acontece ao seu redor. No entanto, estudos demonstram que o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente na inexistência perceptual, estando a diferença na possibilidade de expressão do que é percebido (Pott, Stahlhoefer, Felix & Meier, 2013). A privacidade das informações transmitidas durante a passagem de ocorrências ou noutros momentos tem de ser garantida, sob pena de quebra do dever de respeito pela privacidade do doente, confidencialidade e segurança das mesmas.

Promover a dignidade dos pacientes deve ser de preocupação central para toda a equipa de saúde, no entanto, a dignidade dos pacientes submetidos a cirurgia é particularmente vulnerável. Os profissionais devem estar vigilantes sobre o impacto de seu próprio comportamento nos pacientes. A privacidade deve ser de uma maneira que ajude os doentes a sentirem-se confortáveis, no controlo e valorizados (Baillie & Ilott, 2010). Foi minha preocupação minimizar a exposição do corpo do doente durante a sua permanência no BO. Esta preocupação era partilhada por todos dos profissionais, tendo assim, na minha opinião, mérito nos seus cuidados.

A Lei n.º 15/2014 de 21 de março, da Assembleia da República, expressa que “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço”. Uma vez mais a sobrelotação do SUG não permite manter a presença contínua de acompanhante pela necessidade de gestão do espaço e o respeito pela privacidade e confidencialidade de outros

utentes. Para atenuar essa limitação existe o Gabinete de Informações, onde o enfermeiro escalado neste gabinete que faz a gestão do número de visitas e pulseiras de acompanhante entre as 8h e as 24h, além de prestar informações no âmbito das suas competências profissionais, aos acompanhantes que assim solicitem.

O artigo 105.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros determina o dever de informação no respeito pela autodeterminação, devendo o enfermeiro assumir o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.84).

Este é um ponto bastante importante durante a prestação de cuidados ao doente crítico. Perante casos em que está inconsciente, sedado, incapaz de interagir com quem o rodeia ou não está legalmente representado, havendo o risco sério para a saúde ou vida, deverá ser aplicado o “consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado” (DGS, 2015a, p.6), prevalecendo assim o princípio da beneficência.

A assinatura e compreensão do consentimento informado de atos médicos e anestésicos pela pessoa a ser submetida a cirurgia é fundamental. O consentimento livre informado e esclarecido é de extrema importância no contexto perioperatório, sendo um ponto essencial para a prestação de cuidados. A DGS define-o como “um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa” (DGS, 2015a, p. 5), contendo duas noções indissociáveis: compreensão e autonomia. Por vezes deparei-me com situações em que o consentimento informado era assinado à chega ao BO e até na SO, existindo casos em que o doente revelava dúvidas relativamente ao procedimento cirúrgico e anestésico a que ia ser submetido.

Durante a prestação de cuidados ao doente crítico, por vezes com instabilidade clínica, surgiram situações com tomada de decisão extremamente rápida, não permitindo a tomada de consciência da componente ética da mesma. O contacto permanente do enfermeiro com o doente potencia essas situações, requerendo sensibilidade moral, experiência, conhecimento e compromisso em tomar a decisão correta. Sempre que possível, a tomada de

decisão envolveu a participação de outros elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando a partilha de uma multiplicidade de perspetivas, conhecimentos e experiências, que vai ao encontro do descrito por Nora, Deodato e Vieira (2016). A minha participação na tomada de decisão, foi uma das dificuldades por vezes sentidas durante o EC, por estar fora do meu tipo de ambiente profissional habitual, associado ao receio de ser mal compreendido nas minhas iniciativas de participação nas particularidades e especificidades dos cuidados prestados. Ainda assim, considero que todos os momentos vividos contribuíram positivamente para o meu desempenho pessoal e profissional e serviram para refletir de forma construtiva, acerca de cada um deles.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A promoção efetiva da qualidade dos serviços, garantindo que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza num quadro de melhoria contínua da qualidade e segurança é concretizada através da implementação de normas e procedimentos, baseando as suas atividades nas orientações emanadas pela DGS, integradas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) e enquadradas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015).

O CHL é um centro hospitalar acreditado pela *Joint Commission International* para a melhoria da qualidade e segurança do doente. Das metas internacionais propostas para a segurança do doente, as mais relevantes que se enquadram no SUG e no BO são a correta identificação do doente, melhoria da comunicação efetiva, redução do risco de lesões no doente decorrentes de quedas e cirurgia segura.

A afluência de doentes é bastante elevada e a rotatividade destes por vários locais dentro das áreas de tratamento/observação aumenta a probabilidade de erro durante a prestação de cuidados. A identificação dos doentes é realizada através de dupla verificação (nome completo; data de nascimento/nome completo e n.º de processo). “As falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes” (DGS, 2011, p.3). Por forma a garantir a segurança na administração de terapêutica e procedimentos ao doente certo, a correta identificação do doente torna-se essencial.

Sobre a melhoria da comunicação efetiva, a transição de cuidados, transferência de responsabilidades dos cuidados e informação entre profissionais de saúde no CHL adota a metodologia de ISBAR, sigla correspondente a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), o que obedece à Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017c). Neste sentido, procurei transmitir as informações pertinentes acerca do doente seguindo esta metodologia, estando já habituado a usá-las na minha prática profissional.

No CHL existe uma etiqueta sinalizadora para identificar os doentes com potencial risco de queda, no entanto, no SUG todos os utentes são considerados como risco de queda elevado, não se aplicando a colocação desta etiqueta no serviço. Apesar disso, em serviços de urgência de vários hospitais internacionais, a avaliação do risco de queda já é realizada através do uso da MEDFART (*memorial ED fall risk assessment tool*), sendo uma escala de avaliação validada (Luo, Kalman & Haines, 2019).

A Norma n.º 02/2013 obriga a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” em todos os BO do serviço nacional de saúde, tendo como uma das referências, o manual de “Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009” publicado pela DGS. Nesta norma é incluída a lista de verificação de segurança cirúrgica, que visa melhorar a segurança cirúrgica e evitar mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (DGS, 2013a). As etapas da lista de verificação dizem respeito aos registos a efetuar antes da indução da anestesia (*Sign in*) relativos à confirmação da identidade do doente, o local, o procedimento e consentimento; verificação do equipamento de anestesia; possibilidade de complicações relativas a alergias, via aérea difícil e perdas de sangue. Imediatamente antes da incisão da pele (*Time out*), a equipa faz uma pausa imediatamente antes do início do procedimento com todos os membros presentes, confirmando em voz alta que se está a realizar a intervenção correta, e rever verbalmente, cada um na sua vez, os elementos críticos dos seus planos para o procedimento. Terminado o ato cirúrgico, antes do doente sair do local da intervenção são feitas as verificações de segurança (*Sign out*), que devem ser completadas antes do doente e do médico responsável pela intervenção saírem da sala. O objetivo é facilitar a transferência de informação relevante para a equipa responsável pelo doente após a cirurgia. Sobretudo como função de enfermeiro de anestesia, tive a oportunidade de realizar a verificação da lista

de verificação de segurança cirúrgica. A cirurgia segura foi uma preocupação sempre presente em todas as intervenções que assisti, principalmente pelos enfermeiros, que mostram grande adesão a este procedimento.

A política organizacional do CHMT tem por base a gestão pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria contínua da organização. A atividade é centrada na monitorização e na consequente melhoria dos processos que contribuem para o seu sucesso, e possibilitam responder a novas exigências. O Serviço de Gestão da Qualidade assegura o desenvolvimento de vários projetos, designadamente, a Certificação ISO 9001 e a Gestão do Risco (CHMT, 2019a).

A certificação do SMI, em conformidade com a NP EN ISO 9001, através do Sistema de Gestão de Qualidade é generalista, podendo ser aplicado a qualquer setor de atividade. A qualidade atinge-se com um bom desempenho de vários serviços, a funcionar de forma integrada, não dependendo do desempenho individual, mas sim da articulação e colaboração com outros serviços. Neste âmbito, são realizadas anualmente auditorias internas e externas, das quais resultam observações e não conformidades, e consequentemente, a definição e implementação de ações preventivas e corretivas.

Em paralelo com os projetos de Certificação e Acreditação, o Serviço de Gestão da Qualidade é parceiro na Gestão do Risco, uma atividade que pretende dar resposta às políticas internacionais de segurança dos doentes. Neste âmbito são desenvolvidas atividades nas seguintes áreas: controlo de infeção, procedimentos cirúrgicos, da gestão de eventos com medicação, quedas e úlceras de pressão.

Desde o ano 2009 que o CHMT tem um programa de doação/colheita de órgãos do dador em morte cerebral, após protocolo com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de Santa Maria (CHMT, 2019b). Pela importância de um processo de qualidade no programa e no sentido da melhoria contínua do mesmo, visando a otimização da qualidade dos cuidados no tratamento do dador em morte cerebral, no papel de futuro enfermeiro especialista elaborei um *poster* (Apêndice I). Este trabalho foi ao encontro das necessidades informalmente identificadas entre os enfermeiros do SMI, ficando afixado no serviço em local de fácil visualização e consulta, servindo como referência na prestação de cuidados adequados.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Mororó, Enders e Lira (2017) analisam a gestão de enfermagem em duas dimensões. A dimensão administrativa direcionada para a organização do trabalho e recursos humanos, com o propósito de viabilizar condições adequadas para os cuidados ao doente e para a atuação da equipa de enfermagem. E a dimensão assistencial, com o seu foco de intervenção do enfermeiro nas necessidades dos cuidados ao doente. Estas dimensões são complementares entre si, na articulação e integração do gerir e do cuidar. Foi nesta perspetiva que acompanhei os enfermeiros coordenadores do SUG e SMI em dois turnos da manhã. Durante estes turnos tive oportunidade de melhor compreender o importante papel, que os coordenadores têm dentro de toda a orgânica funcional e equipa destes.

No SUG o enfermeiro coordenador tem como funções a gestão e reposição de medicação, controlo de estupefacientes, verificação de operacionalidade de equipamentos, entre outras funções relacionadas, assim como a adequação de recursos humanos disponíveis de acordo com as necessidades. Os enfermeiros coordenadores são destacados pela chefia do serviço. Segundo o regulamento do SUG do CHL (CHL, 2019), o cargo de coordenação é atribuído aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função, nomeadamente, saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado.

Os dois enfermeiros que acompanhei não eram especialistas. A Ordem dos Enfermeiros (2017) no Parecer n.º 10/2017 declara que as equipas do SU que dispõem de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa, porém ressalvam que não deve ser vedada a experiência clínica aos enfermeiros, conjugada à investigação e reflexão entre pares para as melhores práticas clínicas. Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março), reconhece o lugar a quem demonstra ter determinadas competências.

Ao coordenador é por vezes solicitada, por parte de outros colegas, ajuda na tomada de decisão ou esclarecimento de dúvidas. Foram também várias as situações que demonstram a importância destas competências, na gestão de conflitos e problemas de gestão diária, que só a experiência e aceitação de todos permitiu ultrapassar. Salienta-se ainda o papel do coordenador na ligação com a equipa médica bem como com outros serviços, que só através

da experiência e reconhecimento por parte destes intervenientes permitiu facilmente resolver problemas ou ultrapassar obstáculos.

No SMI a gestão do serviço é realizada pela enfermeira chefe, com apoio do enfermeiro coordenador. O enfermeiro coordenador está presente na passagem de turno de enfermagem, assim como a passagem de turno da equipa médica. Esta função estabelece uma comunicação entre ambas as equipas, conseguindo assim desenvolver um plano de atuação para o turno e altas previstas para esse dia, comunicando aos restantes elementos da equipa de enfermagem, de modo a que o turno funcione de forma coordenada. Ao longo do turno, este enfermeiro tem a função de controlo de *stock* de medicação e materiais. Presta também, de forma indireta, apoio nos cuidados através da articulação com outros serviços ou equipas multidisciplinares. Nos restantes turnos, o enfermeiro coordenador de turno dá continuidade a estas funções, assim como a adequação de recursos humanos disponíveis de acordo com as necessidades. Nos turnos da tarde e noite o enfermeiro coordenador tem também doentes atribuídos, o que não deixa de representar um acréscimo de trabalho.

No SMI do CHMT a função do enfermeiro coordenador de serviço está atribuída a um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Os coordenadores de turno, sempre que possível, são os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme defende a Ordem dos Enfermeiros (2018) no Parecer n.º 15/2018. Mas devido ao reduzido número enfermeiros especialistas, essa recomendação acaba por não ser cumprida. No entanto o cargo de coordenação é atribuído aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função.

A avaliação da carga de trabalho é realizada diariamente através do *Nursing Activities Score* (NAS). Este instrumento permite avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, com base no tempo gasto nos cuidados prestados e atividades de enfermagem inerentes, independente do grau de gravidade da doença apresentada pela pessoa em situação crítica (Macedo et al., 2016). *Scores* de 100% indicam a necessidade de um enfermeiro dedicado a um único doente em 24 horas. Das pontuações médias observadas durante o ensino clínico, em termos das horas de trabalho, pude constatar que estas se situavam entre os 45% e 65 %, que vai o encontro do descrito por Macedo et al. (2016), levando a concluir que apesar das

dotações seguras não serem asseguradas conforme recomendado, o rácio enfermeiro / doente praticado no SMI permite na globalidade assegurar cuidados adequados com qualidade e segurança.

No BO observei de forma indireta o papel da coordenação tem dentro de toda a orgânica funcional e equipa deste. Considerado como um cenário de alto risco, o BO exige trabalho interdisciplinar complexo, com forte dependência da atuação individual e da equipa em ambiente sujeito a pressão e *stress*, requerendo profissionais capazes de atender às diferentes necessidades de assistência (Martins & Dall'Agno, 2016). É um dos serviços mais dispendiosos dentro do hospital, no qual uma gestão eficaz depende da utilização eficiente dos recursos físicos e humanos disponíveis, e por vezes limitados (Ferreira, 2017).

A gestão do serviço é realizada pela enfermeira chefe, com apoio da enfermeira coordenadora. A equipa é distribuída num plano semanal pelas diferentes áreas do serviço e salas operatórias, havendo elementos afetos a determinada função, por forma a rentabilizar as dinâmicas em áreas onde existem novos equipamentos, onde a complexidade e variedade de material cirúrgico bem como de procedimentos aumenta continuamente.

Em todos os turnos está escalado um enfermeiro coordenador de turno, que além de estar distribuído na SO de urgência, fica também responsável pela receção e envio de material instrumental cirúrgico, assim como pela gestão de recursos ao longo do turno. O cargo de coordenação nem sempre é atribuído a um enfermeiro especialista (em número insuficiente no serviço). O desempenho dessa função fica a cargo de outros enfermeiros que demonstram perfil e competências de gestão, conforme referido no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março).

Relacionados com a gestão de recursos materiais e de pessoal, os ruídos de comunicação e relações com a equipa multiprofissional são na minha opinião, o maior desafio na gestão dos cuidados em ambiente perioperatório, conforme também refere Martins e Dall'Agno (2016). Segundo os mesmos autores, as principais estratégias para ultrapassar estes desafios prendem-se com a construção de espaços de gestão partilhada para promover a integração entre os profissionais, a resolução de conflitos e a permuta de conhecimentos.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve conduzir a sua intervenção desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade, bem como uma prática clínica baseada em evidência científica (Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade é uma competência na qual se entende que é expectável que o enfermeiro especialista desenvolva uma maior noção de si mesmo como pessoa, mas também como enfermeiro.

O autoconhecimento é entendido como a capacidade do enfermeiro de reconhecer reações e respostas pessoais a diferentes situações, papéis e responsabilidades como profissional de enfermagem. Além disso, envolve examinar objetivamente as crenças, atitudes, pontos fortes e limitações pessoais, mas inclui também o reconhecimento de capacidades para discernir ações em resposta a várias situações sociais e profissionais (Younas, Rasheed, Sundus, & Inayat, 2019). É importante para a evolução pessoal e profissional, para o desenvolvimento de uma relação eficaz enfermeiro-doente e para o aperfeiçoamento das habilidades de enfermagem (Rasheed, Younas & Sundus, 2019). Costa (2009) refere assertividade como “expor os seus sentimentos e preocupações sem ira nem passividade” (*as cited in*: Goleman, 1995). A assertividade é uma competência emocional importante que permite expressar ideias e defender interesses sem violar o direito do outro. É crucial na manutenção de relações saudáveis e igualitárias pois promove a confiança e o respeito, permitindo a partilha sem insultar ou ofender. Ao longo dos ensinamentos clínicos fui colocando em prática o meu potencial, ao nível da relação interpessoal e ao nível da gestão de sentimentos e emoções em situações de pressão, permitindo assim a antecipação de possíveis situações de conflito, mas também na busca de novas oportunidades de aprendizagem

O EC no BO foi um serviço específico, no qual a prestação de cuidados foi diferente da minha experiência e ambiente profissional habitual, obrigando-me a colocar em posições nunca colocadas. A reflexão sobre as posições e o meu autoconhecimento foi fundamental para distinguir as situações em que deveria intervir ou apenas permanecer na posição de observador. Dorigon & Romanowski (2012) na análise da abordagem reflexiva dos conceitos de Donald Schön, referem que é a partir da observação das práticas que surge posteriormente

a conversa reflexiva sobre a prática, junto dos participantes e colegas, contribuindo para a troca de conhecimento e experiências.

Através da reflexão crítica, em conjunto com os enfermeiros orientadores do EC, foi possível comparar práticas clínicas, identificando lacunas no conhecimento e oportunidades de investigação e melhoria. Ter conhecimento sobre minhas capacidades, mas também das limitações pessoais, levou a forçar-me mais em determinadas áreas, permitindo o desenvolvimento dos níveis de conhecimentos teóricos baseados na evidência.

No sentido de desenvolver a competência baseada na praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, e como parte da análise crítica de uma situação de cuidados, foram desenvolvidos trabalhos baseados em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) sobre sépsis e choque séptico (em contexto de urgência), o tratamento do dador em morte cerebral e elaboração de *poster* informativo sobre o tema (contexto de cuidados intensivos) e manutenção da normotermia e normoglicémia perioperatória. A Parte II do presente relatório aborda também a componente de investigação como parte integrante deste documento, através do percurso metodológico científico inerente à elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura, contribuindo para a melhoria da qualidade, partilha de conhecimento e desenvolvimento de uma prática especializada.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, p. 19362). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, com objetivo de manter as suas funções vitais, prevenir complicações e limitar as incapacidades.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica assentam em três domínios: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos 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 (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Esta competência exige ao enfermeiro a aplicação de um extenso conjunto de habilidades para observar a condição clínica do doente. As observações são baseadas na compreensão das necessidades humanas e das funções biofisiológicas, usando-as através da observação, quer da avaliação clínica quer da monitorização técnica, de modo a reconhecer focos de instabilidade (Alastalo, Salminen & Lakanmaa, 2017).

Durante os ensinamentos clínicos no SUG, SMI e BO, para alcançar o objetivo de prestar cuidados ao doente crítico, identificando focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória, foi dada maior importância à prestação de cuidados a doentes em estado crítico, do foro médico e cirúrgico. Em urgência a maioria das situações presenciadas foram insuficiências respiratórias, doentes politraumatizados, bradi e taquicardias, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC). No BO foi dada maior importância à prestação de cuidados no papel de enfermeiro de anestesia, em contexto de cuidados pós-anestésicos e visita de dor aguda pós-operatória. No SMI houve a oportunidade de prestar cuidados ao doente além da avaliação

a monitorização eletrocardiográfica contínua, da monitorização de pontos hemodinâmicos (índice cardíaco, variação de volume sistólico, débito cardíaco, pressão venosa central, pressão arterial invasiva), gasimetria arterial, saturação venosa de oxigénio, capnografia contínua nos doentes ventilados, índice *bispectral* e terapia de substituição renal contínua. Também associado aos cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva, a avaliação e interpretação de modos e parâmetros ventilatórios.

Os doentes admitidos na sala de emergência do SUG, têm o potencial para deteriorar o seu estado. O reconhecimento e intervenção precoce em diminui o risco de internamento em cuidados intensivos assim como de mortalidade e morbilidade (Smith & Bowden, 2017). Para isso, a abordagem sistemática ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição) para avaliação do doente revela-se de extrema importância. Esta abordagem é amplamente aceite por especialistas em medicina de emergência e melhora os resultados, ajudando os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida. Num cenário agudo, o uso da metodologia ABCDE pelos membros da equipa, pode economizar tempo valioso e melhorar o desempenho da mesma (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Løfgren, 2012). Este é método de avaliação e registo de enfermagem usado na sala de emergência, que facilita a rápida avaliação e realização de registos completos e sistematizados.

O CHL tem instituído os protocolos de Via Verde de AVC (VVAVC) e Via Verde Coronária (VVC), com os quais tive oportunidade de contactar e consultar. Fazem parte de uma estratégia organizada para uma abordagem, encaminhamento e tratamento adequado, planeado e célere, de situações clínicas com relevância na saúde das populações, em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo. A aplicação destes protocolos revela decréscimo da taxa de mortalidade e morbidades associadas (DGS, 2017d). Jauch et al. (2013) afirmam que a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de AVC na fase aguda é crucial para uma melhoria do *outcome* neurológico.

Por parte dos enfermeiros e médicos do SUG, nota-se uma visão muito positiva sobre o valor destes. Lamentavelmente não houve ocasião de acompanhar doentes desde o início de ativação da VVAVC ou VVC, restando apenas a oportunidade de prestar cuidados após a realização de fibrinólise e acompanhamento até à Tomografia Computorizada (TAC) para

controlo imagiológico. Foram várias as situações de desativação da VVAVC por não cumprir tempos ou critérios para intervenção.

Durante o EC pude constatar que o SUG não tem instituída a Via Verde de Sepsis (VVS). A evidência científica atual considera que uma intervenção precoce e adequada contribui significativamente para melhorar o prognóstico dos doentes com sépsis, sépsis grave e choque séptico (Levy et al., 2014). A DGS (2017e) na Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, indica que todos os serviços de urgência devem ter equipas de sépsis constituídas no mínimo, por um médico e um enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A avaliação da dor é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados no CHL (CHL, 2018). Considerando a dor, em muitos casos, como um dos motivos de ida ao SU, a avaliação desta torna-se ainda mais importante. O CHL tem instituída a avaliação da dor através de cinco escalas: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica; Escala de Expressões Faciais; Escala Qualitativa. Está preconizado para avaliação da dor no SU, o mínimo de uma avaliação por episódio. No entanto, por vezes existem doentes conectados a ventilador e as escalas de avaliação instituídas não se adequam ao doente crítico. A *Behavioural Pain Scale* (BPS) poderia ser instituída pois, segundo Teixeira e Durão (2016), é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico pela avaliação da adaptação ventilatória, movimentos do corpo e expressão facial.

Doentes, enfermeiros e famílias identificam a dor como um dos maiores problemas para os doentes em UCI. Barr et al. (2013) concluíram que os doentes em UCI experienciam dor em repouso, nos cuidados e durante procedimentos. Infelizmente, o controlo da dor é frequentemente inadequado, com 71% dos doentes a recordarem a dor e desconforto durante a sua estadia na UCI (Stites, 2013). Dor não controlada, não causa só desconforto físico e psíquico ao doente, podendo levar a ansiedade, interferir no sono e contribuir para a resposta fisiológica em *stress* (Glowacki, 2015). A avaliação da dor no SMI do CHMT em doentes sedados e ventilados é realizada através da Escala Visual Analógica, no entanto a BPS deveria ser instituída, pois de acordo com Barr et al. (2013) é uma escala de dor comportamental válidas e confiável para a monitorização da dor em doentes em UCI que estão incapazes de comunicar mas em quem a função motora está intacta e os

comportamentos são observáveis. Na identificação de sinais de presença de dor, pode aplicar medidas farmacológicas (através de ajuste de terapêutica analgésica) e não farmacológicas (alternância de decúbitos no leito, massagem de conforto) para o alívio da mesma.

No BO, a avaliação e gestão diferenciada da dor também é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados. Estando a dor associada muitas vezes ao período pós-operatório, a avaliação desta torna-se ainda mais importante. A avaliação da dor na UCPA é realizada através da escala numérica, estando dependente da capacidade do doente em a avaliar. Para doentes que não podem classificar adequadamente a sua dor por défice cognitivo, sedação ou outros fatores, será necessário usar ferramentas de avaliação comportamental para avaliar a dor. Na minha opinião, a escala BPS ou a *Critical Care Pain Observation Tool* poderiam ser instituídas, conforme refere Chou et al. (2016).

Integrada no BO do CHL, está a Unidade Funcional de Dor Aguda, conforme Norma 03/2012 (DGS, 2012). A visita da dor aguda no internamento é realizada diariamente no turno da manhã, destinada aos doentes que se encontram no internamento, em contexto de cuidados pós-anestésicos, com necessidade de controlo da dor aguda através analgesia contínua endovenosa ou não convencional (epidural e perineural). O enfermeiro da consulta avalia a dor, sedação, bloqueios motores e efeitos secundários da analgesia administrada, intervindo de acordo com o protocolo de atuação. Tive oportunidade de participar na realização dessas consultas, apercebendo-me da sua importância na promoção do bem-estar, averiguando a sua pertinência no que diz respeito à continuidade de cuidados e prevenção de intercorrências.

Nos dias de hoje, a tecnologia usada nas UCI permite a monitorização e suporte das funções vitais dos doentes evitando erros e melhorando resultados. Por já ter exercido funções num SMI, muitas destas formas de monitorização e avaliação do doente crítico não eram para mim totalmente desconhecidas, ainda assim levaram-me a aprofundar conhecimentos em alguns temas, de modo a interpretar os resultados e relacioná-los com o doente, diagnóstico, terapêutica e evolução do mesmo.

No SMI do CHMT é usado o sistema de Cânula Nasal de Alto Fluxo de oxigénio em doentes em risco de falência respiratória pós-extubação. O estudo de Yoo et al. (2016) revela que este sistema de oxigenoterapia está associado ao um menor tempo de permanência na UCI, não

sendo inferior ao uso de ventilação não invasiva e em termos da necessidade de evitar uma reintubação. O estudo revela também que este sistema é mais confortável, sendo mais bem tolerado pelos doentes.

No BO, de destacar a monitorização do nível de relaxamento muscular do doente *Train-of-four* e o uso de agentes anestésicos inalatórios (desflurano e sevoflurano) usados com frequência para a manutenção da anestesia. O desenvolvimento de competências como enfermeiro de anestesia foi uma experiência gratificante, uma vez que pude acompanhar o doente cirúrgico desde a sua entrada no bloco operatório (acolhimento), durante o ato anestésico e durante o procedimento cirúrgico, o que foi fundamental pois permitiu-me assegurar uma vigilância contínua ao doente e prestação de cuidados específicos, dando continuidade aos já iniciados, estando desperto para possíveis sinais de instabilidade, de modo a poder tomar decisões e atuar perante situações imprevisíveis.

Foi na UCPA onde senti mais segurança na prestação de cuidados, porque esta unidade tem algumas características semelhantes com anteriores contextos profissionais, no sentido em que o doente necessita de uma monitorização e uma vigilância contínua, por forma a detetar ou antecipar alguma alteração. O enfermeiro de UCPA, investe a sua experiência e saber na prevenção e intervenção em complicações anestésicas e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais (AESOP, 2006). No pós-operatório, a vigilância da dor, da função respiratória, circulatória e neurológica; a avaliação física e do estado de consciência para despiste de complicações cirúrgicas e anestésicas em intervalos frequentes, foram constantes durante o meu desempenho, mantendo-me sempre desperto para potenciais focos de instabilidade, de forma a poder dar uma resposta em tempo útil.

O acompanhamento do doente em contexto perioperatório envolve também a consulta de enfermagem pré-operatória, apesar de não ter surgido oportunidade de intervenção no decorrer do ensino clínico, reconheço a importância da mesma. O BO do CHL tem implementada a consulta pré-operatória, destinada a doentes que serão submetidos a um ato cirúrgico. A meu ver, é uma atividade autónoma dos enfermeiros, crucial para a diminuição da ansiedade vivenciada pelos doentes no pré-operatório, amenização dos seus medos e

fazendo com que enfrentem e aceitem melhor o problema, proporcionando uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação, conforme referem Souza et al. (2010).

O apoio à família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica é uma das competências específicas. Durante o EC no SUG houve uma oportunidade de prestar apoio a uma familiar emocionalmente afetada, de um doente crítico com necessidade de ser transferido para outra instituição hospitalar mais diferenciada. A aplicação simplificada de alguns passos do esquema de primeiros socorros psicológicos, tal como fornecer algumas informações sobre o que aconteceu / está a acontecer ou disponibilizar apoio para entrar em contacto com familiares ou amigos, revelou-se eficaz para a situação em causa.

No decorrer da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, existe a possibilidade da ocorrência de incidente crítico. Caine e Ter-Bagdasarian (2003) esclarecem-no como um evento súbito e inesperado com um impacto emocional suficiente para que as capacidades de *coping* habituais de um indivíduo ou grupo não consigam ser utilizadas, causando sofrimento psicológico significativo em pessoas anteriormente saudáveis. As reações iniciais ao *stress*, tais como pensamentos recorrentes involuntários ou sonhos sobre o incidente, negação, cognição distorcida e hiperexcitabilidade, quando mantidas por falha dos mecanismos de *coping*, podem levar ao desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Boer, Rikxoort, Bakker & Smit, 2013). O reconhecimento do impacto emocional do *stress* e as técnicas de gestão por parte dos enfermeiros, em si mesmos e nas pessoas com quem trabalham é importante na prática avançada de enfermagem (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003) dando o tema, motivo para o desenvolvimento da Revisão Sistemática da Literatura na Parte II deste relatório.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

A DGS (2010) recomenda elaboração de um Plano de Emergência Médica a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com o Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde, emanado na orientação n.º 007/2010.

O Plano de Emergência Externo (PEE) (CHL, 2017) em vigor no CHL aplica-se ao HSA. Foi elaborado para a definição de regras e normas gerais de atuação em contexto de crise, assim como, no sentido do reforço de avaliação de meios de reação da instituição face à situação. O

objetivo principal do PEE é garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, uma das competências atribuídas a este domínio é a conceção dos planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico. O PEE do CHL foi elaborado com a participação de vários enfermeiros, demonstrando a sua importância no planeamento e execução do mesmo. A tomada de conhecimento do PEE revela-se de extrema importância para estar preparado para a possibilidade de atuação e intervenção em situação de catástrofe.

O PEE é ativado de forma graduada e sequencial, em três fases (alerta, alarme e execução). A reorganização interna dos serviços tem por base os níveis de resposta definidos: Nível I - resposta com recursos permanentemente e disponíveis; Nível II – resposta com recursos existentes no hospital, ativáveis e mobilizáveis; Nível III – resposta com recursos externos, mobilizáveis em situação de emergência mediante notificação (CHL, 2017).

Após a ativação do PEE, a triagem dos doentes é efetuada de acordo com os princípios da triagem START (*Simple Triage And Rapid Treatment*). Nesse sistema, todos os adultos acidentados com mais de 8 anos são avaliados, com base no algoritmo do sistema em 60 segundos ou menos (preferencialmente 30 segundos). Nesse sistema, são utilizados os critérios como deambulação, frequência respiratória, preenchimento capilar, pulso radial e obediência a comandos. Ao examinar cada critério, o doente será triado de acordo com a prioridade vermelha, amarela, verde ou preta (Bazyar, Farrokhi & Khankeh, 2019). Para o efeito, no gabinete de crise localizado na sala de reuniões do SUG, existem 125 *kits* de catástrofe devidamente numerados de forma sequencial. Estes *kits* são constituídos por: impresso de catástrofe numerado; quatro pulseiras com as respetivas cores de acordo com os algoritmos de triagem primária e secundária; requisições de análises, sangue, ecografia e Raios-X numeradas; envelope e impresso de espólio numerado; e oito etiquetas numeradas.

O PEE não me é totalmente desconhecido por ser funcionário do CHL, mas levou-me a dar mais atenção ao papel do BO na gestão de recursos materiais em caso de ativação. Consoante o nível de resposta, o BO poderá ter de reorganizar o espaço físico de forma que a UCPA 1 fique a funcionar como unidade de cuidados intensivos, ficando a UCPA 2 como zona pós-operatória (CHL, 2017).

O CHMT tem elaborados Planos de Emergência Interno e Externo. Nestes estão definidos um conjunto de ações ordenadas e procedimentos a adotar em caso de emergência e catástrofe. A nível interno o objetivo é minimizar os danos sobre os colaboradores, doentes/utentes e instalações (CHMT, 2017b). Já a nível externo é de manter a continuidade dos cuidados de saúde face a uma situação excecional, preservando ao mesmo tempo a segurança dos doentes e dos profissionais (CHMT, 2017a). Da consulta dos dois documentos não foi possível aferir a participação de enfermeiros na sua elaboração, apenas que estes se encontravam de acordo com a orientação n.º 007/2010 da DGS.

Especificamente ao nível das UCI, King et al. (2015) concluíram no seu estudo, que o planeamento e a preparação de catástrofes continua a representar uma área passível de melhorias, especialmente no que diz respeito a evacuação vertical, comunicação, liderança, triagem, priorização e distribuição dos doentes.

Da reflexão que pude realizar com os meus enfermeiros orientadores, a divulgação dos planos e a criação de procedimentos de atuação não parecem ser suficientes, pois os enfermeiros possuem escassez de conhecimento e falta de preparação nesse âmbito. Apesar das iniciativas crescentes de preparar os enfermeiros para quaisquer desastres, as evidências sugerem falta de preparação na resposta a desastres, como descrevem Labrague et al. (2018). Os enfermeiros devem estar munidos de competências e habilidades para lidar com uma situação de catástrofe e satisfazer as necessidades das comunidades que servem (Loke & Fung, 2014).

Dentro desta competência, o enfermeiro deve também prestar cuidados de forma a preservar os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). No SUG existe apenas um protocolo de atuação para agressão sexual, que se revela limitante para os múltiplos casos forenses que podem ocorrer em contexto de urgência. Este protocolo é desconhecido da maioria dos enfermeiros, que referem deter um baixo nível de conhecimento sobre as abordagens de casos e evidências forenses, nomeadamente na identificação de provas periciais de recolha, armazenamento e entrega às autoridades competentes, o que vai ao encontro do descrito por Sakalli e Aslan (2020). Do que também pude constatar, no BO do CHL não existe nenhum documento de referência ao tema e a maioria dos enfermeiros desconhece-o ou até refere não ser aplicável em contexto perioperatório, o que se assemelha muito com o estudo realizado por Ozsaker, Kaya e Alcan (2020), que verificou que a maioria

dos médicos e enfermeiros não possuíam conhecimento adequado sobre a preservação e o armazenamento de evidências perante casos forenses. Na minha opinião, a formação dos enfermeiros na área forense, demonstrará a importância do tema.

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS 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

O aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, com o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], 2018). O PPCIRA (2018), tem como principais objetivos até 2020: melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS; melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos; diminuir a resistência aos antimicrobianos.

O risco de infeção cruzada no SU é um problema de saúde pública, especialmente em casos de epidemia como tal, os profissionais de saúde devem higienizar as mãos e utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) (Hertzberg, Wang, Elon & Lowery- North, 2018). A prevenção da transmissão cruzada de IACS é um objetivo a concretizar através de precauções básicas de controlo de infeção e de um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas (PPCIRA, 2018).

A sobrelotação do SU é uma realidade, encontrando-se múltiplas vezes macas a distâncias inferiores ao mínimo recomendado. Pôde-se observar que a equipa de enfermagem tem preocupação em mobilizar doentes potencialmente infetados ou já com microrganismos identificados para as zonas de menor circulação ou quarto de isolamento, dando cumprimento à recomendação da Norma n.º 029/2012 da DGS (DGS, 2013b) refere que doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados

num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação. O reforço das precauções básicas de controlo de infeção torna-se imperativo.

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDPC, 2019) refere as UCI como os serviços hospitalares com maior prevalência de IACS. A maioria das IACS nas UCI está associada ao uso de dispositivos invasivos (por exemplo, tubos endotraqueais, catéteres vasculares e urinários) e uma proporção significativa dessas IACS é considerada evitável. Além disso, a carga de resistência antimicrobiana é mais alta nas UCI, devido à gravidade da condição clínica dos doentes, ao uso frequente de antibióticos e às diferentes práticas de prevenção e controlo de infeções.

À admissão no SMI todos os doentes são submetidos a rastreio séptico com colheita de sangue para hemoculturas, zaragatoa nasal axilar e perianal, urocultura e colheita de expectoração se presente. O objetivo é a vigilância, monitorização e deteção precoces de focos de infeção no doente e assim fornecer dados para a vigilância epidemiológica.

A prevenção da transmissão cruzada de IACS é um objetivo a concretizar através de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e de um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas (PPCIRA, 2018). Durante o ensino clínico no SMI pode constatar a preocupação do uso das PBCI como a colocação dos doentes com maior risco de transmissão de infeções no quarto de isolamento ou em unidade de doente mais resguardada, higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica disponível junto do doente e em pontos estratégicos do serviço, utilização de equipamentos de proteção individual adequados aos cuidados a prestar, manuseamento seguro da roupa ou recolha segura de resíduos conforme indicação da Norma n.º 029/2012 da DGS (2013b).

O SMI do CHMT não tem implementado os feixes de intervenção recomendados para as unidades hospitalares, sobre a Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015c), Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2017b) e Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2017a). Algumas intervenções nelas contidas como o uso de técnica estéril na execução de penso do cateter venoso central, descontaminação das conexões antes do manuseamento, higiene oral com Clorhexidina em cada turno, monitorização da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal, higiene do meato urinário ou manutenção do saco coletor abaixo do nível da bexiga, são executadas pela

maioria dos profissionais. No entanto, a aplicação dos feixes de intervenções agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, conforme referidos nos documentos da DGS (DGS, 2015c; DGS, 2017a; DGS,2017b), obtendo maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma delas individualmente.

A prevenção da infeção em contexto perioperatório é um elemento crítico para segurança do doente e prestadores de cuidados. São várias as oportunidades de contaminação do doente através do local cirúrgico, acessos venosos e utilização de dispositivos invasivos. O controlo de infeção no BO é uma prioridade. Dado a especificidade, complexidade e diferenciação de cuidados é essencial a adoção de boas práticas, sendo imprescindível o cumprimento das precauções básicas de isolamento, higiene das mãos e ambiente limpo e desinfetado (Patrick & Hicks, 2013).

A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (DGS, 2015b). O CHL tem instituído procedimentos internos para a aplicação dos “Feixes de intervenções” de prevenção de ILC, segundo a Norma n.º 020/2015 (DGS, 2015b). Pude verificar que nem sempre é realizado o banho com Clorohexidina a 2% no dia anterior e duas horas antes da cirurgia. Este facto não depende de forma direta do BO, mas dos serviços de internamento, comprometendo assim a eficácia da implementação dos feixes de intervenção. Apesar disso, Allegranzi et al. (2016) referem que pode ser usado pelo doente sabão simples ou solução antisséptica no banho pré-operatório, pois a evidência é insuficiente para recomendar o uso de Clorohexidina com o objetivo de reduzir a ILC.

Existem outros fatores que condicionam o aparecimento de ILC tais como o vestuário dos profissionais, os campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica (DGS, 2013c). Intra-operatoriamente, a preparação antisséptica da pele no local da incisão cirúrgica é realizada com solução de Iodopovidona o que não vai ao encontro da Norma n.º 024/2013 (DGS, 2013b) que preconiza que a mesma seja realizada com um antisséptico de base alcoólica. Darouiche et al. (2010) efetuaram um estudo prospetivo sobre a desinfecção da pele no local de incisão cirúrgica comparando o uso de Clorohexidina alcoólica e Iodopovidona. Os resultados mostram que a taxa geral de ILC foi significativamente menor no grupo com Clorohexidina alcoólica (9,5%) do que no grupo Iodopovidona (16,1%).

Durante o ensino clínico usei os equipamentos de proteção individual de forma adequada ao procedimento a efetuar e de acordo com o risco associado, assim como respeitar os circuitos definidos dentro e fora da SO. Apesar dos profissionais de saúde presentes no BO os utilizarem de forma adequada, pude observar a não utilização dos óculos de proteção quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, conforme preconiza a DGS (2013b). De facto, muitos procedimentos realizados no BO enquadram-se nesse critério, portanto, a utilização deste equipamento seria um ponto a melhorar pela equipa multidisciplinar. Neste âmbito saliento o facto de cada elemento da equipa utilizar uma farda de uso único, touca e máscara na SO, permitindo minimizar o risco de infeção cruzada.

No âmbito desta competência, reconheço que cabe ao enfermeiro especialista, a responsabilidade de conceber estratégias que visem a redução das infeções que poderão ocorrer na prestação de cuidados, com o intuito de diminuir e/ou eliminar essas mesmas infeções através da realização de momentos de observação, monitorização dos momentos de adesão às boas práticas e melhoria através de momentos de formação.

PARTE II – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A segunda parte deste documento mostra o percurso metodológico da Revisão Sistemática da Literatura intitulada “Desenvolvimento de sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos enfermeiros expostos a incidentes críticos: uma revisão sistemática”.

1. RESUMO

Objetivo: identificar o desenvolvimento de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) nos enfermeiros após exposição a incidentes críticos. *Métodos:* esta revisão sistemática é conduzida pelas orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados eletrónicas da *PubMed Central* e através da *EBSCOhost - Research Databases* com as bases de dados da *CINAHL*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina* e *MEDLINE*, entre os meses de setembro e outubro de 2020. Foram incluídos os estudos com enfermeiros que exerçam funções em ambiente hospitalar e serviços que prestem cuidados ao doente crítico, em contexto de urgência e cuidados intensivos, que no decorrer da sua atividade profissional tenham sido expostos a situações de incidente crítico ou evento traumático, com potencial desenvolvimento de sintomas de PSPT. Foram considerados artigos com texto completo e acesso gratuito, em inglês e português, sem limitação na data de publicação e estudos primários, transversais e quantitativos. A análise dos artigos incluídos nesta revisão foi concretizada de forma descritiva. *Resultados:* o total de dois artigos foram elegíveis para síntese qualitativa com o objetivo de determinar a exposição a incidentes críticos e o desenvolvimento de sintomas de PSTP. Os enfermeiros estão regularmente expostos eventos traumáticos no decorrer das suas funções, com valores perto 87%. Observou-se uma prevalência entre 25% a 57% para sintomas compatíveis com níveis subclínicos e de alto risco de PSPT. *Conclusões:* a frequência da exposição a eventos traumáticos nos enfermeiros, está fortemente relacionada com os sintomas de PSPT, mas também com a falha dos mecanismos de *coping* individuais e falta de programas que permitam suporte social aos enfermeiros.

2. INTRODUÇÃO

Um incidente crítico (IC) pode ser definido como qualquer situação que, independentemente do tipo, pode causar na pessoa reações emocionalmente fortes, com potencial para interferir na capacidade de exercer a sua função no momento ou mais tarde (Mayer & Hamilton, 2018, citando Mitchell, 1983). Caine e Ter-Bagdasarian (2003) esclarecem-no como um evento súbito e inesperado com um impacto emocional suficiente para que as capacidades de *coping* habituais de um indivíduo ou grupo não consigam ser utilizadas, causando sofrimento psicológico significativo em pessoas anteriormente saudáveis.

O'Connor e Jeavons (2003) referem existir a evidência empírica que durante o seu desempenho profissional, os enfermeiros vivenciam incidentes críticos. Os mesmos autores, mencionando Laws e Hawkins (1995), referem que todos os enfermeiros, independentemente da área de trabalho são suscetíveis a sofrer *stress* em IC, sendo expectável que os enfermeiros de diferentes áreas tenham iguais necessidades para lidar com eles.

A resposta pessoal à exposição a um evento crítico ou traumático é influenciado por fatores pessoais que incluem história de incapacidade psíquica, valores, o significado atribuído ao evento ou a maneira pela qual a ameaça é percebida, a capacidade de criar alguma distância pessoal do evento, atitudes e a existência de aviso ou falta de tempo de preparação (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003).

As reações iniciais ao *stress*, tais como pensamentos recorrentes involuntários ou sonhos sobre o incidente, negação, cognição distorcida e hiperexcitabilidade, quando mantidas por falha dos mecanismos de *coping*, podem levar ao desenvolvimento de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) (Boer et al., 2013). Estas reações físicas ou emocionais à vivência um incidente crítico ou acontecimento traumático, podem ser sentidas de imediato ou *a posteriori*. Por vezes as reações ao *stress* surgem logo após o ocorrido, mas dependendo da percepção e interpretação do sucedido, podem prolongar-se por horas, dias ou até semanas ou meses.

O trabalho realizado por Laposa e Alden (2003) sobre a prevalência de sintomas de PSPT, entre profissionais de saúde de um serviço de urgência de um hospital central, na província canadiana de British Columbia, que lidam com incidentes críticos como parte das suas funções, indicou que 12% dos participantes exibiam padrões de sintomas consistentes para

critério de diagnóstico de PSPT. Esses valores subiriam para 20% se fossem apenas incluídos critérios isolados de sintomas.

A alteração na saúde mental dos enfermeiros está muitas vezes associada a mais dias de doença, redução da produtividade e satisfação profissional, maior rotatividade de pessoal e eventualmente à diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao doente (Lavoie, Talbot & Mathieu, 2016). O prolongamento dos sintomas de *stress* pós-traumático pode levar à redução de horas de trabalho ou até mudança do mesmo (Laposa & Alden, 2003).

O objetivo desta revisão sistemática da literatura (RSL) é identificar o desenvolvimento de sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos enfermeiros após exposição a incidentes críticos.

3. MÉTODOS

Esta revisão sistemática é conduzida pelas orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A recomendação PRISMA compreende uma lista para verificação dos estudos contendo 27 itens, considerados essenciais nas revisões sistemáticas com ou sem meta-análise (Liberati et al., 2009).

A pesquisa de nas bases de dados PROSPERO - *International prospective register of systematic reviews*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e Joanna Briggs Institute (JBI) *Evidence Synthesis*, não revelaram nenhuma revisão sistemática a ser desenvolvida sobre o tema.

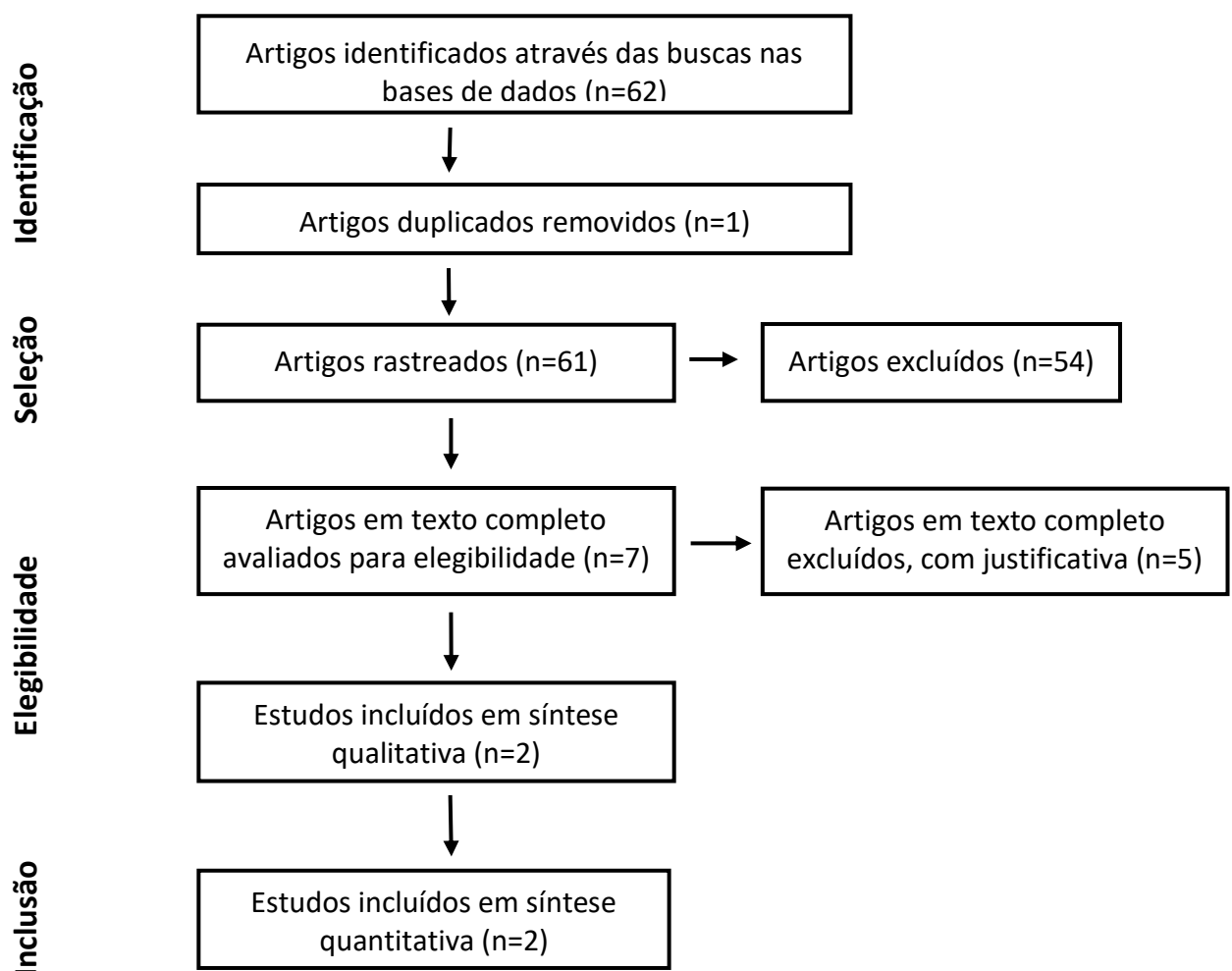
Os critérios de inclusão para esta RSL estão baseados na questão de revisão. Foram incluídos os estudos com enfermeiros que exerçam funções em ambiente hospitalar e serviços que prestem cuidados ao doente crítico, em contexto de urgência e cuidados intensivos, que no decorrer da sua atividade profissional tenham sido expostos a situações de incidente crítico ou evento traumático, com potencial desenvolvimento de sintomas de PSPT. Estudos primários, transversais e quantitativos foram selecionados desde que utilizassem medidas de avaliação reconhecidas e capazes de medir ou relacionar com PSPT.

Com o objetivo de identificar os termos mais recorrentes sobre o tema, foi realizada pesquisa bibliográfica da literatura no motor de busca Google Académico. O termo controlado mais comum de acordo com os *Medical Subject Headings* (MeSH) foi: “*Stress Disorders, Post-Traumatic*”. Os termos não controlados mais comuns: “*nurses*”, “*critical incident*”, “*critical event*”, “*traumatic incident*”, “*traumatic event*”, “*emergency*”, “*emergency department*”, “*emergency room*”, “*critical care*” e “*intensive care*”.

Os estudos foram identificados através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas da *PubMed Central* e através da *EBSCOhost - Research Databases* com as bases de dados da *CINAHL*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina* e *MEDLINE*, entre os meses de setembro e outubro de 2020. Foram considerados artigos em inglês e português, sem limitação na data de publicação, com texto completo e acesso gratuito. Para a estratégia de busca utilizou-se o descritor MeSH e os termos não controlados definidos, combinando-os com os operadores booleanos AND e OR, através da seguinte fórmula:

- PubMed: (Stress Disorders, Post-Traumatic [MeSH Terms]) AND (critical incident OR critical event OR traumatic event OR traumatic incident) AND (emergency OR emergency department OR emergency room OR critical care OR intensive care) AND (nurses);
- EBSCOhost: (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") AND (critical incident OR critical event OR traumatic event OR traumatic incident) AND (emergency OR emergency department OR emergency room OR critical care OR intensive care) AND (nurses).

Figura 1 – Fluxo da informação das diferentes fases da revisão sistemática



Dos artigos identificados na pesquisa foram removidos os artigos duplicados. Posteriormente foi realizada a análise dos títulos e resumos dos mesmos, sendo excluídos os que não apresentam critérios de inclusão definidos no protocolo. Após a seleção, os artigos que obedeceram aos critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra para avaliação da metodologia utilizada, sendo excluídos os que estavam em desacordo com os critérios. Para

avaliar a qualidade metodológica dos artigos foi usada a JBI *Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* (Moola et al., 2020). O número de artigos incluídos e excluídos são exibidos no fluxograma da figura 1.

A análise dos artigos incluídos nesta revisão foi concretizada de forma descritiva em três etapas. A primeira abrange os objetivos dos estudos, desenho, tamanho da amostra, conclusões principais dos artigos incluídos na revisão. A segunda inclui as principais características sociodemográficas utilizadas na caracterização dos enfermeiros incluídos nos estudos: idade, sexo, habilitações literárias, anos de profissão, local de serviço. A terceira aborda a frequência da exposição a incidentes críticos e frequência de sintomas de PSPT.

4. RESULTADOS

De acordo com a estratégia de busca determinada no protocolo, foram encontrados um total de 62 artigos: PubMed (50 artigos), MEDLINE (7 artigos), CINAHL (5 artigos). Após a eliminação dos artigos duplicados, realizou-se a exclusão de 54 artigos com base na leitura do título e resumo. Do total de sete artigos elegíveis para leitura completa, cinco destes foram excluídos por: serem aplicados a profissionais de saúde e não exclusivamente a enfermeiros; não avaliarem a exposição a incidentes críticos; não aplicado exclusivamente a enfermeiros em contexto hospitalar que prestem cuidados ao doente crítico. Chegou-se assim ao total de dois artigos elegíveis para síntese qualitativa para determinar a exposição a incidentes críticos e o desenvolvimento de sintomas de PSPT, descritos no fluxograma PRISMA (figura 1).

A avaliação do risco de viés dos estudos foi realizada através da aplicação da *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* (Moola et al., 2020). Os artigos preencheram a totalidade dos oito critérios incluídos na avaliação. A *checklist* preenchida pode ser consultada no Apêndice II.

Quadro 1 – Caracterização geral dos artigos analisados

| Autor, ano | Objetivos | Desenho | População; Tamanho da amostra (n.º participantes) | Conclusões principais |
|---------------------------|--|--------------------|---|---|
| Adriaenssens et al., 2012 | (1) determinar a frequência de exposição e a natureza dos eventos traumáticos nos enfermeiros do serviço de urgência, (2) a percentagem de enfermeiros com sintomas de PSPT e (3) relacionar o impacto dos eventos traumáticos nos sintomas de PSPT. | Estudo transversal | Enfermeiros em serviço de urgência; n=302 (n=248) | 87% dos enfermeiros em urgência reportaram >1 evento traumático nos 6 meses anteriores; 8,5% dos enfermeiros atingiram níveis clínicos para PSPT; A exposição a eventos traumáticos está fortemente relacionada com sintomas de PSPT. |
| Kim e Yeo, 2020 | (1) investigar a extensão da PSPT e os (2) efeitos da frequência da exposição a eventos traumáticos, estratégias de <i> coping </i> e suporte social na PSPT. | Estudo transversal | Enfermeiros em serviço de urgência de unidade de cuidados intensivos de trauma; n=165 (n=145) | 57,2% dos enfermeiros com alto risco de PSPT; A frequência dos eventos traumáticos, trabalhar em serviço de emergência de trauma, <i> coping </i> disfuncional e suporte social estão significativamente associados a PSPT. |

A população do estudo de Adriaenssens et al. (2012) foram os 302 enfermeiros dos serviços de urgência de 15 hospitais belgas na região de Flandres, a prestar cuidados há mais de seis meses nos respetivos serviços, sendo obtida uma amostra final de 248 enfermeiros. Kim e Yeo (2020) definiram como população 165 enfermeiros a exercer funções há pelo menos três meses, em seis centros regionais de trauma (com serviços de urgência de trauma e cuidados intensivos de trauma) na Coreia do Sul, da qual foi analisada uma amostra final de 145 participantes. Em ambos os estudos, os dados obtidos foram através de questionários preenchidos pelos participantes.

As principais características demográficas dos participantes dos estudos são apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 2 – Características demográficas das amostras

| Autor do artigo | Média de idade (anos) | Sexo | Habilitações literárias | Tempo médio de profissão (anos) | Local de serviço |
|---------------------------|-----------------------|--------------------|---|---------------------------------|-------------------------|
| Adriaenssens et al., 2012 | 37,76 | F 55,6% M 44,4% | Maioria com licenciatura | 11,21 | Urgência |
| Kim e Yeo, 2020 | 28,79 | F 86,2% M 22,8% | 85,5% com licenciatura ou grau académico superior | 6,03 | 73,8% UCIT 22,2% SUT |

F – Feminino; M – Masculino; UCIT – Unidade de Cuidados Intensivos de Trauma; SUT – Serviço de Urgência de Trauma

A avaliação da exposição a incidentes críticos ou eventos considerados traumáticos foi realizada de forma diferente nos dois artigos selecionados para análise.

Adriaenssens et al. (2012) questionaram o número de vezes que os enfermeiros foram confrontados com um evento traumático no local de trabalho nos últimos seis meses e qual o evento com maior impacto. Previamente foi definido como evento traumático, um evento traumatizante vivido e diretamente relacionado com o trabalho do inquirido. Os resultados revelaram que 32% dos participantes foram confrontados com dois ou três eventos, 23% com quatro ou cinco, 17% com seis ou mais, 15% com um evento e apenas 13 % não reportaram eventos. Os eventos considerados mais traumáticos foram a morte súbita de pessoas jovens (31,6%), a morte/ressuscitação de bebés ou crianças (26,6%) e lidar com vítimas de acidentes de carro ou comboio (15,1%).

Kim e Yeo (2020) mediram a frequência dos eventos através de um questionário com 13 tipos de eventos, no qual os inquiridos classificavam a frequência destes através de uma escala de *Likert* de cinco pontos de 1 (nunca) a 5 (muitas vezes) durante o último mês. Numa escala com *scores* de 13 a 65, *scores* mais elevados indicavam maior frequência de eventos traumáticos. A média do *score* da frequência dos eventos traumáticos foi de 44,3.

A frequência de sintomas de PSPT foi avaliada através da *Impact of Event Scale* (IES) em versão validada em holandês, no caso do artigo de Adriaenssens et al. (2012) e da versão coreana da *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R-K) no artigo de Kim e Yeo (2020). Ambas escalas foram referidas como sendo largamente usadas e confiáveis na avaliação da presença de sintomas de *stress* pós-traumático. Os resultados de Adriaenssens et al. (2012) revelam que quase 25% dos inquiridos obtiveram um *score* para níveis subclínicos e 8,5% atingiram níveis clínicos para sintomas de PSPT. Kim e Yeo (2020) obtiveram *scores* médios de 28,01, com 57,2% de prevalência dos participantes, em alto risco de PSPT (IES-R-K *score* ≥ 25).

Fundamentados no conhecimento atual sobre o tema, os dois estudos referem que o impacto dos eventos traumáticos é influenciado tanto pelas estratégias de *coping*, como pelo suporte social, pelo que estas variáveis foram também medidas através de questionários validados para as populações em estudo. A análise da relação entre *coping*, suporte social e frequência dos eventos traumáticos, com a frequência de sintomas de PSPT, foi realizada através de coeficientes de correlação de *Pearson*.

5. DISCUSSÃO

O estudo de Adriaenssens et al. (2012) revela que os enfermeiros de urgência estão regularmente expostos eventos traumáticos no decorrer das suas funções, com 87% deles a reportarem um ou mais eventos traumáticos nos seis meses anteriores. A exposição a estes eventos em contexto de urgência é alta e praticamente contínua. Comparando a população geral de enfermeiros em investigações anteriores realizadas por outros autores, estes valores ficam a níveis consideravelmente superiores (Adriaenssens et al., 2012). Kim e Yeo (2020), não referem valores percentuais na frequência da exposição a eventos traumáticos, pois o instrumento usado na avaliação desta variável era medido numa escala de *Likert* de cinco pontos, no entanto através da análise correlacional, indicam que a frequência dos eventos traumáticos é o fator de maior influência para PSPT.

Sobre a frequência de sintomas de PSPT nos enfermeiros de urgência, Adriaenssens et al. (2012) afirmam que 8,5% dos inquiridos atingem níveis com critérios para PSPT e quase 25% têm sintomas de PSPT compatíveis com níveis subclínicos. Os autores alertam que os altos valores obtidos podem ainda ser superiores, pois alguns enfermeiros elegíveis para o estudo, estavam ausentes por doença durante o estudo.

A amostra estudada por Kim e Yeo (2020) indica uma prevalência de 57,2% para alto risco de PSPT, com valores superiores em relação a amostras de bombeiros ou enfermeiros de urgência noutras investigações. Os resultados evidenciam que a população estudada tende a vivenciar momentos de maior *stress* em relação a outros que trabalham noutros serviços. Ainda sobre a sua amostra, os mesmos autores concluem existir uma maior prevalência de PSPT nos enfermeiros em serviço de urgência, em relação aos enfermeiros de cuidados intensivos de trauma, justificando este facto pela diferença na severidade do trauma testemunhado durante a prestação de cuidados imediatos aos doentes recebidos no serviço de urgência.

A análise da influência das estratégias de *coping* e suporte social nas amostras estudadas por Adriaenssens et al. (2012) e Kim e Yeo (2020) foi semelhante. Ambos associam os mecanismos de *coping* às reações ao *stress* após um evento traumático, concluindo que o *coping* disfuncional e o focado nas emoções, como fator potenciador no aumento e permanência de

sintomas de PSPT. O suporte social é associado como um fator protetor nas reações ao *stress* pós-traumático; quanto mais baixo o suporte, maiores os sintomas de PSPT.

Os dois artigos analisados nesta revisão sistemática têm como limitação a abordagem realizada através de estudos transversais, não permitindo o seguimento dos inquiridos relativamente à associação dos sintomas de PSPT ao longo do tempo e a frequência e natureza da exposição a eventos traumáticos. O facto da amostra do artigo de Kim e Yeo (2020) ser em centros de trauma e pela gravidade de doentes a que prestam cuidados, a frequência da exposição a eventos traumáticos pode influenciar os níveis mais altos de PSPT.

Esta revisão conclui que a frequência da exposição a eventos traumáticos nos enfermeiros, está fortemente relacionada com os sintomas de PSPT, mas também com a falha dos mecanismos de *coping* individuais e falta de programas que permitam suporte social aos enfermeiros. Com o objetivo de melhorar a gestão de *stress* após eventos traumáticos, deve ser providenciado apoio e aconselhamento psicológico aos enfermeiros sujeitos ao evento (Adriaenssens et al., 2012), assim como o desenvolvimento de programas que melhorem a resiliência e o desenvolvimento de habilidades de *coping* dos mesmos, através do controlo de reações negativas a eventos traumáticos (Kim & Yeo, 2020).

Para contornar as consequências pessoais e organizacionais decorrentes de um incidente crítico existem os Programas de Apoio por Pares. Chapman e Knight (2017) referem que estes se destinam a profissionais que experienciam sofrimento causado por eventos no local de trabalho. Definem como propósitos do programa: reduzir o isolamento e a vergonha; reforçar as medidas de ação para melhorar os mecanismos de enfrentamento, a saúde e a resiliência; fornecer ferramentas que funcionem como recurso adicional para situações futuras; fornecer uma saída confidencial para discutir o evento/circunstância e sua reação com alguém que “esteve lá” ou que pode apoiá-los.

As instituições de saúde devem investir em programas que sustentem a promoção do bem-estar e resiliência dos seus colaboradores, sobretudo após eventos emocionalmente provocadores de *stress* (Shapiro & Galowitz, 2016). Investir na implementação de um Programa de Apoio por Pares pode ser benéfico na procura de estratégias para recuperar os indivíduos após a exposição a um IC (Mayer & Hamilton, 2018).

CONCLUSÃO

A realização dos ensinamentos clínicos demonstraram ser experiências bastante proveitosas, quer a nível profissional, quer a nível pessoal, revelando ser um excelente momento de aprendizagem e evolução para o desenvolvimento quer das competências comuns do Enfermeiro Especialista, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Um aspeto determinante foi a reflexão constante, partilha de conhecimentos e experiências com outros enfermeiros e sobretudo com os meus orientadores, que facilitaram o desenvolvimento da minha aprendizagem, permitindo uma relação de proximidade com as equipas multidisciplinares em todas as situações inerentes à prestação de cuidados ao doente crítico e possibilitando consolidar conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do curso de mestrado.

O enfermeiro especialista deve ser um elemento de referência perante a restante equipa. Para isso necessita de adquirir e desenvolver conhecimentos de enfermagem, para construir uma base de conhecimentos fundamentados na tomada de decisão, no que concerne aos processos de saúde/doença e à equipa de enfermagem. Este relatório pretendeu sintetizar atividades desenvolvidas através da reflexão crítica, para o contributo da prática de enfermagem especializada, porém não pôde descrever toda a complexidade inerente aos cuidados e conhecimento adquirido nos ensinamentos clínicos.

Considero ter atingido na globalidade os objetivos traçados durante os ensinamentos clínicos para a aquisição de competências, através da realização das atividades a desenvolver nesse sentido, sendo sempre uma preocupação o desempenho de um papel dinamizador na gestão de cuidados, assim como na melhoria da qualidade das práticas clínicas, com recurso à fundamentação teórica em articulação com as competências do enfermeiro especialista.

Aliado ao desenvolvimento e crescimento profissional e do aperfeiçoamento técnico-científico na profissão de enfermagem, a prática baseada na evidência tem cada vez mais importância, com benefícios garantidos para a mesma enquanto ciência e sustentando a sua credibilidade na área das ciências da saúde.

Na segunda parte do trabalho foi realizada uma Revisão Sistemática de Literatura sobre a exposição dos enfermeiros a incidentes críticos e o desenvolvimento de sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático.

Através da recomendação PRISMA foi desenvolvido o processo metodológico de investigação. A análise dos dois artigos elegíveis conclui que a frequência da exposição a eventos críticos nos enfermeiros, está fortemente relacionada com os sintomas de PSPT, mas também com a falha dos mecanismos de *coping* individuais e falta de programas que permitam suporte social aos enfermeiros. Com o objetivo de melhorar a gestão de *stress* após eventos traumáticos, deve ser providenciado apoio e aconselhamento psicológico aos enfermeiros sujeitos ao evento, assim como o desenvolvimento de programas que melhorem a resiliência e o desenvolvimento de habilidades de *coping* dos mesmos, através do controlo de reações negativas a eventos traumáticos.

A componente de investigação deste trabalho permitiu o meu crescimento pessoal e profissional através do desenvolvimento e produção de evidência científica, fornecendo bases para o desejo de avançar na profissão de enfermagem enquanto ciência.

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi evidente a aprendizagem constante e experiências vividas neste, que certamente levarei para a minha prática enquanto enfermeiro especialista, com vista à prestação de cuidados altamente qualificados e de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011). Recomendações técnicas para bloco operatório – RT 05/2011. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- ACSS. (2013). Recomendações técnicas para a instalação de unidades de cuidados intensivos. Retrieved from <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Adriaenssens, J., de Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>
- AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados. Loures. Lusodidacta
- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Allegranzi, B., Bischoff, P., de Jonge, S., Kubilay, N. Z., Zayed, B., Gomes, S. M., ... Solomkin, J. S. (2016, December 1). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 16, pp. 276–287. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30398-X)
- Baggio, M., Pomatti, D., Bettinelli, L., & Erdmann, A. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25–30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>
- Baillie, L., & Ilott, L. (2010). Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), 278–282. <https://doi.org/10.1177/175045891002000802>
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: A review study with a worldwide approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>
- Boer, J., Rikxoort, V., Bakker A. B. & Smit, B. J (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *British Association of Critical Care Nurses*, volume 19, número 4, 166 – 174. <https://doi.org/10.1111/nicc.12020>
- Caine, R. M., & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65. <https://doi.org/10.4037/ccn2003.23.1.59>
- Chapman, J. & Knight, L. (2017). Enhancing a culture of safety: peer-to-peer support to improve health & wellbeing of nurse. Retrieved november 11, 2020, from <https://www.omne.org/wp-content/uploads/2017/04/Chapman-and-Knight.pdf>
- CHL. (2017). Plano de Emergência Externo (Catástrofe) - PLN.CHL.074.00. Leiria.
- CHL. (2018). Avaliação da dor no adulto - PI.CHL.126.02. Leiria.
- CHL. (2019). Regulamento do Serviço de Urgência Geral do CHL, E.P.E. - RE.CHL.005.03. Leiria.
- CHMT. (2017a). Plano de Emergência Externo – PL.GRL.009.00
- CHMT. (2017b). Plano de Emergência Interno – PL.GRL. 005.03
- CHMT. (2019a). Relatório de gestão e contas 2016. Retrieved december 15, 2019 from http://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2018/04/relatorio_e_contas_2016.pdf
- CHMT. (2019b). Colheita de Órgãos no CHMT. Retrieved december 15, 2019 from <http://www.chmt.min-saude.pt/noticias/papel-do-enfermeiro-na-colheita-de-orgaos-no-chmt>

- Chou, R., Gordon, D., Leon-Casasola, O., Rosenberg, J., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, C. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Costa, A. M. G. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Universidade do Algarve. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/240>
- Darouiche, R., Wall, M., Itani, K., Otterson, M., Webb, A., Carrick, M., ... Berger, D. (2010). chlorhexidine–alcohol versus povidone–iodine for surgical-site antisepsis. *New England Journal of Medicine*, 362(1), 18–26. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0810988>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª série, N.º 102, 27/05, p. 13550-13553. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Despacho n.º 6668/2017 de 2 de agosto. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: 2ª série, N.º 148 (2/8/2017), p. 16068-16069. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- DGS. (2001). Rede de referência hospitalar de urgência/emergência. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- DGS. (2003). Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- DGS. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação n.º 007/2010. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- DGS. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições. Orientação n.º 018/2011. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- DGS. (2012). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Norma n.º 03/2012. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012-png.aspx>
- DGS. (2013a). Cirurgia segura, salva vidas. Norma n.º 02/2013. Retrieved from https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx
- DGS. (2013b). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2013c). Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma n.º 24/2013. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma n.º 015/2013. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- DGS. (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Norma n.º 020/2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- DGS. (2015c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

- DGS. (2017a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma n.º 19/2015. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma n.º 21/2015. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017c). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2017d). Via verde do acidente vascular cerebral no adulto. Norma n.º 015/2017. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS. (2017e). Via Verde Sépsis no Adulto. Norma n.º 010/2016. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- DGS. (2018). Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata. Norma n.º 002/2018. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Dorigon, T., & Romanowski, J. (2012). A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, 3(5), 8-22. <https://doi.org/10.22169/intersaberes.v3i5.123>
- ECDPC. (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- Ferreira, A. (2017). *Otimização dos serviços de cuidados de saúde: planeamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos* (Dissertação de Mestrado em Estatística e Investigação Operacional, Faculdade de Ciências – Universidade de Lisboa). Retrived from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30374/1/ulfc120800_tm_Ana_Rita_Ferreira.pdf
- Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients’ outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33–41. <https://doi.org/10.4037/ccn2015440>
- Hertzberg, V.S., Wang, Y.A., Elon, L.K., & Lowery-North, D.W. (2018). The Risk of Cross Infection in the Emergency Department: A Simulation Study. *Infection control & hospital epidemiology*, 39(6), 688-893. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.61>
- Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Demaerschalk, B., ... Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Kim, S., & Yeo, J. (2020). Factors Affecting Posttraumatic Stress Disorder in South Korean Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 27(1), 50–57. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000482>
- King, M. A., Dorfman, M. V., Einav, S., Niven, A. S., Kissoon, N., & Grissom, C. K. (2015). Evacuation of Intensive Care Units during Disaster: Learning from the Hurricane Sandy Experience. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, Vol. 10, pp. 20–27. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.94>
- Labrague, L., Hammad, K., Gloe, D., McEnroe-Petitte, D., Fronda, D., Obeidat, A., ... Mirafuentes, E. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, Vol. 65, pp. 41–53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour research and therapy*, 41(1), 49-65. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00123-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00123-1)
- Lavoie, S., Talbot, L. R., & Mathieu, L. (2016). An exploration of factors associated with post-traumatic stress in ER nurses. *Journal of nursing management*, 24(2), 174-183. <https://doi.org/10.1111/jonm.12294>

- Lei 15/2014: Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República: 1ª série, Nº 57, 21/03, p. 2127-2131. Retrived from <https://www.dre.pt>
- Levy, M. M., Rhodes, A., Phillips, G. S., Townsend, S. R., Schorr, C. A., Beale, R., ... & Dellinger, R. P. (2014). Surviving Sepsis Campaign: association between performance metrics and outcomes in a 7.5-year study. *Intensive care medicine*, 40(11), 1623-1633. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000723>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Loke, A., & Fung, O. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: Implications for curriculum development and public health. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), 3289-3303. <https://doi.org/10.3390/ijerph110303289>
- Luo, S., Kalman, M., & Haines, P. (2019). Evaluating a fall risk assessment tool in an emergency department. *Journal for Healthcare Quality*, 42(4), 205–214. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000233>
- Macedo, A., Mendes, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L., & Lage, M. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Martins, F. & Dall'Agnoll, C. (2016). Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(4), e56945. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>
- Mayer, D. & Hamilton, M. (2018). Critical Incidents in Health Care. *MEDSURG Nursing*, 27(4), 231-237. Retrived september 16, 2020 from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131366463&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetec, R., ... Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JPBIMES-20-08>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(3), 323–332. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- O'connor, J., & Jeavons, S. (2003). Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 53-62. doi: doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02506.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação no Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Retrived from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ozsaker, E., Kaya, A., Alcan, A. O., van Giersbergen, M. Y., & Aktas, E. O. (2020). Forensic Cases in the Operating Room: Knowledge and Practices of Physicians and Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(1), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.06.010>

- Patrick, M., & Hicks, R. (2013). Implementing AORN recommended practices for prevention of transmissible infections. *AORN journal*, 98(6), 609-628. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.018>
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- PPCIRA. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Retrived from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencia-aosantimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 28, pp. 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (2017). Medicina Intensiva. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: 2ª série, n.º 48, 5948-5952. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: 2ª série, Nº 26, 6/02, p. 4744-4750. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: 2.ª série, n.º 135, 19359-19370. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: 2ª série, n.º 233, p.30247-30254. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: 2ª série, nº 184, 25/9, p. 128-155. Retrieved from <https://www.dre.pt>
- Sakalli, D., & Aslan, M. (2020). Levels of knowledge of emergency nurses regarding forensic cases and approaches to evidence. *Signa Vitae*, 16(1), 65–72. <https://doi.org/10.22514/sv.2020.16.0009>
- Shapiro, J., Galowitz, P. (2016). Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Academic Medicine*, 91(9), 1200-1204. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001297>
- Silva, A. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Tese de Mestrado. Universidade do Porto faculdade de medicina. Porto. Retrived from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(6), p. 91-108. Retrived from <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239953009.pdf>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard* (2014+), 32(14), 51-64. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Souza, L., Souza, M., Pinto, A., Cortez, E., Carmos, T., & Nascimento, R. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2(2), 797-806. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750818019.pdf>
- Stites, M. (2013). Observational pain scales in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–78. <https://doi.org/10.4037/ccn2013804>

- Teixeira, J.M.F., & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(5), 135-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117-121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Yoo, J. W., Synn, A., Huh, J. W., Hong, S. B., Koh, Y., & Lim, C. M. (2016). Clinical efficacy of high-flow nasal cannula compared to noninvasive ventilation in patients with post-extubation respiratory failure. *Korean Journal of Internal Medicine*, 31(1), 82–88. <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.31.1.82>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER TRATAMENTO DO DADOR EM MORTE CEREBRAL

Dezembro 2019

TRATAMENTO DO DADOR EM MORTE CEREBRAL

MONITORIZAÇÃO E PARÂMETROS ALVO

Uma terapêutica intensiva e consistente para os dadores de órgãos é o primeiro passo para um tratamento bem-sucedido dos receptores de órgãos. Os órgãos destinados à transplantação têm que ser protegidos de modo a evitar danos e perda de funções, e a sua máxima qualidade tem de ser assegurada no momento da remoção. Por conseguinte, a gestão do potencial dador após morte cerebral é essencial.

O tratamento ativo do dador passa por uma abordagem sistematizada dos vários órgãos e sistemas, visando prevenir, identificar e corrigir as alterações fisiopatológicas que se vão desencadeando.

Monitorização Básica

ECG, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva, PVC, temperatura corporal central, cateter urinário (para débito urinário)

Monitorização hemodinâmica

- Pressão arterial média (PAM) **70-100** mmHg
- Pressão arterial sistólica (PAS) **100-160** mmHg
- Frequência cardíaca (FC) **70-100/min**
- Pressão venosa central (PVC) = **7-10** mmHg
- Volume da urina = **1-2** ml/kg/h
- Temperatura corporal central entre **35,5 °C** e **37,5 °C**
- Saturação periférica de oxigénio arterial (SaO2) = **> 95 %**
- Gasometria de sangue arterial dentro dos valores normais
- Htc **20-30 %** ou Hb **7-9 g/dL**
- Lactatos **< 2** mmol/L

Glicémia e alterações eletrolíticas

- Na⁺ : **135-145** mmol/L
- K⁺ : **3,5-5** mmol/L
- Glicémia **< 180** mg/dL (< 10mmol/L)
- Nível de cálcio nos valores normais

- **Corrigir hipovolémia:** usar cristaloides
- **Manter IC e PA:** usar vasopressores
- **Poliúria por Diabetes Insípida:** desmopressina nasal 20-25µg/ cada 8-12h
- **Hipotermia:** aquecimento externo, fluidos intravenosos aquecidos ou aquecimento do circuito de ventilação

Parâmetros adicionais (no caso de dadores com instabilidade hemodinâmica/ pulmonar)

- Índice Cardíaco (IC) = **3,0-5,0** L/min/m²
- Índice do Volume Sistólico (IVS) = **40-60** ml/m²
- Índice de Resistência Vascular Sistémica (IRVS) = **2000 ± 500** dyn/s/cm⁵/m²
- Índice de Água Pulmonar Extravasular (APEV) = **3-7** ml/kg

AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA ESTUDO DO DADOR

- 15 ml de sangue em EDTA K3 – 6 tubos de hemograma
- 10 ml de sangue em tubo seco – 2 tubos de bioquímica
- 30 ml de sangue heparinizado – 2 tubos secos com 10 gotas de heparina

Referências bibliográficas

Anwar, A. S. M. T., & Lee, J. (2019). Medical Management of Brain-Dead Organ Donors. *Acute and Critical Care*, 34(1), 14–29. <https://doi.org/10.4236/accc.2019.04030>

Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação* (2ª Edição). Strasbourg, França: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP.

Hahnemann, K., Böhrer, K., Wolters, H., Wiede, K., Schneider, D., & Schmidt, H. H. J. (2016). Organ-protective intensive care in organ donors. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(23–24), 352–357. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0552>

Medel, C. B., & Greer, D. M. (2016). ICU Management of the Potential Organ Donor: State of the Art. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 16(9). <https://doi.org/10.1007/s11910-016-0265-1>

APÊNDICE II – CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

| JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies (Moola et al., 2020) | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Author: Adriaenssens et al. | | Year: 2012 | | |
| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
| 1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the study subjects and the setting described in detail? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were confounding factors identified? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/> | | | | |
| Author: Kim e Yeo | | Year: 2020 | | |
| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
| 9. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were the study subjects and the setting described in detail? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Were confounding factors identified? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/> | | | | |